

Violencia sexual, embarazos forzados y acceso a servicios de salud

en el contexto de la **pandemia del COVID-19**

INFORME DE LAS ORGANIZACIONES SOLICITANTES

sobre la audiencia temática
regional celebrada de manera
virtual el 8 de octubre de 2020,
en el marco del 177º período de
sesiones ordinario de la CIDH

son
niñas
no madres

CENTRO de
DERECHOS
REPRODUCTIVOS



I.

Contexto

- 08** A. Una problemática preexistente: la violencia sexual contra niñas y adolescentes y los embarazos forzados en América Latina
- 12** B. El marco legal de los derechos sexuales y reproductivos en Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú y las barreras que impiden el pleno goce de estos derechos

II.

22 **La pandemia del COVID-19 y su impacto diferenciado sobre los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes latinoamericanas**

- 24** A. El alarmante incremento de la violencia sexual contra niñas y adolescentes durante la pandemia del COVID-19
- 27** B. La falta o denegación de acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la pandemia del COVID-19

III.

Estándares y obligaciones internacionales

- 34 A. Obligaciones internacionales respecto a la prevención y atención de la violencia sexual contra niñas y adolescentes
- 39 B. Obligaciones internacionales respecto al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en niñas y adolescentes y víctimas de violación
- 43 C. Recomendaciones internacionales en el marco de la pandemia de COVID-19 respecto a la prevención y atención integral de la violencia sexual
- 45 D. Recomendaciones internacionales en el marco de la pandemia de COVID-19 respecto a la protección de los derechos sexuales y reproductivos

IV.

48 Conclusión y Petitorio

María Claudia Pulido
Secretaria Ejecutiva Interina
Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Washington, D.C., Estados Unidos
– Presente.

REF.: Informe de las solicitantes
sobre la audiencia temática regional

‘VIOLENCIA SEXUAL, EMBARAZOS FORZADOS Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA DEL COVID-19’

celebrada de manera virtual el 8 de octubre de 2020, en el marco del 177º período de sesiones ordinario de la CIDH

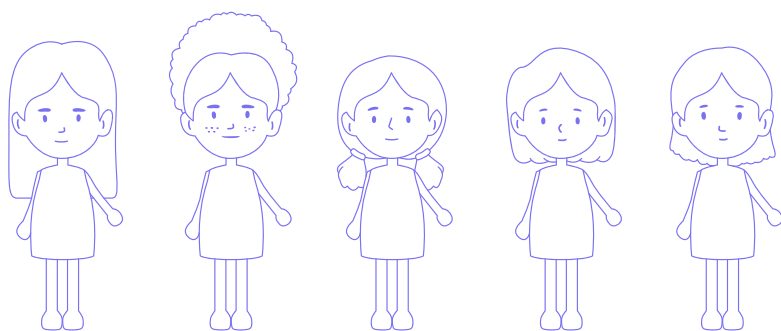
**DISTINGUIDA
SECRETARIA
EJECUTIVA:**

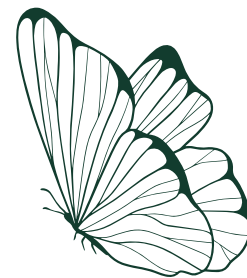
La Asociación de Mujeres Axayacatl-Nicaragua (**AXAYACATL**), Mujeres Transformando el Mundo- Guatemala (**MTM**), el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva - Guatemala (**OSAR**), el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – Perú (**PROMSEX**), el Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos- Ecuador (**SURKUNA**), La Mesa Por la Vida y la Sa-

lud de Las Mujeres- Colombia (**La Mesa**), el Centro de Derechos Reproductivos (**CRR**, por sus siglas en inglés) y Planned Parenthood Global (**PPG**), en adelante **“las solicitantes”**, nos dirigimos a usted, y por intermedio suyo a la honorable Comisión Interamericana de Derechos Humanos, en adelante **“Comisión”** o **“CIDH”**, para presentar nuestro informe relativo a la audiencia temática regional **“Violencia sexual, embarazos forzados y acceso a servicios de salud en el contexto de la pandemia del COVID-19”** celebrada de manera virtual el 8 de octubre de 2020 en el marco del 177º período de sesiones ordinario de la CIDH¹.

Esta audiencia temática constituyó un espacio de gran relevancia, pues permitió la presentación de información independiente y actualizada sobre cómo, especialmente en **Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú**, las organizaciones de la sociedad civil han documentado la exacerbación de estas problemáticas y cómo esta grave situación tiene un impacto diferenciado sobre las niñas y adolescente en momentos de vulnerabilidad, expuestas a mayores riesgos y violencia, incluyendo las provenientes de poblaciones históricamente discriminadas, como las niñas indígenas y/o migrantes.

Durante el desarrollo de la audiencia, la vicepresidenta y comisionada Flavia Piovesan señaló que nos encontramos ante el gran desafío de tener una de las regiones con mayor desigualdad y violencia en el mundo, en el marco de la pandemia del COVID-19. Las problemáticas estructurales existentes se están exacerbando y acentuando². En particular, como se evidenció a través de la información presentada por las solicitantes: la pandemia, y en especial, las medidas que han tomado, o han dejado de tomar, los Estados de la región con relación a la contención del virus del COVID-19, han tenido un impacto devastador sobre los derechos fundamentales de las niñas y mujeres de la región; en específico, el aislamiento y la cuarentena obligatoria, **las han expuesto de manera exacerbada a la violencia sexual y a los embarazos forzados**. Asimismo, las restricciones de movilidad, la discontinuación de algunos servicios de salud y la desinformación sobre la crisis sanitaria, entre otros factores, **constituyen nuevas y reforzadas barreras que le impiden a las mujeres y niñas el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva integrales**, los cuales, como esta Honorable Comisión ha enfatizado, **son esenciales e imprescindibles “para la efectividad de los derechos de las mujeres y niñas a la vida, igualdad y no discriminación, integridad personal, salud, dignidad, acceso a la información, entre otros”³**.





Así, esta audiencia temática dejó en claro, no sólo el alarmante contexto regional, sino también la gran importancia que la respuesta a estas problemáticas, tanto a nivel nacional como regional, deben ser **urgentes e inmediatas, pero también deben tener un enfoque integral, diferencial y de largo plazo**. En efecto, como se refirió en la audiencia, tanto por parte de las solicitantes como de las Comisionadas, **la implementación de políticas públicas para la prevención de la violencia sexual y garantizar el acceso efectivo a la educación e información sobre salud sexual y reproductiva adecuada e integral, son las medidas primordiales** para poder proteger, de manera holística, los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes en la región a vivir una vida libre de violencia y de discriminación, tener acceso a una educación de calidad y crecer en un ambiente seguro, sin tener que ser forzadas a asumir maternidades no deseadas y llevar a cabo sus proyectos de vida, entre otros. Solo así, será posible combatir los ciclos violencia sistemática, de pobreza y desigualdad estructural que continúan profundizándose en la región latinoamericana.

Por lo anterior, y como se desarrollará mediante este informe, es de gran relevancia que, en el marco de su importante labor de promoción y monitoreo de los derechos humanos en la región, así como en el marco del trabajo de su *Sala de Coordinación y Respuesta Oportuna e Integrada a la crisis en relación con la pandemia del COVID-19* ("SACROI COVID-19"), esta Honorable Comisión continúe monitoreando e incluya de manera prioritaria, estas problemáticas en su plan de trabajo de corto, mediano y largo plazo.

El informe que presentamos a continuación, se divide en las siguientes secciones: (i), presentamos el contexto violencia sexual contra niñas y adolescentes y los embarazos forzados en América Latina (**sección I.A**) y brevemente los marcos normativos restrictivos respecto los derechos sexuales y reproductivos en **Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú**, así como las barreras que impiden el pleno goce de estos derechos (**sección I.B**). (ii) abordamos cómo la pandemia del COVID-19 ha tenido un impacto diferenciado sobre los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes latinoamericanas, en particular, refiriéndonos al alarmante incremento de la violencia sexual contra niñas y los embarazos adolescentes durante la pandemia (**sección II.A**); y luego vislumbramos la problemática de la falta de acceso y la denegación de servicios de salud

sexual y salud reproductiva durante el COVID-19 (**sección II.B**). (iii) presentamos los estándares y obligaciones internacionales de los Estados respecto a la prevención y atención de la violencia sexual contra niñas y adolescentes (**sección III.A**) y sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, con énfasis en niñas y adolescentes y víctimas de violación (**sección III.B**). (iv) referimos algunas de las principales recomendaciones de organismos internacionales de protección de los derechos humanos respecto a la prevención y atención integral de la violencia sexual en el marco de la pandemia de COVID-19 (**sección III.C**) y respecto a la necesidad de garantizar la continuidad de los servicios de salud sexual y salud reproductiva durante la crisis sanitaria (**sección III.D**). (v) presentamos una conclusión y nuestro petitorio (**sección IV**).





I. CONTEXTO

A. UNA PROBLEMÁTICA PREEXISTENTE: LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS Y ADOLESCENTES Y LOS EMBARAZOS FORZADOS EN AMÉRICA LATINA

1. América Latina y el Caribe es la única región del mundo en donde los **partos de niñas menores de 14 años están en aumento**⁴ y es la región con la mayor tasa de embarazos no deseados en niñas menores de 15 años⁵, los cuales en su gran mayoría son el resultado de violencia sexual⁶.

En efecto, de acuerdo con las legislaciones de los Estados de la región⁷, y como también lo ha referido el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), **“TODO EMBARAZO EN UNA NIÑA DE MENOS DE 14 AÑOS DEBE CONSIDERARSE NO CONSENTIDO Y, POR TANTO, PRODUCTO DE VIOLENCIA SEXUAL”⁸.**

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado que entre el 11 y el 20% de los embarazos en niñas y adolescentes son resultado de violencia sexual⁹.

2. Al respecto, esta honorable Comisión ha expresado su preocupación frente a la problemática del embarazo infantil y adolescente, cuya cifra en el hemisferio es de aproximadamente

10 millones de embarazos al año¹⁰. Más preocupante aún, esta Comisión refirió que **EL 80% DE LAS VIOLACIONES SEXUALES DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN LA REGIÓN SE CONCENTRAN EN VÍCTIMAS ENTRE LOS 10 Y 14 AÑOS, Y EL 90% DE ESTOS CASOS INVOLUCRAN UN CONTEXTO DE VIOLACIÓN REITERADA**¹¹. Ligado a ello, como esta Comisión lo constató, es importante recalcar que usualmente los agresores son familiares o una persona cercana y con una relación de superioridad con la víctima¹².

3. Las alarmantes cifras de violencia sexual y embarazos forzados en países como **Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú** vislumbran esta grave problemática regional. Según el informe anual de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos sobre **Colombia**, la tasa de violencia sexual para el año 2018 fue de 52.3 víctimas por cada cien mil habitantes, siendo la tasa más alta en los últimos 10 años¹³. Además, se estima que en 2018, una niña era abusada cada hora¹⁴ y se llegaron a denunciar 22.304 casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes¹⁵. Ese mismo año, se registró que diariamente 15 niñas entre 10 a 14 años dieron a luz¹⁶. Esta grave afectación a los derechos humanos de las mujeres y las niñas en el país se mantuvo durante el año 2019, donde se registraron 22.115 casos de violencia sexual contra las mujeres¹⁷. **SE RESALTA QUE EL 86% DEL TOTAL DE LAS MUJERES AGREDIDAS SEXUALMENTE DURANTE ESE AÑO FUERON NIÑAS Y ADOLESCENTES**, siendo las primeras, entre los 10 y 14 años, las más afectadas (48%), seguidas por niñas entre los 5 y 9 años (26%)¹⁸. Adicionalmente, según datos oficiales, durante los años 2018 y 2019, 10.200 niñas, entre 10 y 14 años, dieron a luz¹⁹.

4. En **Ecuador**, de acuerdo con el informe de rendición de cuentas de la Fiscalía General del Estado (FGE), en 2018 se recibieron 66.506 denuncias por delitos relacionados con violencia de género²⁰. Esta misma institución refiere que, aproximadamente 11 denuncias se reciben diariamente por el delito de violación, siendo las niñas menores de 14 años las principales víctimas y los principales perpetradores, personas del entorno cercano en el 95% de los casos²¹. En el año 2019, la FGE registró un total de 17.163

delitos sexuales y 445 tentativas de estos delitos, relativos a los tipos penales de violación, abuso sexual, acoso y violencia sexuales contra la mujer u otros miembros del núcleo familiar²². De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre violencia de Género, en el 2019 casi la mitad de las niñas entre los 15 y 17 años habían experimentado violencia²³.

