



COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO DE NACIONES UNIDAS

CASO CAMILA v. PERÚ AMICUS

CRC 136/2021

INTERVENCIÓN DE TERCEROS EN APOYO A LOS PETICIONARIOS

Presentado por: La Red Jurídica de CLACAI

Adhieren: Equality NOW, Ipas Latinoamérica y El Caribe, Optio, UNASSE, A.C., Centro Ecuatoriano de la Promoción y Acción de la Mujer Cepam - Guayaquil, a través de su Centro de Respuestas Legales, Bolena, Católicas por el Derecho a Decidir Argentina, Women's Link Worldwide, Mujeres x Mujeres, Ipas Bolivia, Líbera Abogacía Feminista, ELA, CLADEM, GIRE, Miles y Católicas por el Derecho a Decidir Bolivia.



TABLA DE CONTENIDO

I.	Objeto y resumen del memorial	3
II.	Los estándares internacionales de derechos humanos sobre aborto	3
III.	El impacto del enfoque biomédico sobre los derechos de las niñas forzadas a una maternidad producto de violación	5
A.	Derecho a la vida	6
a.	<i>Protección de la vida prenatal en relación al aborto</i>	7
b.	<i>Vida digna en relación al aborto</i>	8
B.	Derecho a la salud	9
C.	Falta de medidas especiales de protección, como la atención integral a las niñas víctimas de violencia sexual	10
D.	Derecho a no sufrir violencia	11
IV.	El impacto de la ausencia de mecanismos de prevención de embarazo en la niñez y en la adolescencia	13
A.	Educación sexual integral	14
B.	Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes	14
C.	Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes e interseccionalidad	15
D.	Embarazos en adolescentes y niñas y falta de mecanismos de prevención de embarazos	16
V.	Conclusiones	17
VI.	Representación	18



Amicus Curiae: Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro – CLACAI en el caso Camila vs. Perú

Lima, Perú, 22 de Agosto, 2022

Sr. Luis Ernesto Pedernera
 Presidente
 Comité de los Derechos del Niño/a
 Naciones Unidas
 Ginebra, Suiza

Ximena Casas Isaza y Katherine De La Cruz Jaime, en representación de la Red Jurídica del Consorcio Latinoamericano contra el Aborto Inseguro – CLACAI,¹ presentan este memorial de intervención ciudadana al Honorable Comité de los Derechos del Niño/a de Naciones Unidas (CDN) en el proceso conocido como Camila v. Perú caso núm. CRC 136/2021. Para tal fin, manifestamos respetuosamente lo siguiente:

I. Objeto y resumen del memorial

La Red Jurídica de CLACAI tiene el honor de presentar este escrito *amicus curiae* al honorable CDN en relación con el proceso de Camila v. Perú, en el que se busca que se reconozca el derecho de las niñas y adolescentes a acceder a una interrupción legal del embarazo de modo seguro, dado el grave riesgo para su salud física y mental. La Red Jurídica de CLACAI solicita respetuosamente al CDN a tener en consideración los estándares de derecho internacional de los derechos humanos en materia de aborto.

En ese sentido, este documento enfoca dos aspectos —interrelacionados con los hechos del caso— en el marco de las obligaciones de Perú frente al derecho internacional de derechos humanos en relación al acceso real y efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo: (1) el impacto del enfoque biomédico sobre los derechos de las niñas forzadas a una maternidad producto de violación; y (2) el impacto de la ausencia de mecanismos de prevención de embarazo en la niñez y en la adolescencia.

II. Los estándares internacionales de derechos humanos sobre aborto

El acceso al aborto seguro es un imperativo de derechos humanos. Diversas interpretaciones autorizadas de las normas internacionales de derechos humanos establecen que negar a las mujeres

¹ CLACAI es una articulación integrada por activistas, investigadores/as, proveedores/as de servicios de salud y profesionales que contribuye a la disminución del aborto inseguro en Latinoamérica. A su vez, la Red Jurídica de CLACAI es la articulación de 129 abogadas y abogados de América Latina y el Caribe con experticia en derechos reproductivos. A través de la Red Jurídica se aporta a los objetivos de CLACAI, concretamente a la generación de espacios de intercambio para contribuir a acciones de promoción, defensa, información, investigación y desarrollo de servicios de atención integral del aborto seguro, así como a fortalecer acciones orientadas a la disminución del aborto inseguro desde el punto de vista de salud pública y del ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos. Ver: www.clacai.org.



y niñas el acceso al aborto constituye una forma de discriminación y atenta contra una multiplicidad de derechos humanos, incluidos los derechos a la vida; a la salud; a no sufrir trato cruel, inhumano y degradante; a la no discriminación y la igualdad; a la privacidad; a la información; y a decidir sobre el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos.²

De la misma manera, el Relator Especial sobre el derecho a la salud ha argumentado que las leyes que penalizan el aborto “atentan contra la dignidad y autonomía de la mujer al restringir gravemente su libertad para adoptar decisiones que afecten a su salud sexual y reproductiva”.³

Las autoridades regionales de derechos humanos también han expresado su preocupación por las leyes restrictivas sobre el aborto. La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) en una declaración de 2018 instó a los Estados a:

“...adoptar legislación dirigida a garantizar a las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, en el entendido que la denegación de la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias constituye una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes”.⁴

La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) estableció en un fallo reciente que el personal de atención médica no puede reportar a las mujeres y niñas a la policía cuando acuden al hospital en busca de atención de servicios de interrupción voluntaria del embarazo, post-aborto y otros servicios de salud reproductiva.⁵

Si bien el Perú ha adoptado medidas activas para abordar la violencia de género, continuar penalizando el aborto practicado a quienes sufrieron una violación sexual y no garantizar el acceso al aborto terapéutico, legal desde 1924, obstaculiza la posibilidad del Estado de abordar eficazmente los altos índices de violencia contra la mujer, particularmente contra las niñas y adolescentes. Obligar a las niñas menores de 15 años a llevar un embarazo no planeado y no deseado a término, particularmente cuando es producto de una violación, es una violación de sus derechos humanos y una tortura.⁶

El Comité contra la Tortura (CAT, por sus siglas en inglés) ha manifestado que la criminalización del aborto que prevea apenas unas pocas excepciones podría implicar que las mujeres experimenten dolor y padecimientos severos si son obligadas a seguir adelante con un embarazo. También, ha manifestado preocupación por el profundo grado de sufrimiento físico y mental que viven mujeres y

² Oficina de Alto Comisionado, Naciones Unidas, *Aborto*, Serie de Información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. [INFO Abortion WEB SP.pdf \(ohchr.org\)](#).

³ Informe provisional preparado por Anand Grover, Relator Especial del Consejo de Derechos Humanos sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, A/66/254, 2011, párr. 21.

⁴ CIDH, *CIDH urge a El Salvador a terminar con la criminalización total del aborto*, 2018, [CIDH urge a El Salvador a terminar con la criminalización total del aborto \(oas.org\)](#); CIDH, *Violencia y Discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, párr.261, [ViolenciaMujeresNNA.pdf \(oas.org\)](#).

⁵ Corte IDH, Caso Manuela y otros. v. El Salvador, Sentencia, 2 de noviembre de 2021, párrs. 287,288.

⁶ Ver, por ejemplo: CAT, Observaciones Concluyentes: Nicaragua, párrafo 16, Documento ONU CAT/C/ NIC/CO/1 (2009). Ver también: Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 2013.



niñas debido a las restricciones al aborto.⁷ De igual manera, ha criticado las restricciones al acceso al aborto legal en casos en que las leyes no son claras, se requieren para los abortos autorizaciones de terceros o los médicos o las clínicas se niegan a practicar abortos debido a la objeción de conciencia.⁸

III. El impacto del enfoque biomédico sobre los derechos de las niñas forzadas a una maternidad producto de violación

Según el informe del año pasado de Equality Now, Fracaso en la Protección: Cómo las leyes y prácticas discriminatorias en materia de violencia sexual perjudican a las mujeres, niñas y adolescentes en las Américas,⁹ "... a nivel mundial alrededor de 15 millones de niñas adolescentes entre las edades de 15 y 19 han experimentado violencia sexual".¹⁰ Un estudio realizado por la Organización Panamericana de Salud (OPS) sobre 12 países en América Latina y el Caribe demostró "...que la prevalencia de la violencia física o sexual reportada por mujeres en grupos etarios más jóvenes, fue casi dos veces más alta que la que se había reportado por mujeres mayores..." y en "...Perú la prevalencia entre los 20 y 24 años de edad es aún más alta".¹¹ Con relación a los embarazos de las niñas menores de 15 años, los cuales son de ordinario consecuencia de la violencia sexual, "existe una importante dificultad para acceder a los datos sobre la fecundidad en esta franja etaria".¹² No obstante, un estudio realizado en 2010 por UNFPA estimó que "...3% de las niñas de países en desarrollo en el mundo dieron a luz antes de los 15 años".¹³

El caso de Camila ejemplifica los numerosos obstáculos para acceder al aborto legal y a la atención post-aborto que sufren las niñas y adolescentes en Perú. Esto incluye judicialización de casos, estigmatización, maltrato por parte de profesionales de la salud y una interpretación acotada de la causal que permite practicar un aborto para proteger la salud y la vida de la persona afectada.

Las personas que deberían poder acceder al aborto terapéutico conforme a la ley vigente en Perú no siempre pueden hacerlo. Perú ha establecido un protocolo desde 2014, a raíz de los casos K. L. y L. C., dos menores de edad que demandaron al Estado peruano ante el CIDH y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la mujer (Comité CEDAW) debido a que este fue negligente por negarle el servicio esencial de salud al aborto.¹⁴ Este protocolo indica que se podrá acceder a un aborto

⁷ Ver, por ejemplo, Observaciones finales del Comité contra la Tortura sobre Timor-Leste, Doc. de la ONU. CAT/C/TLS/CO/1 (2017); Irlanda, Doc. de la ONU CAT/C/IRL/CO/2 (2017); y Ecuador, Doc. de la ONU CAT/C/ECU/CO/7 (2016).

⁸ Ver, por ejemplo, Observaciones finales del Comité contra la Tortura sobre Macedonia, Doc. de la ONU CAT/C/MKD/CO/3 (2015); Perú, Doc. de la ONU CAT/C/PER/CO/5-6 (2013); Bolivia, Doc. de la ONU CAT/C/BOL/CO/2 (2013); Polonia, Doc. de la ONU CAT/C/POL/CO/5-6 (2013); y Kenia, Doc. de la ONU CAT/C/KEN/CO/2 (2013).

⁹ Equality Now, *Fracaso en la Protección: Cómo las leyes y prácticas discriminatorias en materia de violencia sexual perjudican a las mujeres, niñas y adolescentes en las Américas*, Septiembre 2021, [Failure to Protect - Equality Now 2021 - ESP.pdf \(cloudfront.net\)](#).

¹⁰ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, *Una situación habitual: Violencia en las vidas de los niños y los adolescentes*, 2017, p. 73, [Publicación | Una Situación Habitual.pdf \(Unicef.org\)](#).

¹¹ OPS, Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, *La violencia contra la mujer en Latinoamérica y el Caribe: Un análisis comparativo de datos basados en la población de 12 países*, 2014, [index.php](#).

¹² CLACAI, *Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años: Aportes de evidencia socio-sanitaria y jurídica en la región*, 2019, pág 11, [P1 Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años.pdf \(clacaidigital.info\)](#).

¹³ Id, pág 11.

¹⁴ Comité CEDAW, L.C. c. Perú, Comunicación No 22/2009, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011).



terapéutico en “cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente...”.¹⁵

Pese a que el embarazo de Camila fue producto de un acto delictual —como lo es la violencia sexual— y que este embarazo suponía un alto riesgo para su vida y salud integral, los médicos no tomaron en cuenta estas directivas e interpretaron la excepción terapéutica con el alcance más limitado posible, al entender que incluye únicamente los riesgos inminentes para la salud física de la persona gestante. Esta limitada interpretación del derecho a la salud impide que la salud de las niñas peruanas sea tratada de manera integral y, por ende, las expone a sufrir múltiples violaciones y discriminaciones.

A. Derecho a la vida

La negación del acceso a servicios de aborto seguro pone en riesgo la vida de mujeres y niñas. Diversos órganos y expertos internacionales de derechos humanos han señalado reiteradamente que las leyes restrictivas sobre aborto contribuyen a las muertes maternas producto del aborto inseguro y ponen en riesgo el derecho a la vida.¹⁶

El riesgo de muerte materna en madres menores de 15 años en países de ingresos bajos y medios es dos veces mayor al de las mujeres mayores, y este grupo más joven también sufre tasas considerablemente más altas de fístulas obstétricas que mujeres mayores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que las complicaciones del embarazo y el parto son la principal causa de muerte entre niñas y mujeres jóvenes de 15 a 19 años.¹⁷

Este Comité ha destacado que “el riesgo de muerte y enfermedad durante la adolescencia es real, entre otras razones por causas evitables, como... abortos peligrosos”¹⁸ y ha instado a los Estados a:

“... que despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo, así como a que revisen su legislación para asegurar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y se escuche y se respete siempre su opinión en las decisiones relacionadas con el aborto”.¹⁹

El embarazo de Camila era potencialmente mortal dada su corta edad, pero enfrentó muchas barreras para acceder al servicio de atención médica esencial que necesitaba para salvar su vida.