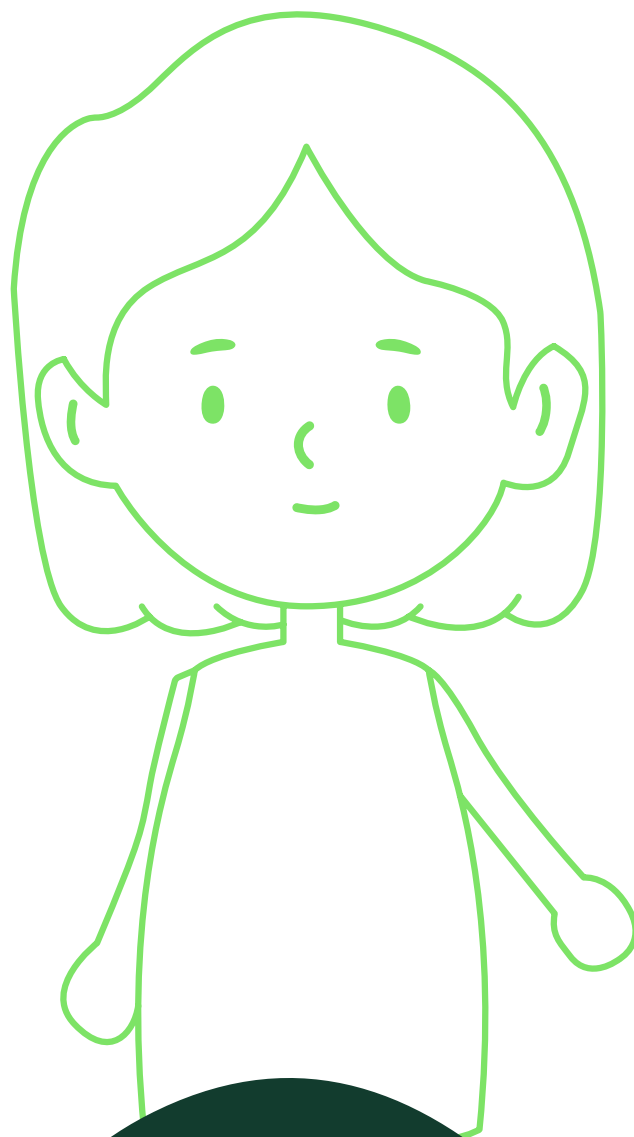
5. En este mismo país, se calcula que diariamente 7 niñas menores de 14 años dan a luz²⁴ y, como el *Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* señaló en su informe sobre su visita a Ecuador, se estima que el 80% de los embarazos adolescentes son producto de violencia sexual²⁵. En este sentido, los datos reflejan que la incidencia de la violencia de género, y en especial la violencia sexual, ha aumentado significativamente en la última década²⁶, pero, sobre todo, y de gran preocupación, **se ha registrado un incremento del 74% en embarazos en menores de 14 años producto de violencia sexual**²⁷.

6. En **Guatemala**, las cifras de partos en niñas en la última década también son alarmantes. En 2009, se registraron 41.529 partos de niñas y adolescentes de 10 a 19 años, equivalentes al 20% de los partos en el país, de los cuales, 1.601 fueron en niñas de 10 a 14 años²⁸. Si bien en 2010, la cifra de partos de niñas y adolescentes entre 10 a 19 años fue de 40.048, los números de partos de niñas de 10 a 14 años aumentaron a 1.627²⁹. De igual manera, entre 2015 y 2017 hubo una media anual de 1.569 partos, entre los 10 y 14 años³⁰. Y si bien para el 2018 los partos de niñas entre 10 y 14 años fueron 1.050³¹, ese mismo año hubo 16 denuncias, por día, de violencia sexual contra niñas y adolescentes, llegando a registrarse 5.680 denuncias en todo el año³². **En el 2019, 7.366 niñas menores de 15 años se convirtieron en madres**³³, lo que evidencia que **“NO EXISTE UNA TENDENCIA A LA DISMINUCIÓN DE ESTA PROBLEMÁTICA EN MENORES DE 14 AÑOS”**³⁴. En efecto, a pesar de una aparente tendencia decreciente en los últimos años de las cifras globales de las niñas y adolescentes de 10 a 19 años³⁵, este grupo es uno de los más vulnerables³⁶, ya que los embarazos en ese gru-

po etario continúan una tendencia establece-creciente. Como se desarrollará más adelante, estas tendencias y cifras son alarmantes debido a que ellas tienen mayor riesgo de mortalidad materna durante el parto, así como por suicidio, considerando que Guatemala identificó en un estudio que el embarazo forzado en niñas menores de 14 años es un detonante para suicidarse³⁷.

7. En **Nicaragua**, sólo en 2019, el Instituto de Medicina Legal registró 4.564 casos de abuso sexual de los cuales el 82.4% eran casos de niñas, niños y adolescentes³⁸. Aunado a esto, Nicaragua presenta la tasa de nacimientos de madres de menos de 18 años más alta de América Latina (28,1 %) **y se calcula que cada día al menos 5 niñas son obligadas a ser madres**⁴⁰. Esta es una tendencia en alza pues entre 2000 y 2010 el embarazo de niñas de 10 a 14 años aumentó en un 47%⁴¹ y entre 2010 y 2015, en promedio, 1.500 niñas de entre 9 y 14 años de edad resultaron embarazadas por año, alcanzando el 5% del total de nacimientos. Un tercio de estas niñas (34.6%) fueron embarazadas por un hombre de entre 20 a 24 años de edad y un 20% por un hombre de 25 años o más.

8. Finalmente, en **Perú**, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) reportó que en el 2018 se atendieron en los Centros Emergencia Mujer (CEM) 113 643 casos de violencia contra las mujeres, incluyendo la violencia sexual⁴². De estos, 22.709 fueron casos por violencia física y sexual contra menores de 18 años⁴³. En 2019, los casos de violencia contra la mujer aumentaron a 154.602⁴⁴ y la cifra de casos por violencia física y sexual contra menores también aumentó a 29.995⁴⁵, siendo el 60% casos de violencia sexual y el 91.5% víctimas niñas y adolescentes⁴⁶. Asimismo, en el primer semestre de 2018 en Perú, de acuerdo con los CEM, 15 mujeres fueron víctimas de violencia sexual diariamente⁴⁷, de las cuales el 52% fueron niñas entre 12 y 17 años⁴⁸. Adicionalmente, según datos oficiales, en Perú 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas por primera vez y el 71% de estos embarazos no fueron deseados⁴⁹. En efecto, según el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea⁵⁰,



EN PERÚ, ENTRE 2015 Y 2018, 29 NIÑAS MENORES DE 10 AÑOS Y UN TOTAL DE 6.240 NIÑAS ENTRE 11 Y 14 AÑOS SE CONVIRTIERON EN MADRES PREMATURAMENTE. Sólo en 2019, hubo 1.303 nacimientos de madres menores de 14 años⁵¹.

9. Esta incidencia de la violencia sexual y los embarazos forzados de niñas y adolescentes es de extremo problemática pues constituye **una vulneración directa de los derechos de las niñas y adolescentes a la vida, la integridad, al pleno desarrollo, a su proyecto de vida, a la salud, a la educación y a la inclusión social y comunitaria**, entre otros, y así ha sido consagrado por diversos órganos de protección y promoción de derechos humanos como la CIDH⁵² o el MESECVI⁵³.

10. Es importante recalcar que para las niñas y adolescentes ser forzadas a llevar a término un embarazo forzado producto de violación **puede ocasionar la muerte** por cuanto, “el embarazo y el parto considerados conjuntamente son la segunda causa de muerte de las niñas de 15 a 19 años de edad”⁵⁴, y en el caso de las jóvenes de 16 años o menos, el riesgo de muerte es cuatro veces mayor⁵⁵. Adicionalmente, los embarazos adolescentes traen consigo **daños psicológicos graves como ansiedad, miedo, depresión e incluso el suicidio**⁵⁶. Por ejemplo, el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), ha referido en este sentido que el embarazo en niñas y adolescentes “obstaculiza su desarrollo psicosocial, se asocia con resultados deficientes en materia de salud tanto para ellas como para sus hijos, repercute negativamente en sus oportunidades educativas y laborales y contribuye a perpetuar los ciclos intergeneracionales de pobreza y mala salud”⁵⁷.

11. Asimismo, esta Comisión, el *Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas*, y el MESCEVI, entre otros organismos, se han pronunciado sobre los impactos de la violencia sexual contra niñas, añadiendo además que los embarazos adolescentes suponen el riesgo de sufrir lesiones graves para toda la vida⁵⁸ y que, el ser forzada a llevar a términos estos embarazos, da lugar a que las niñas y adolescentes estén expuestas en mayor medida a ciclos de violencia y discriminación en el futuro⁵⁹.

12. Adicionalmente, el estigma social y cultural que conllevan estos embarazos aumenta su situación de vulnerabilidad y evita que busquen tratamiento médico, poniendo así su salud y vida en mayor peligro. Por ejemplo, en **Nicara-**

gua, el 50% DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL QUE QUEDÓ EMBARAZADA AFIRMÓ SENTIR ESTIGMA POR PARTE DEL PERSONAL MÉDICO, el 40% declaró sentir estigma en su familia y el 87% dijo sentir estigma en su entorno social⁶⁰. Similarmente, en **Perú**, el 80.4% de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual reportaron no haber acudido a tratamiento médico y psicológico⁶¹.

13. Es importante recordar que el embarazo de niñas y adolescentes es la primera causa de deserción escolar⁶². En países como **Ecuador**⁶³ y **Nicaragua** se ha encontrado que el 85% de las adolescentes embarazadas no asisten a la escuela⁶⁴ y de las jóvenes que siguen yendo durante el embarazo, el 48,5% no vuelven después del parto⁶⁵.

14. Este alto y alarmante índice de violencia sexual contra niñas y adolescentes en la región se ve agravado por las políticas y leyes de los países de la región sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos, las cuales son de las más restrictivas en el mundo⁶⁶, ya que obliga a las niñas y adolescentes a convertirse en madres de manera forzada y prematura. Incluso, en los países de la región en los que se encuentra parcialmente despenalizada la interrupción voluntaria del embarazo, incluyendo para prevenir una afectación a la salud y/o vida de la mujer, las causales son interpretadas restrictivamente generando dilaciones, así como creando e imponiendo requisitos no reglamentados e incluso llegando a la denegación total del servicio. Además, casi ningún ordenamiento de la región cuenta con protocolos médicos con un enfoque de niñez, ignorando por completo las afectaciones físicas y mentales diferenciadas de los embarazos forzados en niñas y adolescentes. A continuación, nos referimos a estas normativas y prácticas restrictivas.

B. EL MARCO LEGAL DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN COLOMBIA, ECUADOR, GUATEMALA, NICARAGUA Y PERÚ Y LAS BARRERAS QUE IMPIDEN EL PLENO GOCE DE ESTOS DERECHOS

Colombia

15. La Constitución Política Colombiana consagra el derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos (Art. 42 C. Pol.) y garantiza la igualdad de derechos, proscribiendo, expresamente, la discriminación contra la mujer (Arts. 13 y 43 C. Pol.). A partir de estas disposiciones, la Corte Constitucional Colombiana ha interpretado que los derechos sexuales y reproductivos **“RECONOCEN Y PROTEGEN LA FACULTAD DE LAS PERSONAS, HOMBRES Y MUJERES, DE TOMAR DECISIONES LIBRES SOBRE SU SEXUALIDAD Y SU REPRODUCCIÓN”⁶⁷**. Particularmente, ha reiterado también que el Estado tiene dos obligaciones frente a los derechos sexuales y reproductivos: una obligación negativa, en cuanto se debe abstener de interferir injustificadamente en las decisiones adoptadas por cada persona, y otra obligación positiva, en el entendido que debe adoptar medidas para garantizar el goce efectivo de estos derechos y eliminar los estereotipos de género⁶⁸. En este marco constitucional, el Estado Colombiano ha desarrollado unos referentes normativos y jurisprudenciales para la garantía y la protección de los derechos sexuales y reproductivos en el país, en particular frente a la interrupción voluntaria del embarazo y la violencia sexual.

16. No obstante, el aborto sigue siendo un delito tipificado en el Código Penal colombiano (Código Penal, Ley 599, art. 122) con **excepción de tres causales** establecidas por la Corte Constitucional de Colombia en la **Sentencia C-355 de 2006**: (i) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; (iii) cuando el embarazo sea el resultado de una conducta, debidamente denunciada⁶⁹, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto⁷⁰.

17. A partir de esta sentencia, la Corte Constitucional colombiana ha producido una línea jurisprudencial que garantiza los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como parte integral del derecho a la salud. En particular, la jurisprudencia constitucional ha reconocido que

la Interrupción Voluntaria del Embarazo (en adelante “IVE”) es un derecho fundamental⁷¹, que no se agota en la realización del procedimiento médico, sino que consta de tres componentes imprescindibles, a saber: (i) **Información adecuada** sobre el derecho para la mujer; (ii) **Accesibilidad** a servicios médicos, psicológicos, trabajo social (atención integral) y (iii) **Disponibilidad** del servicio de la IVE en el Sistema General de Salud⁷².

18. En cuanto al marco legal para las niñas y adolescentes, se presume que todo embarazo de una menor de 14 años es producto de violencia sexual, razón por la cual no se requiere certificación de la denuncia del delito para acceder a una IVE⁷³. De igual manera, la Corte Constitucional ha reconocido la capacidad y el derecho de las niñas y adolescentes de acceder a servicios de salud sexual y reproductiva sin la necesidad del consentimiento de sus padres, particularmente en el caso de aborto⁷⁴. La **Resolución 0459 de 2012** del Ministerio de Salud y Protección Social, por su parte, adopta el *Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual*⁷⁵ con el objetivo de brindar los elementos técnicos, conceptuales y prácticos para una atención integral, humanizada, oportuna y respetada de las víctimas de violencia sexual.