Cuando el aborto está autorizado por la legislación nacional, como lo está en algunas circunstancias en Perú, los Estados deben garantizar el acceso sin trabas y oportuno a esos servicios esenciales de

¹⁵ Ministerio de Salud de Perú, Resolución Ministerial, N° 486-2014, numeral 6.1, 11, 2014, [198435_RM486_2014_MINSA.pdf](https://www.gob.pe/gobierno/resolucion-ministerial-486-2014-minsa) [20180926-32492-173oppg.pdf](https://www.gob.pe/gobierno/resolucion-ministerial-486-2014-minsa) (www.gob.pe).

¹⁶ Ver, por ejemplo, Observaciones finales del CDH sobre El Salvador, Doc. de la ONU CCPR/C/SLV/CO/7 (2018); Guatemala, Doc de la ONU CCPR/C/GTM/CO/4 (2018); Líbano, Doc. de la ONU CCPR/C/LBN/CO/3 (2018); Camerún, Doc. de la ONU CCPR/C/CMR/CO/5 (2017).

¹⁷ OMS, *Mortalidad Materna*, septiembre 19 de 2019, [Maternal mortality \(who.int\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality).

¹⁸ CDN, Observación general N.º 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, Doc. de la ONU CRC/C/GC/20 (2016), párr. 13.

¹⁹ *Ibid*, párr. 60.



salud, garantizando la disponibilidad de instalaciones médicas y eliminando cualquier traba que no permita el acceso real y oportuno a este servicio esencial de salud.²⁰ Para ello, es importante que los estados se comprometan a capacitar al personal médico; asegurar que la objeción de conciencia invocada por el personal de salud no suponga un obstáculo para la interrupción del embarazo; eliminar los obstáculos de procedimientos que dificultan el acceso al aborto legal, incluido el requisito de aprobación por parte de un comité o del reconocimiento judicial de actos delictivos en casos de violación sexual; adoptar protocolos sobre provisión de aborto legal; concienciar a mujeres y proveedores sobre el acceso al aborto legal; proteger la confidencialidad médica; y realizar campañas para prevenir la estigmatización del aborto; entre otros.²¹

a. Protección de la vida prenatal en relación al aborto

La Corte IDH, en su sentencia de *Artavia Murillo vs. Costa Rica*, determinó que no puede entenderse al embrión como un ser humano a los efectos del artículo 4.1 de la Convención Americana.²² En dicha ocasión, concluyó que, al reglamentar el aborto, la protección de la vida antes del nacimiento no prevalece por sobre otros derechos.²³ Así, destacó que:

“Es posible concluir de las palabras ‘en general’ que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general”.²⁴

Esto significa que debe tenerse en cuenta la protección de otros derechos involucrados, como, por ejemplo, el derecho de la mujer a la vida. Además, la Corte IDH reconoció que la decisión de ser padre o madre forma parte del derecho a la vida privada, y que la autonomía personal, la libertad

²⁰ Ver, por ejemplo, CDH, Observaciones finales sobre el quinto informe periódico de Jordania, Doc. de la ONU. CCRP/C/JOR/CO/5 (2017), párr. 21.

²¹ Ver, por ejemplo, Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Chile” (2018); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Burkina Faso, (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el sexto informe periódico de Israel, Doc. de la ONU. CEDAW/C/ISR/CO/6, (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Kenia, (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el informe inicial y los informes periódicos segundo y tercero combinados de Mónaco, (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el informe inicial y el segundo informe periódico combinados de Nauru (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Paraguay (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Costa Rica (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Italia, Doc. de la ONU. CEDAW/C/ITA/CO/7 (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados de El Salvador (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos 6º y 7º combinados de Irlanda (2017); Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el octavo informe periódico de Sri Lanka (2017); y Comité CEDAW, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico de Argentina (2016).

²² Corte IDH, Caso *Artavia Murillo et al. (“Fertilización in vitro”) vs. Costa Rica*, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y costas, Sentencia, 28 de noviembre de 2012, párrs. 186-89, 223, Corte IDH; Convención Americana sobre Derechos Humanos, art. 4.1.

²³ Corte IDH, Caso *Artavia Murillo et al. (“Fertilización in vitro”) vs. Costa Rica*, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y costas, Sentencia, 28 de noviembre de 2012, párrs. 259 y 264.

²⁴ *Ibid.*, párr. 264.



reproductiva y la integridad física y psicológica se encuentran interconectadas.²⁵ La sentencia de la Corte IDH es una clara afirmación y reconocimiento de las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar como titulares de derechos, cuya privacidad y autonomía, entre otros derechos, deben respetarse.

Del mismo modo, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (“TEDH”) estableció que “si el no nacido tiene un ‘derecho a la vida’ éste está implícitamente limitado por los derechos e intereses de la madre”.²⁶ Esto significa que no hay correspondencia entre vida humana y persona humana, pues el embrión no puede ser categorizado como persona con titularidad de derechos fundamentales como el derecho a la vida, que pertenecen solamente a las personas vivas y nacidas, dado que el concepto de vida humana “...está revestido de una dimensión biográfica más allá de la dimensión meramente biológica que se materializa como un sujeto capaz de adquirir derechos y contraer obligaciones en nombre propio, a partir del nacimiento con vida”.²⁷

b. Vida digna en relación al aborto

El CIDH ha explicado que el derecho a la vida es un derecho que no debe interpretarse de manera restrictiva, y se refiere al derecho de las personas a disfrutar de una vida digna.²⁸ La Corte IDH también ha establecido reiteradamente que el derecho a la vida no puede interpretarse únicamente como el derecho de todo ser humano a no ser privado arbitrariamente de su vida, sino también y especialmente como el derecho a no crear condiciones que impidan o dificulten el acceso a una existencia digna.²⁹ Con respecto a la niñez, la Corte IDH también ha especificado que el derecho a una vida digna implica que los poderes públicos no deben obstaculizar su proyecto de vida, sino que deben cuidarlo y promoverlo.³⁰

Camila, quien quedó embarazada como consecuencia de una violación, tuvo que enfrentar muchas barreras para acceder a servicios esenciales de atención de la salud, incluido el apoyo psicológico y

²⁵ Ibid., párrs. 143 y 144. Ver también: TEDH, *Evans vs. Reino Unido*, (N.º 6339/05), 10 de abril de 2007, párrs. 71 y 72, donde se establece: “vida privada” [...] incorpora el derecho al respeto por la decisión de ser madre o padre, y la decisión de no serlo... El derecho al respeto por la decisión de ser madre o padre en el sentido genético, también se enmarca dentro del alcance del artículo 8”; y *Dickson vs. Reino Unido*, (N.º 44362/04), 4 de diciembre de 2007, párr. 66, que establece: “El artículo 8 se aplica a las quejas planteadas por los solicitantes en el sentido de que la negativa de los centros de inseminación artificial afectaba su vida privada y familiar, nociones que incorporan el derecho a que se respete su decisión de ser padres genéticos”.