19. Ello así, si bien en Colombia existe este marco normativo y jurisprudencial importante sobre los derechos sexuales y reproductivos, especialmente sobre la IVE y el acceso a una atención integral para mujeres y niñas víctimas de violencia sexual, en la práctica, las mujeres y las niñas en Colombia **ENFRENTAN MÚLTIPLES BARRERAS ADMINISTRATIVAS, LEGALES, PRESUPUESTALES Y CULTURALES QUE LES IMPIDEN GOZAR EFECTIVAMENTE SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**⁷⁶.

20. Principalmente, se han identificado las siguientes barreras: (i) **El desconocimiento** del marco legal, es decir falta de conocimiento de la sentencia C-355 de 2006 y sus desarrollos posteriores, lo cual lleva a la violación de estas normas que garantizan los derechos para acceder a la IVE; (ii) **La interpretación** restrictiva del marco legal, en la que se incluye la soli-

cidad de requisitos adicionales, la limitación de prestación de los servicios con fundamento en la edad gestacional, el uso inconstitucional de la objeción de conciencia, y la implementación restrictiva de la causal salud; y (iii) **Las fallas en la prestación del servicio de salud**, que se refiere a fallas de los profesionales de la salud como la violencia y los malos tratos contra las mujeres y fallas administrativas, como por ejemplo la falta de protocolos internos y de acuerdos interinstitucionales de referencia y contrarreferencia⁷⁷.

21. A raíz de la persistencia de estas barreras, 14 años después de la Sentencia C-355, **el movimiento Causa Justa**⁷⁸, conformado por **134 activistas y 91 organizaciones sociales, presentó el 16 de septiembre de 2020 una demanda de inconstitucionalidad contra el artículo del Código Penal que criminaliza el aborto en Colombia**. La demanda de Causa Justa solicita la eliminación total del delito de aborto por ser injusto con las mujeres más vulnerables, ineficiente y violatorio de los derechos de las mujeres y del personal de salud⁷⁹. El pasado 19 de octubre, la Corte Constitucional admitió a examen la demanda de Causa Justa⁸⁰ por lo que ahora la Corte tiene la oportunidad de eliminar el delito de aborto del Código Penal.

22. Al respecto debemos recordar que esta Honorable Comisión ha reiterado el deber de los Estados de 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 puede constituir una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes”⁸¹, y en específico la CIDH le ha recomendado al Estado colombiano “garantizar que las mujeres tengan acceso a la justicia y a servicios de salud disponibles, lo cual es clave para el ejercicio de su derecho a vivir una vida libre de violencia sexual”⁸².

Ecuador

23. Ecuador es uno de los pocos países de América Latina que garantiza la salud sexual y reproductiva como un derecho en la Constitución al asegurar *“el acceso oportuno y no exclusivo a los programas, acciones y servicios de promoción y provisión de la salud integral, la salud sexual y la salud reproductiva”*⁸³. Sin embargo, tiene un marco legal restrictivo frente a la interrupción del embarazo; el aborto está criminalizado, a menos de que la salud o la vida de la mujer esté en riesgo o en caso de que el embarazo sea producto de una violación en contra de una mujer con discapacidad cognitiva (Código Orgánico Integral Penal, art. 150)⁸⁴. **En la práctica existen serios problemas en el acceso en estos dos supuestos a este servicio de salud tanto por la imposición de requisitos no previstos por la ley, así como por la interpretación restrictiva de la causal salud.**

24. Por ejemplo, si bien se creó una *Guía Práctica Clínica de Atención del Aborto Terapéutico*⁸⁵, esta no está siendo aplicada de manera adecuada; los profesionales de la salud no sólo siguen interpretando la excepción de salud (causal salud) de manera estricta, sino que también denuncian con frecuencia a las autoridades a las mujeres que, sospechan, se han sometido a un aborto ilegal, quebrando también su obligación de mantener el secreto profesional⁸⁶. Adicionalmente, en los pocos casos en que los proveedores de salud supuestamente aplican la Guía Práctica, **a menudo imponen requisitos adicionales no previstos en la Guía como la exigencia de que un comité médico revise y apruebe un aborto terapéutico en cada caso concreto**⁸⁷. Esos requisitos adicionales retrasan el proceso de acceso a un aborto, hasta el punto de que la realización del procedimiento ya no sea posible.

25. En este sentido, el incumplimiento de la Guía Práctica tiene como consecuencia que se deniegue a las mujeres el acceso al aborto, incluso cuando tienen derecho a éste por ley⁸⁸. En otras palabras, en Ecuador, las mujeres y niñas son forzadas a llevar sus embarazos a término no sólo en los casos *“no”* previstos por el Código Penal, sino también en aquellos donde hay una clara afectación a la vida y a la salud física, social y mental, como son los casos de niñas que enfrentan un embarazo forzado producto de violación sexual. Lo anterior, en contravía de lo que ha sostenido esta Comisión y otros organismos internacionales de derechos humanos al referirse, reiteradamente, que se debe proporcionar el aborto como un servicio de salud para víctimas de violencia sexual, ya que el forzar a las niñas y adolescentes a llevar a término un embarazo forzado puede ocasionar la muerte y trae consigo daños psicológicos graves⁸⁹.

26. Asimismo, si bien la Corte Constitucional de Ecuador ha establecido que las adolescentes mayores de 12 años tienen el derecho de tomar decisiones sobre sus vidas sexuales sin interferencia de sus padres⁹⁰ y que esta decisión debe estar basada en un consentimiento informado⁹¹, la interpretación restrictiva de la normativa continúa restringiendo el acceso al aborto en casos de embarazo adolescente y, por lo tanto, también **IMPIDE EL EJERCICIO DE SU DERECHO A DECIR AUTÓNOMAMENTE SOBRE SU CUERPO Y REPRODUCCIÓN.**

27. Aunado a ello, si bien en los últimos años se ha intentado modificar el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal para incluir también las excepciones de violación, incesto, inseminación forzada y malformación fetal incompatible con la vida, todas las iniciativas de ley han sido rechazadas⁹². Asimismo, en el 2020, el gobierno ecuatoriano vetó totalmente el nuevo Código Orgánico de Salud que buscaba garantizar que las mujeres con emergencias obstétricas fueran atendidas en los centros de salud, sin condiciones y libres de discriminación, y además, prohibía a los médicos rehusarse a brindar atención médica a mujeres con abortos en curso⁹³. Actualmente, el pasado 10 de noviembre, en un nuevo intento de despenalización, colectivos feministas **en Ecuador**

presentaron una acción de inconstitucionalidad ante la Corte Constitucional de este país solicitando la despenalización del aborto en casos de violación sexual⁹⁴.

28. Finalmente, en este contexto es importante recordar que la **CIDH ha destacado la importancia de garantizar el acceso a la interrupción legal del embarazo**, especialmente cuando se trata de niñas y le ha recomendado a los Estados Partes, entre los cuales está Ecuador, que “desarrollen protocolos, guías y políticas públicas diseñadas para abordar de manera específica e integral el problema de la violencia sexual contra las niñas”, garantizando el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, en específico su derecho a interrumpir el embarazo⁹⁵.

Guatemala

29. En **Guatemala** el marco normativo del país considera que los servicios de salud reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública⁹⁶. Según la normativa, los proveedores públicos de salud están obligados a garantizar el acceso efectivo a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva a las personas y sus familias, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, entre otros⁹⁷.

30. Lo anterior no incluye el aborto, pues en Guatemala este servicio está criminalizado en el Código Penal en toda circunstancia, excepto si se realiza con el sólo fin de evitar un peligro para la vida de la mujer y sin la intención de procurar directamente la muerte del producto de la concepción (Código Penal, Decreto 17-73, art. 137)⁹⁸. Anudado a ello, en la práctica, la causal de “riesgo para la vida” ha sido interpretada histórica y sistemáticamente de manera muy estricta haciendo que “peligro para la vida” se entienda sólo como un riesgo inminente de muerte. Esto, en consecuencia, quiere decir que en Guatemala opera efectivamente una criminalización *cuasi-absoluta* del aborto, denegándose acceso

a este servicio de salud esencial, incluso en los casos de embarazos de niñas de menores de 14 años. Ello a pesar de que, como ya se ha referido, (i) estos embarazos son considerados de por sí de alto riesgo⁹⁹; (ii) tienen implicaciones graves e irreversibles para la vida y la salud física y mental de las niñas; y (iii) que el Código Penal establece que las relaciones sexuales con menores de 14 años deben considerarse violación¹⁰⁰.

31. En efecto, aunque desde 2010 en Guatemala se han desarrollado rutas de atención para niñas embarazadas menores de 14 años, **éstas no contemplan la protección de la salud mental ni el acceso al aborto legal**¹⁰¹ y, por ejemplo, la “*Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del postaborto y sus complicaciones*” del Ministerio de Salud guatemalteco¹⁰², tampoco contempla el caso específico del acceso al aborto legal de las niñas menores de 14 años, **evidenciando aún más la imposibilidad de acceso a este servicio incluso cuando hay riesgos latentes para la vida de las niñas.**

32. Ante este panorama, la **CIDH** ha expresado su preocupación por las iniciativas legislativas que buscan crear nuevas restricciones en cuanto al acceso de la salud reproductiva de las mujeres¹⁰³ y por la alta tasa de embarazos en niñas y adolescentes. En concreto, esta Comisión le ha recomendado a Guatemala no aprobar iniciativas legislativas como el *Proyecto de Ley No. 5272*, relativo a “la protección de la vida y la familia”, **que prohibiría la enseñanza de la perspectiva de género y diversidad sexual en las escuelas**, y por el contrario ha instado al Estado guatemalteco a implementar políticas públicas de educación sexual integral para niñas, niños y adolescentes¹⁰⁴.

Nicaragua

33. En **Nicaragua**, la Constitución Política protege el derecho a la vida, a la vida digna y libre de violencia, a la salud y al interés superior del niño¹⁰⁵ y, previo al 2006, el marco legal nicaragüense permitía el aborto si la continuación del embarazo ponía en peligro la vida y la salud de la mujer o la joven y para las víctimas de violación, en determinados casos. Sin embargo, **DESDE 2006, EL CÓDIGO PENAL INTRODUJO LA PROHIBICIÓN ABSOLUTA DEL ABORTO SIN PREVER EXCEPCIÓN ALGUNA** (Código Penal, Ley No. 641, art. 143)¹⁰⁶. Desde la entrada en vigor de esta criminalización absoluta, las mujeres y las jóvenes que se sometan a un aborto pueden ser castigadas con penas de prisión de hasta cuatro años, y los médicos que lo practiquen con penas de prisión de hasta diez años¹⁰⁷.

34. Así, existe un conflicto entre las normas constitucionales y la prohibición total del aborto, siendo que actualmente en Nicaragua, **no es posible acceder a un aborto legal y seguro en casos, por ejemplo, de las niñas y adolescentes que cursan embarazos forzados producto de violación a fin de proteger sus derechos a la vida y la salud.** En efecto, este marco normativo de extremo restrictivo y regresivo obliga a los equipos de salud a desconocer los protocolos de buenas prácticas sanitarias los cuales indican que, en los casos de las niñas menores 14 años la interrupción del embarazo no deseado es una práctica segura, efectiva, eficaz, menos costosa y evita la mortalidad materna¹⁰⁸.

35. La penalización absoluta del aborto también desconoce todos los estándares internacionales sobre el tratamiento adecuado de la violencia sexual los cuales establecen la necesidad de garantizar a las sobrevivientes de violación sexual – y en específico a las niñas y adolescentes¹⁰⁹ – el acceso oportuno *al kit de atención de emergencia* para víctimas de violencia sexual, así como a una atención de salud integral que incluya inequívocamente acceso a la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo¹¹⁰.

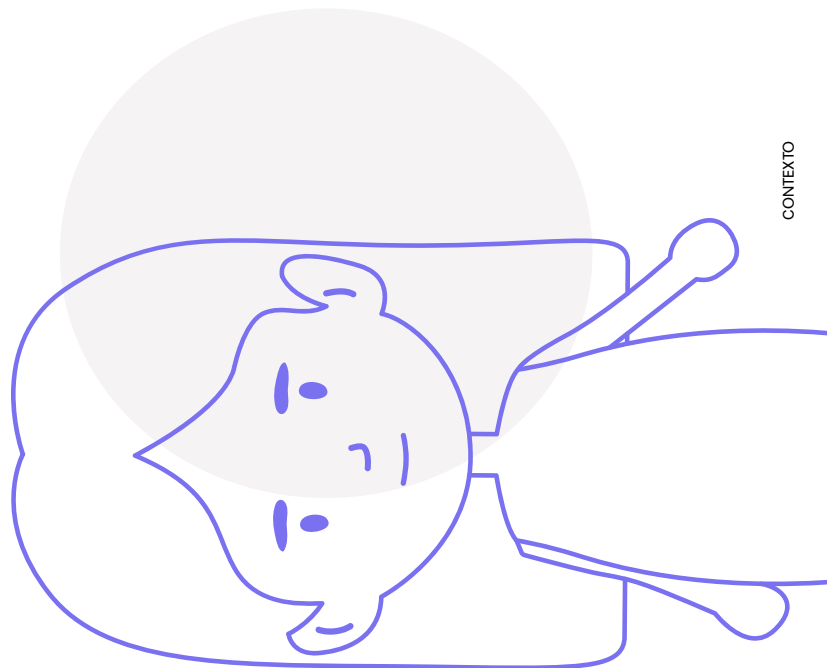
36. Al respecto, debemos mencionar que la **CIDH** se ha manifestado específicamente en relación con la criminalización absoluta del aborto en Nicaragua refiriendo que:

*Otra problemática estructural para el goce de los derechos de las mujeres en Nicaragua continúa siendo la persecución penal de la interrupción voluntaria del embarazo, incluso en los casos de aborto terapéutico. La Comisión reitera el impacto negativo de las leyes que criminalizan el aborto de forma absoluta sobre los derechos a la vida, a la integridad personal, a la salud, y a los derechos de las mujeres a vivir libres de violencia y de discriminación. En tal medida, la CIDH llama al Estado a adoptar una 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 (énfasis añadido)*¹¹¹.