²⁶ TEDH, caso de *Tysiak vs. Poland*, 45 E.H.R.R.42 Application N. 5410/03, sentencia de 20 de marzo de 2007.

²⁷ Sobre estas consideraciones, véase: Ana Elena Obando, Criterio escrito por la autora desde Mujeres en Acción sobre el proyecto de ley para proteger la vida del niño por nacer escrito por la autora. Expediente N° 22.453 de la Asamblea Legislativa, San José, Costa Rica, 30 de Setiembre de 2020.

²⁸ Comité de Derechos Humanos, Comentario General 6 sobre el derecho a la vida, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (2008), par. 3.

²⁹ Ver, por ejemplo: Corte IDH, Caso “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala, Fondo, Sentencia del 19 de noviembre de 1999, párr. 144; Corte IDH, Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia del 17 de junio de 2005; Corte IDH, Caso de los Hermanos Gómez Paquiyauri Vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia 8 de julio de 2004, párr. 128; Corte IDH, Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia del 25 de noviembre de 2003, párr. 152.

³⁰ Corte IDH, Caso “Niños de la Calle” (Villagrán Morales y otros) Vs. Guatemala, Fondo, Sentencia del 19 de noviembre de 1999, párr. 144, párr.191.



social. En la práctica, esto significó que durante un tiempo se le impuso la continuación de un embarazo forzado, poniendo en peligro su integridad y su proyecto de vida. A Camila, la desbordaba la desesperación y no quería continuar con un embarazo que ella no deseaba ni decidió. El embarazo forzado que sufría le generaba angustia y un gran sufrimiento: “me quería matar” afirmó entre sollozos en una de las primeras entrevistas con psicólogos y fiscales.³¹

B. Derecho a la salud

Según la OMS, la tasa de abortos inseguros es cuatro veces mayor en países con leyes sobre aborto restrictivas que en países donde está legalizado.³² En Perú, el aborto en casos de violación está penalizado, solo está permitido cuando la vida y/o la salud de la persona gestante está en riesgo.³³

El embarazo en niñas y adolescentes está considerado como uno de los problemas de salud pública más importantes que afecta a las mujeres.³⁴ Además, tiene riesgos para la salud mental y la salud social. En el área de la salud mental, se han observado altas tasas de síntomas depresivos en las adolescentes durante el embarazo y el postparto, que en general son más altas que las de la población adulta.³⁵

Cuando una adolescente menor de 15 años queda embarazada, su presente y futuro cambian radicalmente, y nunca para bien. Termina abruptamente su ciclo educativo, enfrenta serios problemas de salud que pueden llevarla a enfermar gravemente, incluso a la muerte, se desvanecen sus perspectivas de trabajo y se multiplica su vulnerabilidad frente a la pobreza, la exclusión, la violencia y la dependencia.

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva confidenciales y no estigmatizantes es esencial para hacer efectivo el derecho a la salud de las niñas y adolescentes peruanas. Sin embargo, este caso mostró las barreras que enfrentan algunas niñas en Perú cuando buscan servicios de atención de aborto legal, incluida la estigmatización, la desinformación, la violencia institucional y la violencia obstétrica.

El ejercicio del derecho a la salud requiere, por tanto, la eliminación de las barreras que interfieren en la adopción de decisiones relacionadas con la salud y en el acceso a los servicios de salud, la educación y la información, en particular en lo que respecta a las afecciones que solo afectan a las mujeres y a las niñas. En los casos en que una barrera es producto de una ley penal o de restricciones

³¹ Promsex, Caso Camila, Hoja Resumen, [Camila \(promsex.org\)](http://Camila.promsex.org).

³² OMS, En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos en el año, 2017, [En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año \(who.int\)](http://En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año (who.int)).

³³ Ver: Código Penal Peruano, artículos 114 a 120. El Artículo 119, en particular, establece: “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”.

³⁴ Ver: Leppälähti, Suvi, et al. "Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011." *BMJ open* 3.8 (2013): e003225; Ver también: Ganchimeg, Togoobaatar, et al. "Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study." *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 121 (2014): 40-48.

³⁵ Global Doctors for Choice/Colombia. El embarazo adolescente: Afectación de la salud y garantía de los derechos, 2014, [El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos \(globaldoctorsforchoice.org\)](http://El embarazo adolescente: afectación de la salud y garantía de los derechos (globaldoctorsforchoice.org)).



jurídicas de otra índole, los Estados están obligados a eliminarla. La eliminación de esas leyes y restricciones no depende de la disponibilidad de recursos y, por consiguiente, no tiene por qué llevarse a cabo de manera progresiva. Por consiguiente, las barreras erigidas con arreglo a leyes penales y otras leyes y políticas que afectan a la salud sexual y reproductiva en el Perú deben eliminarse inmediatamente a fin de asegurar el pleno ejercicio del derecho a la salud.

El Comité CEDAW, en sus observaciones concluyentes al Estado peruano, acogió la adopción de directrices técnicas para el aborto terapéutico y la aprobación de un plan para prevenir el embarazo precoz. Sin embargo, le preocupó que las dos condiciones requeridas para el aborto terapéutico (presencia y firma de un testigo y aprobación de una junta) puedan constituir barreras para el acceso al aborto seguro. El Comité reiteró su preocupación en los siguientes puntos: a) Que el reconocimiento y la protección de los derechos de salud reproductiva de las mujeres en el Estado parte son inadecuados; b) Que se penalice el aborto en casos de embarazo producto de violación o incesto y que la interpretación restrictiva del aborto terapéutico pueda llevar a las mujeres a buscar abortos inseguros e ilegales; c) Que el artículo 30 de la Ley General de Salud y el artículo 326 del Código Procesal Penal vulneren los derechos a la intimidad y la salud reproductiva de las mujeres y den lugar al enjuiciamiento de mujeres por acceder a atención obstétrica de emergencia; d) Que se haya prohibido la distribución gratuita de anticonceptivos de emergencia, incluso en casos de abuso sexual.³⁶

En 2020, mediante resolución directoral, el Ministerio de Salud estableció que se podrá acceder al aborto terapéutico cuando “otras patologías que pongan en riesgo la vida o la salud física y/o mental de la gestante...como: Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por haber sido víctima de violencia sexual.”³⁷

Si bien estos son avances importantes para clarificar las normas técnicas, aún el estado peruano está en mora de establecer una ruta adecuada que garantice el acceso real y efectivo a este derecho reconocido en el Perú desde 1924.