Perú

37. De acuerdo con la Constitución Política del Perú de 1993, se reconocen los derechos fundamentales de las personas, particularmente los derechos al libre desarrollo y bienestar (art. 2, inc. 2) y a las libertades de información (art. 2, inc. 4). Adicionalmente, esta norma reconoce que la política nacional de población reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir (art. 6). El Decreto Legislativo No. 346, que aprobó la Ley de Política Nacional de Población, establece como uno de sus objetivos promover y asegurar la decisión libre, informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos proporcionados para ello los servicios educativos y la salud, para contribuir a la estabilidad y la solidaridad familiar y mejorar la calidad de vida (art. 1, inc. 2).

38. Por su parte, el Código Penal de Perú sólo permite el aborto terapéutico (Código Penal, art. 119) para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente¹¹². Sin embargo, incluso dentro de esta causal, el acceso al aborto es muy limitado. Por ejemplo, si bien en 2014, entró a regir la *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal*¹¹³, ésta estableció límites o requisitos adicionales no previstos en la normativa para acceder al aborto terapéutico.



39. Entre estos requisitos no previstos en la ley encontramos: (i) un límite gestacional de 22 semanas, (ii) la necesidad de interponer una denuncia policial en casos de afectación a la salud por violación sexual. Adicionalmente, la Guía Técnica no cuenta con un enfoque de niñez, por lo que niñas y adolescentes son tratadas como mujeres adultas y madres-en-potencia.

40. Lo anterior es alarmante, considerando además que desde el 2009, como la **CIDH** refirió en su visita de trabajo a Perú, en este país:

SE MANTIENE UNA PROHIBICIÓN A LA DISTRIBUCIÓN GRATUITA DEL ANTI-CONCEPTIVO ORAL DE EMERGENCIA (AOE) en el sector público en virtud de sentencia del Tribunal Constitucional que se fundamenta en dudas sobre su carácter abortivo y la protección del derecho a la vida de manera absoluta desde la fecundación. Vale destacar que, a pesar de la medida cautelar ordenada por Primer Juzgado Constitucional de Lima en el 2016 mediante la cual se ordenaba su distribución, ha recibido informaciones consistentes de que la AOE sigue sin ser distribuida en las redes de salud públicas del país¹¹⁴.

41. Al respecto, debemos mencionar que, hechos recientes demuestran que en Perú los derechos sexuales y reproductivos siguen en riesgo. Si bien, en el 2019, el Primer Juzgado Constitucional declaró discriminatoria la prohibición de la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en el Sistema Público de Salud, instaurada por el Tribunal Constitucional en el 2009, al constituirse como una barrera para que las mujeres con menos recursos pudieran acceder a la AOE, **EL PASADO 30 DE OCTUBRE DE 2020 ESTE AVANCE HA RECIBIDO UNA AMENAZA QUE VA EN DETRIMENTO DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS, YA QUE LA DECISIÓN QUE AVALÓ NUEVAMENTE LA DISTRIBUCIÓN DE LA AOE EN CONDICIONES DE IGUALDAD (2019) FUE REVOCADA TRAS UNA APELACIÓN¹¹⁵.**

Aunque el proceso sigue en curso, al no haber decisión firme, las organizaciones de la sociedad civil peruana han manifestado su gran preocupación por esta decisión pues desconoce los tratados internacionales que comprometen a Perú a garantizar la salud reproductiva de niñas, adolescentes y mujeres **y por ello han instado al Ministerio de Salud para que cumpla con su deber, tanto en el marco de las obligaciones internacionales del Estado, como en el marco de la medida cautelar emitida en el 2016 que está vigente¹¹⁶, y así continuar distribuyendo la AOE a las mujeres que la necesiten, en especial a las víctimas de violencia sexual¹¹⁷.**



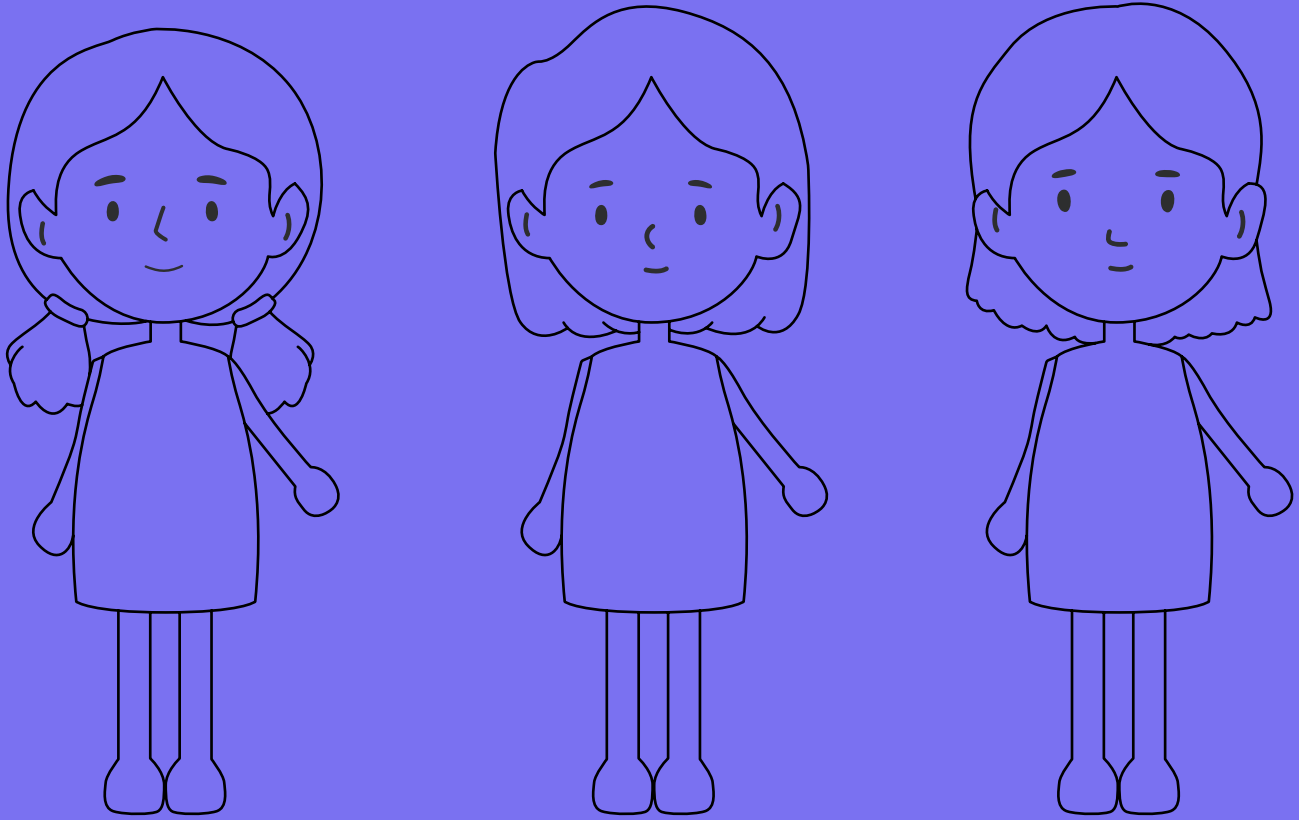


CONCLUSIÓN

42. Ligado a la incidencia de la violencia sexual en la región (sección I.A), los marcos normativos restrictivos sobre los derechos sexuales y reproductivos y la denegación de atención integral para las niñas víctimas de violación en Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú, evidencian un panorama regional alarmante en el que,

Previo a la pandemia del covid-19, miles de niñas y adolescentes ya ESTABAN SIENDO FORZADAS A CONTINUAR CON EMBARAZOS

producto de violaciones y a asumir maternades no deseadas afectando así, de manera irreversible y devastadora, su desarrollo y salud física, mental, social y emocional¹¹⁸, además de sus derechos fundamentales a la vida, la salud, la integridad y a la autonomía, entre otros¹¹⁹.

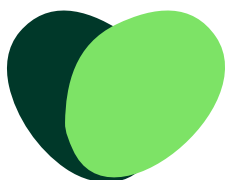




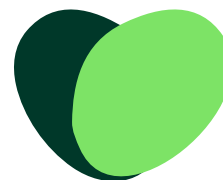
II.

LA PANDEMIA DEL COVID-19

**Y SU IMPACTO DIFERENCIADO SOBRE LOS
DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS NIÑAS
Y ADOLESCENTES LATINOAMERICANAS**



43. Como es de conocimiento público, el mundo está atravesando una crisis mundial de salud pública por cuenta de la pandemia del COVID-19¹²⁰ En las Américas, la OPS ha documentado la existencia de 25.552.814 casos confirmados, y 711.358 personas fallecidas para el último reporte situación de fecha de 26 de noviembre de 2020, con presencia en todos los países de nuestro hemisferio¹²¹.



44. Toda situación de emergencia exagera las diferencias sociales y económicas existentes en la población y ésta no es la excepción. Esta Honorable Comisión señaló desde un inicio en su Resolución No. 1/2020 que la pandemia del COVID-19 tendría impactos de inmediato, mediano y largo plazo sobre las sociedades en general, y sobre las personas y grupos en situación de especial vulnerabilidad¹²², como son las mujeres y niñas, **“PROVOCANDO IMPACTOS ESPECÍFICOS SOBRE LAS MUJERES Y PROFUNDIZANDO LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO EXISTENTES, TANTO AL INTERIOR DE LOS HOGARES COMO FUERA DE ELLOS...”**¹²³. En una línea similar, varios órganos de las Naciones Unidas, como la *Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos*¹²⁴, el *Comité sobre la Discriminación contra la Mujer*¹²⁵ y el *Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales*, han referido con preocupación que el COVID-19 impacta a las mujeres “en toda esfera de la sociedad [...]”¹²⁶ y **“AMENAZA CON AGUDIZAR LAS DESIGUALDADES DE GÉNERO [...]”** habida cuenta de los estereotipos y roles de género que siguen estando profundamente arraigados en muchas sociedades”, y considerando que las circunstancias de confinamiento o cuarentena expone a las mujeres y niñas a un mayor riesgo de sufrir violencia doméstica¹²⁷, entre otras formas de violencia.

45. Así, en el actual contexto, las medidas adoptadas por los Estados en atención y contención del virus deben tener como centro el pleno respeto de los derechos humanos¹²⁸ y se torna esencial, no sólo la adopción de políticas para prevenir eficazmente el contagio, incluyendo medidas de seguridad que garanticen el acceso oportuno y asequible a sistemas de salud pública, sino también, como lo ha señalado esta Honorable Comisión, **la implementación de medidas con un enfoque de género y diferencial que permitan brindarle a las poblaciones en situación de vulnerabilidad la atención integral de la salud física y mental, sin discriminación**¹²⁹.

46. Desafortunadamente, como se expondrá a continuación, durante los nueve meses que lleva el confinamiento, los países de la región no han adoptado las medidas necesarias para contrarrestar los impactos diferenciados de la pandemia en las mujeres y niñas, y en efecto se ha vislumbrado una tendencia, transversal a toda la región, en donde **miles de niñas han quedado encerradas con sus agresores** y las barreras legales, administrativas, sociales y culturales que impedían el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva con anterioridad, se han exacerbado, dejando a miles de ellas en total desprotección.



A.

EL ALARMANTE INCREMENTO DE LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS Y ADOLESCENTES DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19

47. ONU Mujeres ha caracterizado la violencia sexual contra las mujeres como la pandemia oculta dentro la pandemia del COVID-19¹³⁰. Según lo refirió la Comisión Interamericana de la Mujer (en adelante CIM) en su informe “COVID-19 en la vida de las mujeres”, en América Latina, el encierro “expone a las niñas a más abusos y violencia”¹³¹ en la medida que el hogar puede ser el lugar más peligroso para las mujeres¹³². En este sentido, las medidas excepcionales como las cuarentenas obligatorias han provocado que las mujeres y niñas estén encerradas con sus abusadores. Por lo tanto, cuando aumenta la duración del confinamiento, se incrementa el riesgo de violencia contra las mujeres y niñas¹³³, intensificando y exacerbando los riesgos y desigualdades para las niñas y adolescentes, los cuales en efecto ya se han materializado en los países de la región¹³⁴.