C. Falta de medidas especiales de protección, como la atención integral a las niñas víctimas de violencia sexual

Las sobrevivientes de violencia sexual necesitan servicios de salud integrales y sensibles al género para hacer frente a las consecuencias psicológicas y de salud mental de su experiencia y para ayudarlas a recuperarse de un evento altamente angustiante y traumático.³⁸

³⁶ Ver: CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú (CEDAW/C/PER/7-8), 1 de Julio del 2014. Asimismo, el Comité CEDAW ha condenado enérgicamente las leyes que restringen el aborto, especialmente las que prohíben y penalizan el aborto en todas las circunstancias (véase CEDAW/C/CH/CO/4, párr. 19).

³⁷ Ministerio de Salud, Instituto Nacional Materno Perinatal, N° 230-2020-DG-INMP/MINSA, Resolución Dictatorial, 23 de noviembre de 2020, [RD 230- APROBAR LA GUIA DE PRACTICA CLINICA Y DE PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION DEL ABORTO TERAPEUTICO 1 \(www.gob.pe\)](https://www.gob.pe).

³⁸ OMS, *Currículo de entrenamiento a proveedores de la salud*, 2019, [9789241517102-eng.pdf \(who.int\)](https://www.who.int/publications/i/item/9789241517102-eng).



Por igual, al adoptar medidas para la protección de la niñez, los Estados deben tener en cuenta el artículo 39 de la Convención sobre los Derechos del Niño/a, que establece la obligación de:

"Promover la recuperación física y psicológica y la reintegración social de un niño/a víctima de: cualquier forma de abandono, explotación o abuso; tortura o cualquier otra forma de tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes; o conflictos armados. Dicha recuperación y reintegración tendrá lugar en un entorno que fomente la salud, el respeto por sí mismo y la dignidad de la niña".³⁹

En *KL c. Perú*, el CDH concluyó que el Estado era responsable de la violación del artículo 24(1) del Pacto por no proporcionar atención médica y psicológica adaptada a la condición de una niña menor de edad, para quien la denegación del acceso al aborto constituía un trato equivalente a tortura, trato cruel, inhumano o degradante.

El Comité CEDAW y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) también han determinado que los Estados deben garantizar a todas las víctimas de violencia de género la atención de salud física y mental y proporcionarles acceso a servicios médicos, psicosociales y de asesoramiento.⁴⁰ En el caso *LC v. Perú*, el Comité CEDAW se pronunció sobre la necesidad de que exista una regulación nacional que garantice tanto a las mujeres como a los profesionales de la salud el acceso al aborto terapéutico y, sobre la necesidad de despenalizar el aborto por violación.⁴¹

En el caso de Camila, el Perú no tomó medidas para garantizar la atención médica y psicológica integral, especializada, con perspectiva de género e infantil, que requería como niña víctima de violencia sexual. Tan pronto como su familia se enteró del embarazo, fue llevada a un hospital público, donde no se tomaron medidas para asegurar que recibiera un servicio completo e integral de atención para acceder a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo la interrupción voluntaria del embarazo.

D. Derecho a no sufrir violencia

Perú tiene obligaciones claras en virtud de los tratados internacionales y regionales de derechos humanos⁴² de investigar, enjuiciar, castigar y proveer reparaciones a las mujeres y las niñas de la

³⁹ Ibid. Art. 39.

⁴⁰ Recomendación General N° 35 del Comité CEDAW, sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N° 19 (2017), Observación General N° 22 del Comité DESC (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016), párr. 45.

⁴¹ *Promsex*, el caso *LC v. Perú* ante el Comité CEDAW (comunicación N° 22/2009), derecho a la igualdad y no discriminación en el acceso a servicios de interrupción legal del embarazo, 2011, [caso LC CEDAW.pdf \(promsex.org\)](#).

⁴² En la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer no se menciona de manera explícita la violencia contra las mujeres y las niñas, pero en las Recomendaciones Generales núm. 12, 19 y 35 se aclara que la citada Convención incluye la violencia contra las mujeres y formula recomendaciones detalladas a los Estados. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 1993 reconoció la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos. La Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer de 1993 fue el primer instrumento internacional que abordó de forma explícita la violencia contra las mujeres y creó un marco para la acción nacional e internacional. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1994 identificó los vínculos que existen entre la violencia contra las mujeres y la salud y los derechos reproductivos. La Plataforma de Acción de Beijing de 1995



violencia sexual, incluso por parte de actores privados.⁴³ De acuerdo con el artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño, los Estados tienen la responsabilidad de proteger a los niños de todas las formas de violencia, incluidos el abuso y la explotación sexual, y los insta a establecer sistemas para identificar, denunciar e investigar la violencia, el abuso y la explotación. Perú tiene el deber de garantizar que las sobrevivientes de violencia sexual, en particular aquellas que sufren discriminación interseccional como resultado de su género, edad y etnia, estén protegidas contra todas las formas de violencia de género.

Como reconocimiento de la prevalencia del incesto en la región y los sentimientos de vergüenza que pueden experimentar las sobrevivientes que tienen el coraje de denunciar,⁴⁴ el Estado debe asegurar que su legislación interna⁴⁵ que tipifica como delito la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes sea implementada de manera efectiva por cumplimiento de la ley. Sin embargo, la confusa comprensión en la práctica de lo que constituye el consentimiento, así como también de cuál es la edad de consentimiento y quiénes son los perpetradores de la violencia en relación con el consentimiento y la edad de consentimiento, dificulta su implementación, especialmente para las niñas de 12 a 18 años.⁴⁶

El Comité CEDAW ha señalado que “[I]a violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”.⁴⁷ El Comité también afirmó que la violencia contra la mujer pone en riesgo la salud y la vida de las mujeres.⁴⁸ Asimismo, la Asamblea General de la ONU estableció que:

“[L]a violencia contra la mujer tiene sus raíces en las relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer. Todas las formas de violencia contra la mujer violan y menoscaban gravemente o anulan el disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y tienen serias repercusiones inmediatas y a largo plazo en la salud, incluida la salud sexual y reproductiva...”.⁴⁹

identifica las medidas concretas que deben adoptar los gobiernos para prevenir la violencia contra las mujeres y las niñas y responder a ella. Una de las 12 áreas prioritarias de actuación es poner fin a la violencia. En 2020, un importante informe de situación elaborado por ONU Mujeres reveló que más del 80 por ciento de los países (de un total de 166) notificaron que habían adoptado medidas dirigidas a aplicar y hacer cumplir las leyes de lucha contra la violencia de género en los últimos cinco años, y que el 87 por ciento de los países declararon haber introducido servicios para las sobrevivientes de violencia o haber reforzado los existentes. Véase: ONU MUJERES, Reglas y normas mundiales, [Poner fin a la violencia contra las mujeres \(unwomen.org\)](#).

⁴³ Comité CEDAW, Recomendación General N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N° 19 (2017).

⁴⁴ Equality Now, *Fracaso en la Protección: Cómo las leyes y prácticas discriminatorias en materia de violencia sexual perjudican a las mujeres, niñas y adolescentes en las Américas*, Septiembre 2021, [Failure to Protect - Equality Now 2021 - ESP.pdf \(cloudfront.net\)](#).

⁴⁵ Ley N° 27337.- Aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes (2000). [Ley N° 27.337 \(mimp.gob.pe\)](#).

⁴⁶ Boesten, J., *Sexual Violence against Minors in Latin America*. European Parliament. 2016, p. 12.

⁴⁷ Comité CEDAW, Observación General N° 19: La Violencia contra la Mujer (1992), en Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones generales adoptadas por órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos, párr. 1, Doc. de la ONU hRi/GEN/1/Rev.9 (Vol.ii) (2008).

⁴⁸ *Ibid.*, párr. 19.

⁴⁹ Asamblea General, Fortalecimiento de las respuestas en materia de prevención del delito y justicia penal a la violencia contra la mujer, Adenda: Estrategias y Medidas Prácticas Modelo Actualizadas para la eliminación de la violencia contra la mujer en el campo de la prevención del delito y la justicia penal, Res. A. G. 65/228, 65.º período de sesiones, Tema 105 del programa, párr. 2, Doc. de la ONU A/RES/65/228 (2011).



Perú está incumpliendo su obligación internacional bajo el estándar de la debida diligencia de tomar medidas adecuadas para proteger a mujeres y niñas contra la violencia. La criminalización del aborto en casos de violencia sexual por parte de Perú también está llevando a los profesionales médicos, quienes deberían estar enfocados en asistir a las mujeres, niñas y personas con capacidad de gestar, a presentar denuncias penales en contra de ellas. Esto expone a las mujeres y a las niñas a un grado aún mayor de violencia, que incluye la violencia obstétrica e institucional. Poner a mujeres y niñas bajo custodia debido a la sospecha de que se han practicado abortos, mientras se encuentran en los hospitales para pedir atención médica, constituye una forma de violencia en su contra, particularmente al tratarse de poblaciones vulnerables como las comunidades indígenas.

Los sistemas de justicia penal, muchas veces, se emplean para sustituir los sistemas de protección de menores que son inexistentes o ineficaces, lo que se traduce en un castigo hacia las niñas que han sido víctimas de violencia sexual. El artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño establece la protección de los niños y las niñas frente a todas las formas de violencia, como el abuso y explotación sexual, y así debería cumplirse.

Perú no ha logrado proteger a Camila, no solo de la violencia sexual sino también de la violencia institucional y obstétrica a la que se ha visto expuesta al crear barreras para el acceso a un servicio de salud esencial, como el aborto. Los agentes estatales tampoco consideraron su obligación de protección especial para las niñas en situación de vulnerabilidad.

IV. El impacto de la ausencia de mecanismos de prevención de embarazo en la niñez y en la adolescencia

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo reflexiona sobre la necesidad de que los estados aseguren derechos sexuales y reproductivos a adolescentes y jóvenes, al indicar:

“los países, con la asistencia de la comunidad internacional, deberían proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes”.⁵⁰

Esto en el entendido de que son una población con necesidades de protección particulares debido a que enfrentan embarazos no planificados, matrimonios tempranos, abusos sexuales y otras situaciones de violencia que ponen su integridad física, psicológica y dignidad en una situación de riesgo.

La protección de los derechos sexuales y reproductivos está interrelacionada con la protección a otros derechos de las niñas y adolescentes como son el derecho a la intimidad, a la salud integral, a la educación, a la autonomía, entre otros.

⁵⁰ Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, Egipto, Doc. de la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995)



A. Educación sexual integral

La educación sexual integral constituye uno de los pilares para la garantía y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en niñas y adolescentes, en el entendimiento de que un mayor conocimiento de sus derechos les da herramientas para tomar mejores decisiones. En el caso de Camila, se puede comprobar como la ausencia de programas sobre sexualidad y reproducción científicos e integrales, así como de violencia sexual, limitaron significativamente la posibilidad de prevenir su situación de violencia y posterior embarazo, al no tener información sobre consentimiento, límites y abuso sexual, que le permitiera comprender con claridad lo que estaba atravesando, pero además de no contar con las redes de apoyo institucional en la escuela para crear un ambiente de confianza en el que se pudiera identificar el abuso de forma oportuna o prevenirlo.

En Perú, existe el Programa Nacional de Educación Sexual desde 1996, que no fue operativo hasta 2008, año en el que se aprobaron los “Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral”. En 2021, se actualizó este Plan al aprobar los Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica. Aunque se debe reconocer que esto es un avance para el estado peruano, su falta de implementación hace que la violación del derecho a la educación sexual integral se sostenga en el tiempo para Camila y otros cientos de niñas y adolescentes peruanas.

B. Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes

Los estándares de atención promovidos por la OPS implican que los servicios de salud sexuales y reproductivos para adolescentes deben contar con un personal interdisciplinario, que respete la confidencialidad, no juzgue, y promueva en la consulta que las adolescentes tomen decisiones autónomas y en concordancia con sus derechos humanos.⁵¹

En su revisión del 2008, ya este Comité hacia el siguiente señalamiento al estado peruano:

“Garantice la disponibilidad para todos los adolescentes de servicios e información confidenciales sobre la salud reproductiva y la correspondiente asistencia psicológica y el acceso efectivo de los adolescentes a tales servicios e información, así como a formas modernas de anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos gratuitos de emergencia”.⁵²

El estado peruano sigue en mora de implementar dichas recomendaciones. Y, como lo demuestra el caso de Camila, dicha ausencia vulnera y sigue vulnerando múltiples derechos de las niñas y adolescentes en el Perú en relación a su salud sexual y reproductiva.

En el mismo tenor, los profesionales de la salud deben respetar el secreto profesional. Esto abarca a los profesionales de la salud que reciben información confidencial directamente de sus pacientes o

⁵¹ OPS, *Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva*, 2010, [Recomendaciones \(Paho.org\)](http://Recomendaciones(Paho.org)).