Colombia

48. En **Colombia**, desde que el Gobierno Nacional decretó el aislamiento obligatorio a partir del 25 de marzo de 2020, los casos de violencia contra las mujeres y las niñas aumentaron y las barreras de acceso a una atención integral en salud para las víctimas se intensificaron por esta situación. De acuerdo con datos de la Fiscalía General de la Nación, durante el periodo del 16 de marzo al 6 de abril de 2020, **19 mujeres**

fueron víctimas de feminicidio y la entidad recibió 3.069 denuncias de violencia intrafamiliar, de las cuales 1.407 correspondían a delitos sexuales¹³⁵. Sumado a ello, entre el 25 de marzo y el 14 de mayo de 2020, el país registró un aumento del 170% en las llamadas que reportaron casos de violencia intrafamiliar a la Línea 155 - Línea de orientación a mujeres víctimas de violencia¹³⁶. Se destaca que, en la capital del país, durante la primera semana del aislamiento obligatorio, se recibieron 297 llamadas en Línea Púrpura Distrital ‘Mujeres que escuchan mujeres’¹³⁷ de mujeres víctimas de violencias mayores de 18 años, registrándose un aumento del 230% en comparación con años anteriores¹³⁸. Asimismo, entre el 25 de marzo y el 23 de junio de 2020, **2.451 NIÑOS, NIÑAS O ADOLESCENTES SUFRIERON VIOLENCIA SEXUAL; ESTO TRADUCE UN PROMEDIO DE 27,2 ABUSOS SEXUALES CADA DÍA CONTRA MENORES DE EDAD**¹³⁹.

49. Como esta Comisión ya denunció y condenó en su Comunicado de Prensa No. 166/2020¹⁴⁰, en Colombia también se han verificado varios casos de violencia sexual de niñas y adolescentes indígenas por parte de miembros de las Fuerzas Armadas durante la cuarentena decretada por el COVID-19. La Defensoría del Pueblo, en el mismo sentido, ha advertido sobre el riesgo de violencia sexual durante la pandemia, “en el que se encuentran las mujeres, niñas y adolescentes en zonas rurales, con alta disputa territorial por los actores armados y factores de vulnerabilidad socioeconómica que exacerbaban los efectos de los hechos victimizantes¹⁴¹”. Además, se destaca que el 2 de abril de 2020, Claudia López, alcaldesa de Bogotá, señaló con preocupación en el balance del Consejo de Seguridad que, en 21 de los 131 casos de violencia sexual reportados desde el inicio de la cuarentena hasta ese momento, las víctimas eran mujeres extranjeras “fundamentalmente mujeres venezolanas que posiblemente sean víctimas de trata de personas”¹⁴².

Ecuador

50. En Ecuador, entre marzo y junio de 2020, 15 niñas y adolescentes murieron en Quito por violencia y abuso sexual en sus casas¹⁴³ y solo entre el 6 de marzo y el 4 de abril hubo 186 reportes de violencia sexual¹⁴⁴. En este mismo sentido, la Fiscalía General del Estado informó que desde el 17 de marzo de 2020 (fecha en que se declaró el estado de excepción debido a la emergencia sanitaria por COVID-19 en este país) hasta el 4 de agosto del mismo año, **SE REGISTRARON 3.203 DELITOS SEXUALES Y 102 TENTATIVAS DE ESTOS DELITOS**¹⁴⁵.

Al respecto se evidencia una disminución significativa de este tipo de denuncias en los meses de la pandemia en comparación con meses anteriores y los datos de 2019¹⁴⁶ lo cual coincide con la restricción de acceso presencial a las fiscalías y unidades judiciales a nivel nacional durante los meses de abril y mayo de 2020¹⁴⁷. Adicionalmente, se han registrado 190 embarazos más en niñas de 10 y 14 años durante los meses de marzo y julio de 2020 en relación con el mismo periodo del 2019. El aumento es mayor (489 embarazos más) si se considera el rango etario de 10 a 19 años.¹⁴⁸

51. Por otro lado, si bien desde el inicio de la pandemia el Estado puso a disposición de las mujeres y niñas víctimas de violencia los números 911 y 1800 delito opción 4 a nivel nacional, y posteriormente también se habilitó la página web de la Fiscalía, para presentar denuncias¹⁴⁹, las organizaciones de la sociedad civil han registrado que en la mayor cantidad de casos las líneas telefónicas se encontraban colapsadas haciendo difícil que las víctimas puedan acceder a un mecanismo eficaz de denuncia. Además, se ha podido documentar que las respuestas por parte de las autoridades, como la Policía, han sido revictimizantes, desincentivando la denuncia de la víctima y refiriendo, en los casos de violencia en los cuales no existen huellas físicas de la agresión que, **“NO SE PUEDE HACER NADA”,** o que **“PIENSEN BIEN SI QUIEREN DENUNCIAR PORQUE EL AGRESOR NO TIENE A DONDE IR”**.¹⁵⁰

Guatemala

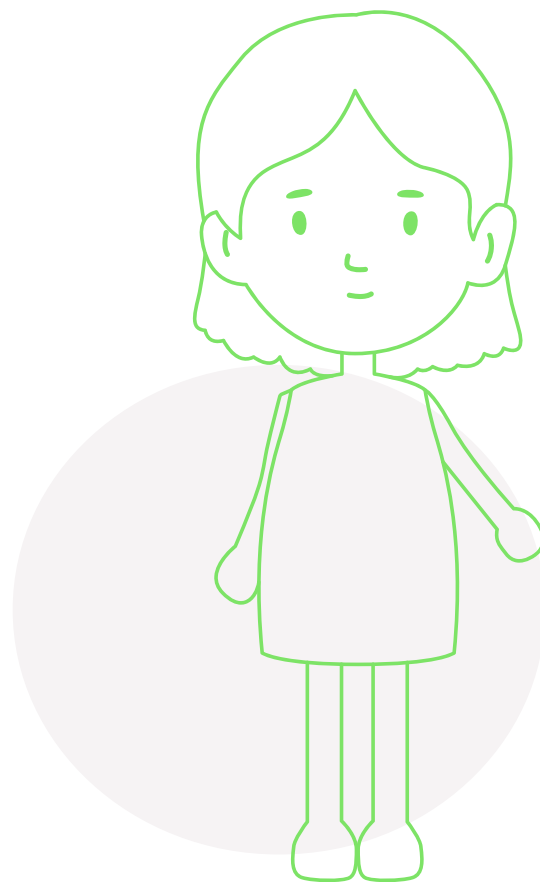
52. En Guatemala, entre enero a mayo de 2020 se reportaron 1.962 embarazos en niñas de entre 10 y 14 años¹⁵¹ y entre marzo y julio del mismo año, se denunciaron 1.072 casos por violación sexual contra niñas y adolescentes¹⁵². El Presidente y sectores del gobierno como la Secretaría de la Mujer del Ministerio Público han manifestado su preocupación por el descenso drástico de las denuncias durante las cuarentenas decretadas para contener el impacto del COVID-19 lo cual sugiere un gran subregistro de estos hechos¹⁵³. En efecto, para finales de marzo las denuncias habían descendido en un 70%¹⁵⁴. Así, desde la Procuraduría de los Derechos Humanos ha enfatizado que las medidas contra la pandemia han creado mayores barreras para la denuncia violencia doméstica,

afectando de manera desproporcionada las víctimas en condiciones de mayor vulnerabilidad, como **LAS VÍCTIMAS QUE NO HABLAN ESPAÑOL COMO LENGUA MATERNA, NO PUEDEN LLAMAR A LOS NÚMEROS DE EMERGENCIA, NO TIENEN TRANSPORTE O TIENEN MIEDO DE DENUNCIAR CON EL AGRESOR EN CASA**¹⁵⁵.

(Guatemala)

Nicaragua

53. En **Nicaragua**, organizaciones no gubernamentales han denunciado que la situación de vulnerabilidad de niñas y adolescentes tras la crisis de la pandemia es alarmante. Por ejemplo, en menos de 24 horas se habrían reportado dos casos de violencia sexual a niñas de 4 y 2 años¹⁵⁶. Asimismo, en lo que va del año se han reportado 35 femicidios de los cuales, cinco han sido de niñas y adolescentes entre 12 y 18 años, según el observatorio de Católicas por el derecho a decidir¹⁵⁷; muchas de ellas fueron violadas y torturadas antes de ser asesinadas. **No obstante, en el país hay una falta de acceso a información fidedigna, como esta Honorable Comisión lo ha resaltado¹⁵⁸, lo cual genera una opacidad de la situación real que están viviendo las mujeres y niñas en ese país.**

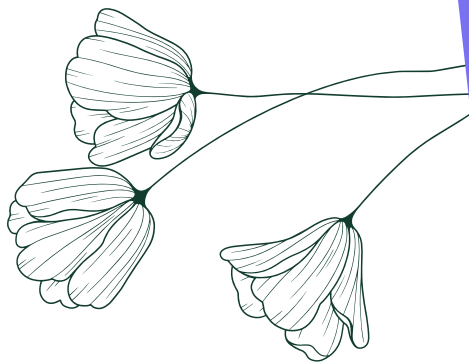


Perú

54. En **Perú**, la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes se ha incrementado durante el confinamiento decretado por el Gobierno Nacional a partir del 16 de marzo de 2020 a causa de la pandemia por COVID-19. Se conoce que, desde ahí y hasta el mes de mayo: **(i)** se incrementaron en 57,9% **las llamadas realizadas por niñas, niños y adolescentes pidiendo ayuda a la Línea 100¹⁵⁹**; **(ii)** se atendieron 3.012 casos de violencia contra la mujer, siendo el **39% de niñas, niños y adolescentes**; y **(iii)** se reportaron **171 casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes¹⁶⁰**. Adicionalmente, de acuerdo con el programa Aurora del Ministerio de la Mujer, se han atendido, a través de los Centros de Emergencia de la Mujer, desde enero hasta finales de agosto, 15.032 casos de violencia sexual contra niñas menores de 17 años a nivel nacional. Dentro de esa data, 7.067 casos, el mayor número, son contra niñas entre los 12 y 17 años¹⁶¹. Asimismo, de acuerdo con la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, para junio de este año, se habían registrado al menos 350 casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes¹⁶².

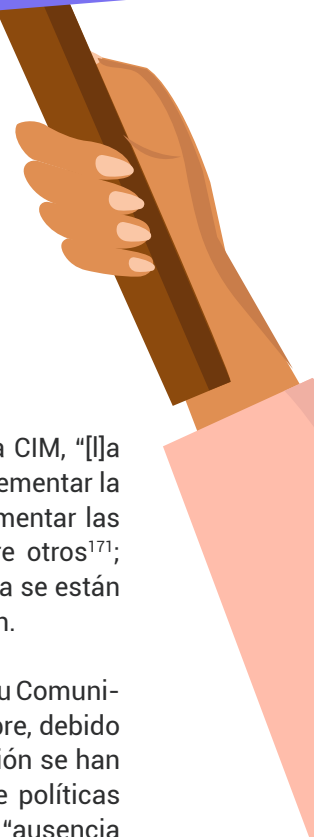
55. Respecto al embarazo adolescente y los partos en niñas, **DE ENERO A SEPTIEMBRE DE 2020 EN PERÚ, 33.365 ADOLESCENTES Y NIÑAS DIERON A LUZ¹⁶³ Y DE ÉSTAS, 358 ERAN MENORES DE 14 AÑOS¹⁶⁴** superando así las cifras del 2019¹⁶⁵. De acuerdo con el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, **solo entre enero y setiembre de 2020, 20 niñas menores de 10 años han dado a luz**, lo que representa el 40,8% del total de los últimos seis años (49 partos en menores de 10 años entre 2015 y 2020)¹⁶⁶.

56. Finalmente, se han registrado 47 feminicidios durante el año 2020, incluyendo el periodo de cuarentena¹⁶⁷. También es preocupante el problema de la “desaparición” de mujeres, niñas y adolescentes en el país. Según informó la Defensoría del Pueblo, más de 900 mujeres mayores y menores de edad fueron reportadas como “desaparecidas” durante la cuarentena nacional (16 de marzo a 30 de junio de 2020). **El 70% fueron niñas y adolescentes¹⁶⁸.**



B.

LA FALTA O DENEGACIÓN DE ACCESO A SERVICIOS REPRODUCTIVOS DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19



57. En casos de violencia sexual, los estándares internacionales refieren con claridad que las mujeres y niñas deben tener acceso libre, seguro y oportuno a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, incluyendo acceso a la pastilla de anticoncepción (oral) de emergencia y al aborto¹⁶⁹. **Ante el recrudecimiento de la violencia sexual contra niñas y adolescentes durante la pandemia, el acceso a servicios de salud sexual y salud reproductiva toma aún mayor importancia.** Sin embargo, el COVID-19 también ha impactado gravemente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas¹⁷⁰, no sólo porque ha exacerbado las barreras preexistentes que de por sí impedían su acceso libre y sin discriminación, sino porque ha creado nuevas barreras que efectivamente limitan o eliminan el acceso a estos servicios.

58. Estas barreras incluyen, por ejemplo: (i) **la falta de información** clara sobre la accesibilidad y disponibilidad de los servicios de salud reproductiva; (ii) **el desabastecimiento** de insumos, como los anticonceptivos, los kits de emergencia y los medicamentos necesarios para realizar abortos médicos; (iii) **la denegación** de servicios esenciales de salud, como el aborto y la criminalización de estos servicios; y (iv) **la falta de atención** integral en salud materna, entre otros. Estas barreras y limitantes están impactando directamente a las

adolescentes y niñas como lo refirió la CIM, “[l]a ausencia de estos servicios podría incrementar la mortalidad y morbilidad materna y aumentar las tasas de embarazo adolescente”, entre otros¹⁷¹; situaciones que desafortunadamente ya se están verificando en varios países de la región.

59. En efecto, como la CIDH refirió en su Comunicado No. 217/2020 del 14 de septiembre, debido a la pandemia del COVID-19, en la región se han verificado “recortes al presupuesto de políticas de salud con perspectiva de género”; “ausencia de personal, recursos humanos y materiales, y tecnológicos (sic)”; “el cierre de clínicas especializadas en la materia y el desabastecimiento de métodos anticonceptivos y medicinas específicas relacionadas a la salud reproductiva de las mujeres y niñas”; y “la suspensión temporal de programas de atención prenatal”¹⁷², entre otros. Todo ello ha impactado, mediante la suspensión, dilación o la desatención, la accesibilidad a los servicios de salud sexual y salud reproductiva.

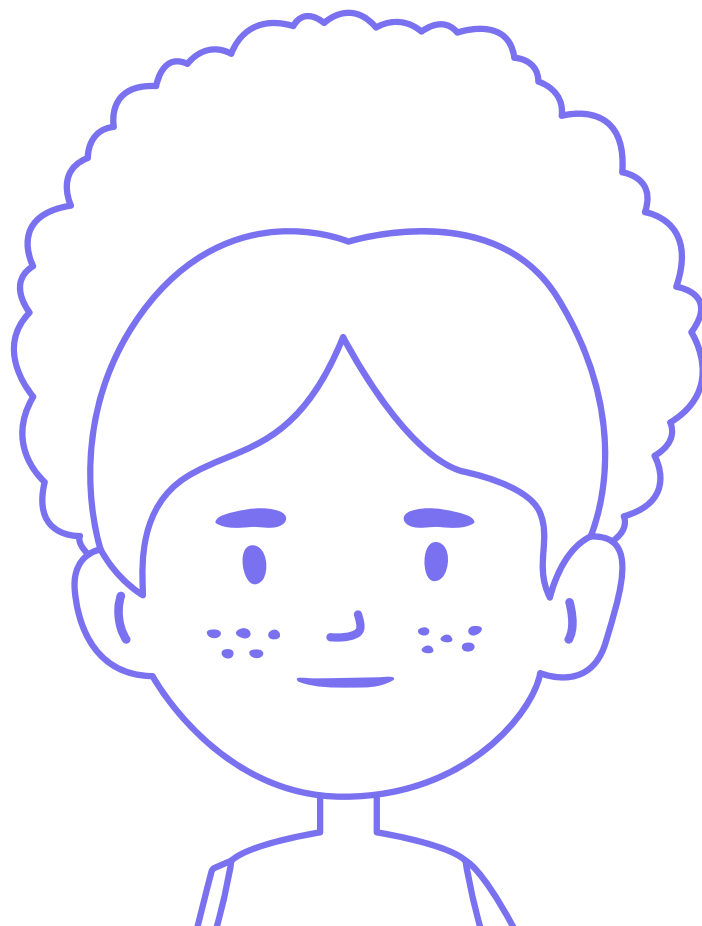
60. Así, a continuación, detallamos puntualmente **cómo** estas barreras han operado en detrimento del acceso efectivo a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú.

a) FALTA DE INFORMACIÓN CLARA SOBRE LA ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA

61. Una de las barreras para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva que se ha presentado con más frecuencia en América Latina y el Caribe, es la falta de información sobre cómo acceder a estos servicios. En específico, esto se ha documentado en **Guatemala**¹⁷³, **Ecuador**¹⁷⁴, **Perú**¹⁷⁵ y **Colombia**¹⁷⁶. La falta de claridad y difusión sobre el carácter esencial de los servicios de salud sexual y reproductiva y, por lo tanto, que no pueden ser suspendidos o dilataados, así como la ausencia de información sobre cómo acceder a ellos, han impedido que las mujeres, niñas y adolescentes busquen y reciban la atención en salud que necesitan. Por ejemplo, en **Colombia**, las mujeres no saben si pueden dirigirse directamente a las sedes de sus Entidades Prestadoras de Salud (EPS) para solicitar las citas médicas que garanticen un diagnóstico integral y oportuno o si deben hacerlo a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS)¹⁷⁷.

62. De forma similar, en **Ecuador**, la información institucional brindada desde marzo se ha centrado en la prevención del contagio del COVID-19 y su atención, dejando de lado las rutas de acceso y canales de denuncia para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes. Esto se vio reflejado en la encuesta virtual *"Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador"* (en adelante **"Acceso y Atención de SSRR durante el COVID-19"**), lanzada entre el 17 de julio y el 30 de agosto por Surkuna, en colaboración con el Movimiento de Mujeres de El Oro, Fundación Lunita Lunera y Fundación Mujer & Mujer, en la que se observó que: (i) de un total de 512 personas encuestadas, 244 mujeres, adolescentes y personas no binarias (el 47,66%) refirieron haber tenido problemas para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva; y (ii) de esas personas, **el 26,09% no habían podido acceder por falta de información sobre los lugares donde acudir y falta de asesoría**¹⁷⁸.

63. Asimismo, la ausencia de un enfoque intercultural en la información brindada y la disponibilidad de ésta en múltiples idiomas y en distintos formatos son una barrera presente para las poblaciones indígenas¹⁷⁹, de zonas remotas y para las personas con discapacidad¹⁸⁰. En Guatemala, en especial, se evidencia esta barrera; según el cuarto Informe de Situación de Guatemala del UNFPA, donde el 67% de las familias en Quiché, Chimaltenango, Quetzaltenango y San Marcos, departamentos con un alto porcentaje de población indígena no cuentan con información de prevención a violaciones de los derechos de las mujeres y niñas durante la crisis, incluyendo la violencia sexual y la atención en la salud sexual y reproductiva¹⁸¹.

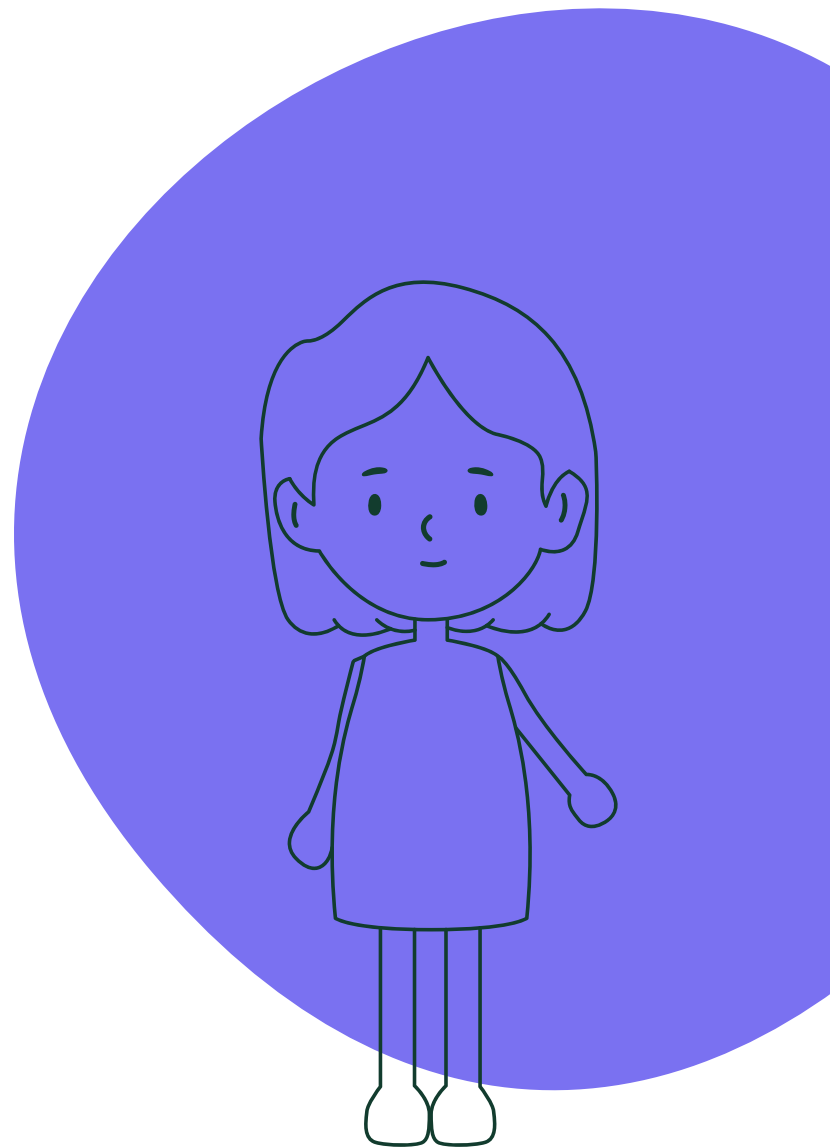




B) DESABASTECIMIENTO DE INSUMOS ESENCIALES PARA LA SALUD REPRODUCTIVA

64. El desabastecimiento de insumos de salud sexual y salud reproductiva, tales como los anticonceptivos y los *kits de emergencia*, ha sido un fenómeno global de la pandemia que ha tenido especial repercusión en América Latina y el Caribe. Como lo estimó la **CIM**, **18 millones de mujeres perderán su acceso a anticonceptivos modernos en la región**¹⁸² y la falta de disponibilidad y abastecimiento de anticonceptivos ya ha sido reportada en **Colombia, Ecuador y Perú**. Particularmente en **Perú**, UNFPA encontró que este desabastecimiento se ha dado de manera generalizada en el país, tanto en farmacias como en el sistema público de salud¹⁸³. Por estas razones, ese mismo organismo estimó que 119.111 mujeres interrumpirán el uso de métodos anticonceptivos modernos debido al impacto de la pandemia en Perú¹⁸⁴. Adicionalmente, organizaciones no gubernamentales peruanas también reportaron que en algunos hospitales no han recibido provisionamiento de kits de emergencia para sobrevivientes de violencia sexual desde el inicio de la pandemia¹⁸⁵.

65. En **Ecuador** se recibieron comunicaciones sobre falta de anticonceptivos, incluida la píldora oral de emergencia o barreras para poder acceder a los mismos de tal forma que, en un 36,07% menciona haber suspendido el tratamiento y un 41,81% informa no haber podido acceder a este medicamento esencial¹⁸⁶. Por su parte, en **Colombia**, las restricciones de movilidad implementadas por el Estado colombiano para controlar la propagación del COVID-19 han afectado la cadena de suministro de medicamentos, incluidos los métodos de planificación familiar y el anticonceptivo oral de emergencia¹⁸⁷.



66. Además, el desabastecimiento ha afectado de manera desproporcionada a las poblaciones vulnerables como las comunidades indígenas, las poblaciones rurales y las personas privadas de libertad¹⁸⁸. Las restricciones de transporte y la desconexión de las zonas urbanas con las rurales han incidido directamente en el desabastecimiento de insumos básicos de salud sexual y reproductiva en las regiones más rurales, como se ha reportado en **Guatemala**¹⁸⁹. De forma similar, esta Honorable Comisión¹⁹⁰ y El Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ("**UNAIDS**" por sus siglas en inglés)¹⁹¹ han advertido de los efectos del COVID-19 en las personas privadas de la libertad, entre los cuales ha resaltaado la escasez de los insumos de higiene y de salud sexual y reproductiva en centros penitenciarios.

c) DENEGACIÓN DE SERVICIOS ESENCIALES SALUD REPRODUCTIVA, COMO EL ABORTO

67. Como se mencionó anteriormente, la esencialidad de los servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia también ha sido cuestionada¹⁹² y, bajo el argumento de que las respuestas institucionales están volcadas a atender los impactos del virus, la pandemia ha sido utilizada para limitar el acceso a estos servicios¹⁹³, exacerbando así las barreras y con ello la denegación integral a los servicios de salud reproductiva. Particularmente, **se ha podido documentar en la región la negación de los servicios de aborto** argumentando la suspensión del servicio en los hospitales con la capacidad para realizar estos procedimientos¹⁹⁴ o la escasez de Misoprostol y Mifepristona¹⁹⁵.

68. Por ejemplo, en **Perú**, si bien el Ministerio de Salud emitió una *Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes*¹⁹⁶ en el marco de la pandemia y cuarentena, esta normativa plantea que la interrupción de embarazo únicamente deberá valorarse, "...en caso de que se encuentre en riesgo la vida de la gestante infectada por COVID-19"¹⁹⁷. Es decir, se valorará el acceso aborto terapéutico solo cuando esté en riesgo la vida de la mujer gestante, dejando por fuera de la normativa los casos en donde el embarazo presente un riesgo para la salud de la persona gestante, como los casos de embarazos en niñas y adolescentes. Ello, en contravención de lo que señala la Guía Técnica (2014) y el mismo Código Penal. Asimismo, la referida Directiva Sanitaria restringe el acceso solo a las mujeres con COVID-19, dejando en total desprotección a mujeres gestantes sin COVID-19, que presenten riesgos para su vida y salud. Es necesario anotar que, en Perú la atención de aborto terapéutico se ha visto prácticamente detenida en el contexto de la pandemia, pues según la normativa vigente solo se hace en establecimientos de nivel 2 y 3, y no se han hecho adaptaciones para proveer del servicio en zonas rurales o servicios de menor nivel.