⁵² CDN, Observaciones finales al Estado Peruano aprobadas en las sesiones CRC/C/SR.2067 y 2069 (2016), párrs. 37 y 38.



durante un examen médico, al personal que obtiene la información a través de otros profesionales que participaron en la atención de las pacientes, incluso si desempeñan funciones administrativas, y a los profesionales que reciben información sin el consentimiento expreso de sus pacientes.⁵³ No obstante, el estado peruano vulneró este derecho de Camila cuando la ginecóloga, acompañada de la policía, se presentó en su hogar de forma intimidatoria, exponiéndola ante su comunidad lo que alimentó el estigma en contra de Camila y su familia.

C. Servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes e interseccionalidad

Al ser Camila una niña proveniente de una comunidad indígena, quechua hablante, viviendo en condiciones de pobreza, además de que su mamá enfrenta una condición de discapacidad severa, exige por parte del sistema de salud tener una mirada amplia de todas estas situaciones que la atraviesan y que la colocan en mayor situación de vulnerabilidad social y exclusión.

En el proyecto de Recomendación General N° 39 de la CEDAW sobre Derechos de las Mujeres y las niñas indígenas, el Comité CEDAW aborda el punto de la interseccionalidad, al establecer:

“La acción del Estado para prevenir y abordar la discriminación contra las mujeres y las niñas indígenas debe integrar una perspectiva de género, de mujer indígena, interseccional, intercultural y multidisciplinar a lo largo de su vida.(...) Un enfoque interseccional, requiere que un Estado considere la multitud de factores que se combinan para aumentar la exposición de las mujeres y niñas indígenas a un trato diferente y arbitrario, sobre la base de su raza, origen o identidad indígena, sexo, género, etnia, edad, discapacidad, idioma, situación de pobreza, nivel educativo, migración y desplazamiento”.⁵⁴

A su vez, en ese mismo documento y desde este enfoque, el Comité CEDAW reconoce los obstáculos que enfrentan las niñas y mujeres indígenas para acceder a sistema servicios de salud sexual y reproductiva:

“Las mujeres y las niñas indígenas se enfrentan a múltiples barreras que se entrecruzan para lograr una participación efectiva, significativa y real. Dichas barreras incluyen la falta y la desigualdad de oportunidades educativas; el analfabetismo; las limitaciones lingüísticas; la denegación del acceso a los servicios de atención sanitaria, incluidos los derechos y la salud sexual y reproductiva...”.⁵⁵

Camila, como niña, al acudir a buscar servicios de salud para atender su situación, se enfrentó a un sistema que no tomó en cuenta su contexto social, su realidad cultural y su idioma, además de la condición de discapacidad de su madre, quien ha sido la persona de apoyo durante todo este proceso.

⁵³ Cavallo, Mercedes. "Conflicting duties over confidentiality in Argentina and Peru." *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 112.2 (2011): 159-162.

⁵⁴ Comité CEDAW, Recomendación General N° 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas [Borrador], párr. 4.

⁵⁵ *Ibid*, párr. 49.



Este Comité mostró preocupación en 2016 por el limitado acceso que tiene la niñez y adolescencia de idiomas minoritarios en el Perú a información en su idioma, por lo que instó al Estado peruano a garantizar que exista información en los diversos idiomas que pueden tener representación en el país.⁵⁶ La superación de las barreras idiomáticas que impiden a niñas y adolescentes acceder a servicios de salud es fundamental para que puedan entender las dimensiones de su propio estado de salud, tomar decisiones informadas y comprender las herramientas de prevención de embarazos y enfermedades de transmisión sexual.

Es necesario que el sistema de salud que atiende a niñas y adolescentes garantice intérpretes, traductores, antropólogos, psicólogos y profesionales de la salud especializados y formados en las necesidades de las mujeres y niñas indígenas, dando prioridad a las mujeres indígenas cualificadas.⁵⁷ El sistema de justicia revictimizó a Camila, al no ofrecer servicios de salud humanizados para niñas y adolescentes, con personal capacitado y adaptados a sus contextos.

En el mismo tenor de los obstáculos que enfrentan las niñas y adolescentes en el sistema de salud, es importante resaltar que el Estado peruano debe seguir trabajando para eliminar la práctica de que solo se brindan servicios de salud sexual y reproductiva a quienes estén acompañadas de sus padres o tutores. Esta es una práctica que limita el ejercicio de su autonomía y puede prolongar situaciones de violencia hacia las niñas y adolescentes que se dan en el marco de las familias pues el sistema de salud no podrá detectarlas al no tener intimidad en el marco de sus consultas.⁵⁸

D. Embarazos en adolescentes y niñas y falta de mecanismos de prevención de embarazos

Otra violación de derechos humanos por parte del Estado peruano que visibiliza el caso de Camila es el alto nivel de embarazos en niñas y adolescentes y la falta de mecanismos para su prevención. Diversos mecanismos de seguimiento y monitoreo de Derechos Humanos han recomendado al estado peruano reducir las tasas de embarazos de adolescentes y hacer accesible para adolescentes métodos anticonceptivos.⁵⁹

Aportando una mirada interseccional, queda claro que dentro de los grupos de niñas y adolescentes más afectados por las deficiencias en los mecanismos de proveer e informar sobre métodos anticonceptivos se encuentran las que viven en comunidades indígenas. Quienes, a su vez, se encuentran en situación de discriminación por razón de su etnia, por lo que viven en exclusión, en zonas apartada y empobrecidas, y se enfrentan a barreras culturales y creencias con las que el Estado peruano debe buscar mecanismo para dialogar y respetar en el proceso de impulsar la prevención de los embarazos en niñas y adolescentes.

⁵⁶ CN, Observaciones finales al Estado Peruano aprobadas en las sesiones CRC/C/SR.2067 y 2069 (2016), párrs. 37 y 38.

⁵⁷ CIDH, Informe sobre las mujeres indígenas, párr. 156.

⁵⁸ CDN, Observaciones finales al Estado Peruano aprobadas en las sesiones CRC/C/SR.2067 y 2069 (2016), párrs. 37 y 38.

⁵⁹ Ver, por ejemplo: CDN, Observaciones finales al Estado Peruano aprobadas en las sesiones CRC/C/SR.2067 y 2069 (2016), párrs. 56.a); CDN, Observaciones finales al Estado Peruano aprobadas en las sesiones CRC/C/SR.2067 y 2069 (2016), párrs. 56.b).



Al respecto, con relación al derecho a la salud establecidos en los artículos 10 y 12 de la Convención de todas formas de discriminación contra la mujer, la CEDAW ha establecido:

“Las mujeres y las niñas indígenas tienen un acceso limitado a los servicios sanitarios adecuados, incluidos los servicios y la información sobre salud sexual y reproductiva, y se enfrentan a la discriminación racial y de género en los sistemas sanitarios. Los profesionales de la salud suelen ser insensibles a las realidades, la cultura y la visión del mundo de las mujeres indígenas, y rara vez ofrecen servicios que respeten su dignidad, privacidad, consentimiento informado y autonomía reproductiva”.⁶⁰

Las mujeres indígenas suelen tener dificultades para acceder a la información y la educación en materia de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos de planificación familiar, la anticoncepción y el acceso a un aborto seguro y legal. En una encuesta regional sobre la salud sexual y reproductiva de las jóvenes indígenas realizado en 2018, se evidenció que las jóvenes rurales (Aymaras, Kakataibos, Quechuas y Ashanincas) tienen dos veces más riesgo de quedar embarazadas a comparación de las que viven en zonas urbanas.⁶¹ A su vez, en dicha encuesta, más del 40% de las jóvenes indígenas entrevistadas afirmó que nunca ha pedido información sobre su salud sexual en su centro de salud por la falta de discreción del personal sanitario, cerca del 15% manifestó que se les exigió el acompañamiento de una persona mayor de edad, y el 10.06% del total señaló que atravesaron embarazos producto de violaciones sexuales.⁶²

V. Conclusiones

En razón de todo lo expuesto, solicitamos al Honorable Comité tener en cuenta los argumentos y estándares citados en este documento para la protección efectiva de los derechos humanos en el presente caso y el desarrollo de estándares sobre:

- i) El deber estatal de debida diligencia para proteger los derechos humanos de las niñas y adolescentes garantizando el acceso real y efectivo a servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo el aborto,
- ii) El deber de garantía en cuanto al acceso a la educación sexual integral como medida de prevención de casos de violencia sexual,
- iii) El deber de establecer un programa sanitario de salud sexual y reproductiva en que los servicios este humanizados y tenga un enfoque interseccional,
- iv) El deber de promover y garantizar métodos de prevención de embarazo, en centros de salud público, a través de adecuada consejería, con enfoque de género, niñez y cultural,

⁶⁰ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 39 sobre los derechos de las mujeres y niñas indígenas* [Borrador], párr. 59 y 60.

⁶¹ Asociación Chirapaq en Ayacucho, Junín, Puno y Ucayalim Encuesta Regional Jóvenes Indígenas y Educación Sexual (2018). [Encuesta advierte sobre falta de educación sexual entre jóvenes indígenas \(chirapaq.org.pe\)](http://chirapaq.org.pe).

⁶² Ibid.



- v) El deber de establecer programas de educación sexual integral que tome en cuenta la realidad cultural y social de niñas, niños y adolescentes indígenas, y prevenga abuso sexual a través de la enseñanza de mecanismos de identificación y construcción de redes de confianza.
- vi) El deber de tomar las medidas necesarias (jurídicas y de otro tipo) para ejercer la debida diligencia y prevenir, investigar, sancionar y reparar los actos de violencia sexual, sean o no cometidos por actores estatales o no estatales.
- vii) El deber de garantizar la protección de la ley y la necesidad de abordar los mitos de violación prevalentes en la sociedad y el sistema de justicia penal, que se basan en estereotipos nocivos de género, clase, origen racial/étnico/nacional, etc., relacionados con la violencia sexual y las víctimas.
- viii) El deber asignar recursos financieros y humanos adecuados para implementar adecuadamente políticas, medidas y programas integrados para prevenir y combatir la violencia sexual y crear indicadores específicos para medir el progreso en la prevención.
- ix) El deber de combatir estereotipos de género, empoderar a las niñas y adolescentes, promover masculinidades basadas en el respeto y la igualdad entre pares, fortalecer mecanismos de denuncia y líneas de ayuda amigables, continuar promoviendo la educación integral de la sexualidad, crear más servicios de atención a víctimas y armonizar legislación a estándares internacionales.
- x) Igualmente, solicitamos que se recomiende despenalizar el aborto en todas las circunstancias y se examine la legislación con miras a garantizar el acceso de las niñas al aborto en condiciones de seguridad y a servicios posteriores al aborto. En las decisiones relativas al aborto siempre se debe tener en cuenta y respetar la opinión de la niña afectada.

VI. Representación

Las personas y redes abajo firmantes solicitan amablemente a este Comité que el presente *Amicus Curiae* sea tomado en cuenta en la tramitación y análisis del caso núm. 136/2021 Camila contra Perú:



Agustina Ramón Michel
 Coordinadora de la Red Jurídica
 Consorcio Latinoamericano contra el
 Aborto Inseguro - CLACAI

Ximena Casas Isaza
 Abogada, integrante de la Red Jurídica
 Consorcio Latinoamericano contra el
 Aborto Inseguro - CLACAI

Katherine De La Cruz Jaime
 Abogada, integrante de la Red Jurídica
 Consorcio Latinoamericano contra el
 Aborto Inseguro - CLACAI

Bárbara Jiménez Santiago
 Representante Regional LAC
 Equality Now

Consuelo Bowen
 Coordinadora
 Centro de Respuestas Legales
 CEPAM - Guayaquil

Ana Elena Obando
 Asesora legal
 Equality Now

Dana Repka
 Asistente de Coordinación, integrante de
 la Red Jurídica
 Consorcio Latinoamericano contra el
 Aborto Inseguro - CLACAI

Fernanda Díaz de León
 Subdirectora de Incidencia
 Ipas Latinoamérica y el Caribe



Johanna Romero
Representante
Bolena

María Teresa Bosio
Presidenta
Católicas por el Derecho a Decidir
Argentina

Mariana Ardilla
Directora Legal
Women's link worldwide

Leticia Morcos
Presidenta
Asociación civil "Líbera, Abogacía
Feminista"

Soledad Deza
Presidenta y fundadora
Fundación MxM Mujeres

Natalia Gherardi
Directora ejecutiva
Equipo Latinoamericano de Justicia y
Género - ELA

Ligia Malena Morales Lara
Directora
Ipas Bolivia

Rebeca Ramos Duarte
Directora
Grupo de información en Reproducción
Elegida - GIRE



Amelia Ojeda Sosa
 Coordinadora jurídica
 Unidad de Atención Sicológica, Sexológica
 y Educativa para el Crecimiento Personal,
 A.C - UNASSE, A.C.

Grecia Lozano
 Directora de Estrategias Legales
 Optio

Anita Kudelga
 Representante
 Católicas por el Derecho a decidir
 Bolivia

Milena Páramo
 Coordinadora regional
 CLADEM

Javiera Canales Aguilera
 Directora ejecutiva
 Corporación Miles