69. Similarmente, las organizaciones civiles de **Colombia**¹⁹⁸ informaron que los proveedores de servicios de salud han retrasado los servicios de aborto¹⁹⁹ y al menos 30 mujeres han denunciado obstáculos para acceder a este servicio a pesar de que las directrices gubernamenta-

les han considerado que el aborto es un servicio esencial²⁰⁰. Entre el 1 de marzo y el 31 de agosto de 2020, *La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres* acompañó un total de sesenta y cinco (65) casos de mujeres, niñas y adolescentes que enfrentaron barreras de acceso a la IVE. **De estos, 22 casos corresponden a mujeres migrantes venezolanas (dos de ellas con estatus migratorio regular) y cinco pertenecientes a comunidades indígenas. Otros 32 casos fueron de jóvenes entre los 19 y 25 años, siete de adolescentes entre los 14 y 18 años²⁰¹ y uno (1) de una niña menor de 14 años²⁰².**

70. Por su parte, en **Ecuador** el número de abortos ha descendido significativamente en contraste con los datos del mismo periodo del año pasado²⁰³. Entre marzo y julio de 2019 se practicaron 359 abortos médicos mientras que, entre marzo y julio de 2020, hubo únicamente 12 atenciones de abortos²⁰⁴. Esto evidencia que las restricciones impuestas por cuenta de la crisis sanitaria han tenido un impacto directo en la capacidad y posibilidad de las mujeres de acceder a este servicio. De igual manera, la organización Surkuna ha documentado 12 casos de negación de servicios de salud sexual y reproductiva por las restricciones para enfrentar la COVID-19, incluyendo entre otras barreras, la negación de acceso a servicios de aborto legal²⁰⁵.

71. Asimismo, mediante la encuesta virtual **Acceso y Atención de SSRR** durante el COVID-19 se encontró que 75% de las mujeres encuestadas que tuvieron pérdidas gestacionales durante la pandemia, tuvieron dificultades de acceso y atención en servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente al tener que esperar varias horas/día para ser atendidas y/o al enfrentar problemas en su control prenatal y falta de atención integral²⁰⁶. En un caso, una adolescente entre los 15 a 17 años, tuvo problemas en su control prenatal y después tuvo una pérdida de su embarazo²⁰⁷. Si bien a través de la encuesta no es posible determinar el motivo específico de esta pérdida, el ejemplo pone en evidencia las consecuencias de la falta de acceso a atención en salud reproductiva para las adolescentes que enfrentan un embarazo en Ecuador.

d) CRIMINALIZACIÓN DE ALGUNOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

72. En el contexto de la pandemia, continua la criminalización de mujeres por el crimen de aborto, incluso cuando sufren emergencias obstétricas. Por ejemplo, en **Ecuador**²⁰⁸ se ha denunciado que mujeres, especialmente de zonas rurales, han sido acusadas y judicializadas por el supuesto delito de aborto. Se destaca el caso registrado en la ciudad de Guaranda, donde en mayo de 2020 se detuvo a una adolescente, acompañada de su madre, quienes se encontraban en busca de atención médica por una hemorragia producida por un presunto aborto con el uso de misoprostol²⁰⁹. Este caso inició un proceso penal contra la madre de la adolescente por el delito de aborto consentido; es decir, por interrupción del embarazo para su hija, quien lo habría consentido previamente. Sobre esa base, la madre podría ser sancionada con una pena privativa de libertad que iría de uno a tres años de prisión²¹⁰.

73. Esta persecución ha influido en el miedo de las mujeres, niñas y adolescentes de recurrir a los centros médicos para acceder a servicios de salud sexual y reproductiva, el cual ya se encontraba exacerbado por el temor al contagio.

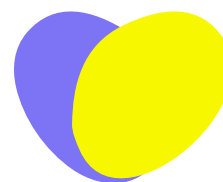
e) FALTA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL

74. El aumento de la violencia sexual durante la pandemia de COVID-19 ha generado una mayor necesidad de atención integral para víctimas de esta violencia. No obstante, las medidas de confinamiento, la restricción de movilidad, la suspensión de ciertos servicios y el hecho de que en muchos casos las víctimas conviven con el agresor, ha causado tanto la disminución de las denuncias, como del acceso a tratamiento médico de emergencia. Adicionalmente, como se refirió arriba, los insumos del kit de emergencia han escaseado y, en muchas ocasiones, los centros de salud no los están distribuyendo. Esto ha sido evidenciado en **Perú** en donde según los registros del Ministerio de Salud peruano de 786

casos de violencia sexual registrados durante la cuarentena hasta agosto, solo se reportó la distribución de 250 kits de emergencia²¹¹.

75. Por su parte, en **Colombia**, organizaciones no gubernamentales han denunciado que en el marco de la coyuntura del COVID-19, las Comisarías de Familia no están activando de forma inmediata la ruta de atención en salud cuando se denuncia un hecho de violencia sexual contra mujeres, niñas y niños, y tampoco están cumpliendo con su obligación de informarles a las mujeres y las niñas víctimas de violencia sexual la posibilidad de acceder a la interrupción voluntaria del embarazo²¹².

76. En **Ecuador**, organizaciones de la sociedad civil han podido documentar la falta de atención integral en casos a niñas forzadas a la maternidad que se encuentran en casas de acogida. En particular, se destaca que estas niñas víctimas de violencia sexual no sólo no podían recibir la atención médica que necesitaban de manera inmediata, sino que además, debido a la falta de pruebas efectivas de COVID-19, debían estar solas en aislamiento en estos lugares. Lo anterior, las expone con embarazos forzados a sufrir graves consecuencias. En efecto, Surkuna tuvo conocimiento que en el mes de junio, una adolescente presentó un cuadro de preclamsia que no pudo ser detectado a tiempo (por no haber recibido atención integral oportuna y encontrarse aislada), razón por la cual sufrió una serie de convulsiones que afectaron su salud y provocaron un óbito fetal. Pese a la urgencia del caso, el 911 no llegó a tiempo y en el hospital tuvieron demoras en la atención puesto que, una parte del personal se encontraba en *teletrabajo*²¹³.



77. En sí, el contexto aquí descrito ilustra que las medidas implementadas para el control de la expansión del COVID-19 no han tenido en cuenta a las víctimas de violencia de género y en particular la violencia sexual quienes: **(i)** no pueden denunciar los hechos por miedo, por las restricciones de movilidad o por otra circunstancia pero que, aun así, necesitan acceder y ser atendidas en servicios de salud sexual y salud reproductiva; **(ii)** no saben dónde solicitar la atención médica que requiere o no son atendidas por falta de abastecimiento de insumos, discontinuación de los servicios de atención para víctimas de violencia sexual o falta de personal médico; y/o **(iii)**, cuando denuncian ante instancias públicas y no son referidas a las rutas de atención especializada, los servicios que requieren, y a los cuales tiene derecho, como el *kit de emergencia* o la interrupción del embarazo.

f) FALTA DE ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD MATERNA

78. El recorte de presupuesto y las directrices para enfrentar el COVID-19 han deteriorado y afectado el acceso a controles pre y postparto y a la atención durante el parto de las mujeres, niñas y adolescentes. Muchos países de la región no han tomado medidas para garantizar el acceso a los controles de salud materna durante la pandemia, razón por la cual las personas embarazadas o no pueden acceder a sus controles o tienen miedo a ir al poderse exponer al contagio en los centros de salud.

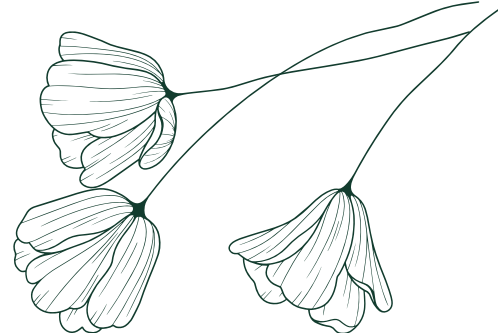
79. En **Perú**, la situación es particularmente grave. En lo corrido del 2020, se registraron aproximadamente 106 muertes maternas lo cual estaría relacionado con la interrupción del control prenatal durante la cuarentena²¹⁴. Además, se registró que dos hospitales de Piura pusieron trabas para la atención a mujeres gestantes que se encontraban en trabajo de parto, pese a que la reciente Directiva Sanitaria ordena a hospitales y centros de salud a garantizar atención de partos las 24 horas²¹⁵. Por su parte,

la Defensoría del Pueblo de Perú ha identificado situaciones de vulneración de derechos a las mujeres gestantes relacionadas a la falta de atención en controles prenatales, refiriendo que la restricción a los exámenes las pone en una situación de vulnerabilidad frente a cualquier complicación durante el embarazo y/o parto²¹⁶. Similarmente, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública de **Ecuador**, hasta la semana epidemiológica 39 de 2020, se han registrado 122 casos de muerte materna²¹⁷, lo cual, comparado con el mismo periodo del 2019, constituye un aumento de 24 muertes maternas²¹⁸. **DE LOS 122 CASOS, UNO (1) CORRESPONDE A UNA NIÑA MENOR DE 14 AÑOS Y 13 A ADOLESCENTES ENTRE 15 Y 19 AÑOS**²¹⁹.

80. Otro aspecto de la salud materna que se ha visto severamente afectado por la emergencia sanitaria ha sido el incremento de la violencia obstétrica²²⁰. En muchos países de la región y, particularmente en **Guatemala**²²¹, **Ecuador**²²², **Perú**²²³ y **Nicaragua**²²⁴ se ha denunciado que las mujeres son obligadas a parir sin acompañamiento²²⁵, muchas veces se les presiona para acceder a cesáreas²²⁶, se les priva del contacto piel a piel con el recién nacido²²⁷ y son expuestas al contagio por falta de protocolos adecuados²²⁸.

g) OTRAS BARRERAS

81. Además de las barreras mencionadas, la pandemia del COVID-19 y las respuestas estatales a ésta han dificultado el acceso físico a los distintos servicios de salud sexual y salud reproductiva. Por ejemplo, las restricciones de movilidad, los toques de queda y la reducción de servicios de transporte, han limitado la posibilidad de las mujeres, y sobre todo de las niñas y adolescentes, de movilizarse a centros de salud o dispensarios donde puedan acceder a insumos de salud sexual y reproductiva²²⁹. En **Colombia**, debido al cierre de los terminales de transporte intermunicipales, las mujeres que debían ser trasladadas a otros municipios del país para ser atendidas, encontraron gra-



ves dificultades para hacerlo²³⁰. Similarmente, en **Perú**, si bien se emitió una *Directiva Sanitaria* para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar durante la pandemia, esta normativa no tiene en cuenta las restricciones de movilidad de las mujeres para acceder a los servicios, incluyendo su distribución geográfica y los hospitales públicos, donde la *Directiva Sanitaria* refiere que la mayoría de las mujeres deben acudir para recibir estos servicios esenciales, están muy lejos y/o actualmente están colapsados por la pandemia.

82. Aunado a las restricciones de movilidad y a la suspensión de los servicios de transporte público, **para las mujeres de las zonas rurales y remotas, así como para las comunidades indígenas el acceso a Internet y tecnología es casi inexistente o limitado**²³¹. Considerando que la virtualidad se ha convertido en el medio preferido para evitar el riesgo de exposición y contagio al virus, esta brecha tecnológica exacerba la vulnerabilidad de estas poblaciones en el marco de la pandemia del COVID-19, impidiéndoles el goce de derechos a ayudas financieras, acceso a la educación o a la salud²³². En concreto, esta brecha tecnológica impide que medidas como la telemedicina sean inefectivas para garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva de esta población.

83. Destacamos también que dadas las restricciones de movilidad impuestas por el Estado colombiano para contener el contagio del COVID-19, **las mujeres y las niñas venezolanas que se encuentran en Colombia en un estatus migratorio irregular han experimentado temor de ser detenidas o deportadas** por salir de sus casas para buscar atención médica y/o denunciar casos de violencia sexual en su contra²³³. A su vez, según lo reportan organizaciones de mujeres que defienden los derechos humanos en las zonas fronterizas, el trato recibido por las mujeres y las niñas migrantes venezolanas que intentaron acceder a servicios de salud sexual y reproductiva en **Colombia** en medio de la pandemia estuvo mediado por la xenofobia y la desinformación²³⁴.

84. Adicionalmente, rescatamos que esta Comisión, en febrero de 2020, pudo verificar en su visita in loco al paso fronterizo entre Venezuela y Colombia que la migración venezolana estaba compuesta en gran medida "por personas jóvenes en condiciones de pobreza", en particular, "muchas mujeres jóvenes [...] con bebés en brazos o en estado de embarazo"²³⁵. La Comisión recalcó además que, había tenido conocimiento de la escasez de métodos anticonceptivos en Venezuela, lo que restringe [la] autonomía reproductiva [de las mujeres]²³⁶. Ello, anudado a "la dramática situación de las personas venezolanas en las calles", ubica a las mujeres y niñas migrantes venezolanas en una condición de particular vulnerabilidad, quienes están expuestas a riesgos "de sufrir diversas formas de violencia sexual en un contexto de prevalencia de estereotipos machistas relacionados con los cuerpos de las mujeres"²³⁷. **POR ELLO SE DEBE RECORDAR QUE LA XENOFOBIA Y LA FALTA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19, SE ENMARCAN DENTRO UN CONTEXTO MÁS AMPLIO Y PREOCUPANTE DE REITERADA VIOLENCIA, DISCRIMINACIÓN Y PRECARIEDAD HACIA LA POBLACIÓN MIGRANTE VENEZOLANA, EN ESPECIAL LAS MUJERES Y LAS NIÑAS.**

III.

ESTÁNDARES Y OBLIGACIONES INTERNACIONALES

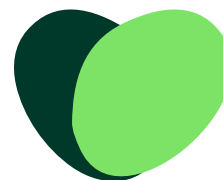


A. OBLIGACIONES
INTERNACIONALES
RESPECTO A LA PREVENCIÓN
Y ATENCIÓN DE LA
VIOLENCIA SEXUAL CONTRA
NIÑAS Y ADOLESCENTES

85. La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer o “**Convención de Belém Do Pará**”²³⁸, ratificada por Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú²³⁹, establece que la violencia contra la mujer es “una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres”²⁴⁰ y reconoce el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia tanto en el ámbito público como en el privado²⁴¹. En su artículo 4, la Convención establece que toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos consagrados por instrumentos regionales e internacionales, y en particular destaca el derecho a que se respete su vida y su integridad física, psíquica y moral, el derecho a la seguridad personal, a no ser sometida a torturas, a que se respete su dignidad y a la igualdad de protección ante la ley y de la ley, entre otros²⁴². De acuerdo con sus artículos 7.a) y 7.b), los Estados deben “abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer” y “actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer”²⁴³, respectivamente.

86. Esta Honorable Comisión, junto con otros órganos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos (SIDH), señaló en la Convención Americana de Derechos Humanos que, la violencia sexual contra las mujeres y las niñas es una experiencia traumática que supone la afectación de múltiples derechos consagrados y otros instrumentos del corpus juris interamericano, como la integridad personal, dignidad, autonomía, vida privada y el derecho a vivir una vida libre de violencia²⁴⁴. Por lo tanto, de acuerdo con las obligaciones establecidas por el derecho internacional, se ha resaltado el deber de los Estados de abordar efectiva y diligentemente las consecuencias de la violencia sexual garantizando el acceso a servicios oportunos de salud sexual y reproductiva, lo cual incluye: servicios de prevención posterior a las agresiones, anticoncepción de emergencia, servicios de aborto seguro y profilaxis contra enfermedades de transmisión sexual²⁴⁵. Además, se ha determinado que las mujeres y niñas víctimas deben ser atendidas, escuchadas y debidamente informadas conforme a sus necesidades y preocupaciones, evitando la revictimización y los estereotipos de género por parte del personal de salud²⁴⁶.

87. EN EFECTO, EN SU INFORME VIOLENCIA Y DISCRIMINACIÓN CONTRA MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES, ESTA COMISIÓN RECOMENDÓ, VEHEMENTEMENTE, A LOS ESTADOS PARTE A TOMAR LAS MEDIDAS QUE SEAN NECESARIAS PARA PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL, ATENDERLA INTEGRALMENTE Y GARANTIZAR TODOS LOS SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL QUE NECESITA UNA VÍCTIMA DE VIOLACIÓN, INCLUYENDO, ENTRE OTROS, LA ANTICONCEPCIÓN ORAL DE EMERGENCIA Y EL SERVICIO DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO²⁴⁷. LO ANTERIOR, PUES UN EMBARAZO O MATERNIDAD FORZADA PONE EN PELIGRO LA VIDA, INTEGRIDAD Y PROYECTO DE VIDA DE NIÑAS Y MUJERES.



88. En un sentido similar, los órganos de tratado de las Naciones Unidas también han recomendado a los Estados Parte garantizar los derechos de las niñas y las mujeres. Por ejemplo, en su Observación General No. 22 relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) recordó a los Estados su deber de “garantizar la atención de la salud física y mental a las víctimas de la violencia sexual [...], en particular el acceso a servicios de prevención posterior a las agresiones, anticonceptivos de emergencia y servicios de aborto sin riesgo”²⁴⁸.

89. A continuación, se recopilarán algunas recomendaciones específicas emitidas por diferentes organismos de derechos humanos a Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú en esta materia.

Colombia

90. La CIDH le recordó recientemente al Estado colombiano la importancia de investigar y sancionar actos de violencia de género, y en especial de violencia sexual, con la debida diligencia reforzada en los casos en que las víctimas son menores de edad²⁴⁹. Asimismo, la CIDH recordó que la impunidad de estos delitos envía el mensaje de que esta violencia es tolerada, lo cual favorece su perpetuación. Junto a ello, en atención a los últimos casos de violencia sexual perpetrados por miembros de la fuerza pública en contra de niñas y adolescentes de comunidades indígenas en el contexto de la pandemia por COVID-19, esta Honorable Comisión instó al Estado colombiano **A TOMAR EN CUENTA LA SITUACIÓN DE VIOLENCIA QUE ENFRENTAN LAS MUJERES, NIÑAS Y ADOLESCENTES INDÍGENAS EN COLOMBIA POR PARTE DE AGENTES ESTATALES Y NO ESTATALES CON EL FIN DE ADOPTAR DE INMEDIATO TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA PREVENIR, REDUCIR Y ELIMINAR CUALQUIER ACTO DE DISCRIMINACIÓN, INCLUYENDO LA VIOLENCIA SEXUAL**²⁵⁰.

91. Por su parte, el Comité CEDAW expresó su preocupación al Estado colombiano por la falta de medidas adecuadas de protección de las mujeres víctimas de la violencia de género, incluida la violencia sexual, así como de los testigos, sus familias y comunidades. En particular, el Comité CEDAW ha resaltado los obstáculos que encuentran las mujeres para acceder a la justicia, como la discriminación sexual y de género por parte de los agentes de policía y los fiscales, la ausencia de una formación y sensibilización adecuadas de los funcionarios judiciales, la falta de asistencia jurídica gratuita y los limitados servicios psicosociales y de atención de salud de que disponen las víctimas de la violencia sexual, por ejemplo, para el acceso inmediato a pruebas forenses²⁵¹. Para esto, recomendó que el Estado refuerce la Fiscalía General de la Nación, haga extensiva su presencia a las zonas rurales y facilite el acceso a la justicia de las mujeres indígenas y migrantes, afrocolombianas y con discapacidad, dando una amplia difusión a la información sobre la presencia institucional del poder judicial y las garantías procesales en las lenguas nativas y la lengua de señas y mediante otras formas de comunicación, e introduciendo ajustes de procedimiento y adecuados a la edad²⁵².

92. En una línea similar, el Comité de Derechos del Niño, en diversas observaciones finales²⁵³, le ha recordado al Estado colombiano la obligación de prevenir la impunidad y lo ha instado a investigar estos delitos de manera imparcial y sin demora. **Además, invitó al Estado a incrementar los recursos que se destinan a la recuperación física y psicológica de las niñas que son víctimas de violencia sexual y a velar por que se evite la victimización secundaria en el acceso a la justicia**²⁵⁴.

Ecuador

93. Recientemente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “Corte IDH”), falló el caso *Guzmán Albarracín vs. Ecuador*²⁵⁵ condenando al Estado de Ecuador por los hechos de violencia sexual acaecidos en contra de Paola Guzmán Albarracín, una niña-adolescente ecuatoriana, víctima de acoso y abuso sexual por parte del Vicerrector del colegio público al que asistía en la ciudad de Guayaquil y por la

impunidad que el mismo Estado favoreció en el caso a través de sus sistemas: educativo y de justicia. Este es el primer caso sobre violencia sexual contra niñas y adolescentes en el ámbito educativo que ha decidido la Corte IDH y que establece estándares sin precedentes. En particular, destacamos que la Corte IDH señaló que el Estado ecuatoriano debe **ADOPTAR MEDIDAS DE PREVENCIÓN, SANCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL, EN ESPECÍFICO EL ACOSO Y ABUSOS SEXUAL EN EL ÁMBITO EDUCATIVO**, monitorear la problemática y desarrollar políticas para su prevención, así como mecanismos simples, accesibles y seguros para que los hechos puedan ser denunciados, investigados y sancionados²⁵⁶. Asimismo, la Corte IDH estableció que el Estado debe asegurar el **acceso a la educación sexual y reproductiva a niñas, niños y adolescentes**, como componente integral del derecho a la educación²⁵⁷, y tomar medidas que promuevan “el empoderamiento de las niñas e impugnen las normas y los estereotipos patriarcales” para prevenir o revertir todo tipo de discriminación²⁵⁸.

94. En este mismo sentido, tanto el Comité CEDAW como el Comité de los Derechos del Niño han instado a Ecuador para que implemente mecanismos que agilicen la investigación y sanción de los casos de violencia sexual, especialmente aquellos en contextos educativos y contra menores de edad²⁵⁹. En particular, el Comité de los Derechos del Niño, le instó al Estado adoptar, sin dilación, una estrategia nacional para eliminar la violencia sexual contra las niñas en el hogar, incluidas las zonas urbanas y las rurales, en el sistema educativo, y se asegure de que las niñas tengan acceso a mecanismos eficaces de denuncia de la violencia sexual y a información sobre sus derechos sexuales y reproductivos²⁶⁰.

95. En los recientes informes de sus respectivas visitas a Ecuador, *el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental*²⁶¹ y *la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer sus causas y consecuencias*²⁶², expresaron preocupación por la incidencia de la violencia sexual contra los niños y las niñas adolescentes en este país, así como por el alto

nivel de impunidad en estos casos²⁶³ y el elevado número de embarazos en la adolescencia, los cuales suelen ser consecuencia de actos de violencia sexual²⁶⁴. En específico, según el Relator Especial sobre el derecho a la salud señaló que Ecuador no está “logrando proteger a las niñas y las jóvenes que han sido víctimas de abusos sexuales y que luego se ven obligadas a continuar con embarazos y maternidades de alto riesgo con repercusiones duraderas en su salud física y mental”²⁶⁵. Al respecto, tanto la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, como el Relator Especial, recomendaron a Ecuador, respectivamente, promover estrategias de prevención de la violencia sexual que permitan detectar los casos oportunamente, estableciendo mecanismos eficaces de denuncia accesibles para garantizar la rápida protección de las víctimas²⁶⁶, y “[r]edoblar los esfuerzos por tratar, con carácter prioritario, el problema de la violencia de género y los embarazos en la niñez y la adolescencia, entre otros medios, aplicando la Política Intersectorial de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes (2018-2025)”²⁶⁷.

Guatemala

96. En 2019, a través de su segundo informe de seguimiento de las recomendaciones formuladas a Guatemala en 2009, la CIDH le reiteró a este Estado, su deber para investigar, sancionar y reparar todos los actos de violencia contra las mujeres en cumplimiento con sus obligaciones internacionales y en línea con los estándares interamericanos en la materia²⁶⁸. Asimismo, constatando los altos índices de violencia sexual contra niñas y adolescentes en el país, así como el alto número de embarazos forzados, esta Comisión llamó a Guatemala a adoptar medidas urgentes para evitar esta alarmante tendencia de incremento de la violencia que afecta desproporcionadamente a los niñas, niños y adolescentes²⁶⁹.

97. De manera similar, el Comité CEDAW ha recomendado al Estado guatemalteco que los delitos sexuales en contra de niñas y adolescentes sean debidamente investigados y se les garantice a las víctimas acceso a la justicia incluyendo atención integral, que comprenda reparaciones y acceso a servicios de salud adecuados. Asimismo, dicho Comité ha afirmado la importancia de

garantizar el derecho a la verdad y la reparación de las víctimas²⁷⁰. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño también ha manifestado su preocupación por el elevado nivel de violencia sexual que padecen los niños, niñas y adolescentes en Guatemala por lo cual le recomendó al Estado adoptar medidas para sensibilizar a la población en contra de estos delitos e introducir procedimientos de alerta temprana y de denuncia que tengan en cuenta una perspectiva de género y vías de fácil acceso, confidenciales, adaptadas a los niños, niñas y adolescentes y eficaces para denunciar esas violaciones, así como procedimientos judiciales para enjuiciarlas²⁷¹.

Nicaragua

98. En 2018, la CIDH expresó su preocupación por “la alta prevalencia de violencia de género contra las mujeres, las niñas y las adolescentes” en Nicaragua²⁷², y en múltiples ocasiones ha instado al país a erradicar dicha violencia. En concreto, le ha recordado que “los Estados deben adoptar protocolos de investigación que eviten revictimizar a las mujeres, niñas y adolescentes, así como facilitar el acceso a servicios integrales de apoyo y atención médica adaptada, incluida la interrupción legal, oportuna y segura de los embarazos resultado de violencia sexual”²⁷³.

99. Asimismo, en relación con las obligaciones del Estado frente a la violencia sexual contra niñas y adolescentes, en el caso *V.R.P. V.C.P. y otros vs. Nicaragua*²⁷⁴ la Corte IDH condenó al Estado de Nicaragua por la violación sexual sufrida por una niña, así como por su posterior revictimización y la violencia ejercida por las instituciones de salud y justicia. En particular, la Corte IDH le recordó al Estado su obligación reforzada de adoptar medidas especiales de protección para las niñas y adolescentes y brindar asistencia, protección y acompañamiento inmediato y profesional, tanto médico como psicológico y/o psiquiátrico, a las víctimas de violencia sexual, así como garantizar la atención en salud integral por parte de profesionales especializados y con amplio conocimiento, capacitación y experiencia en casos de violencia sexual de niñas, niños y adolescentes,

incluyendo siempre una perspectiva de género y niñez, y garantizando el derecho de la niña a ser oída y a tomar sus propias decisiones²⁷⁵.

100. En este mismo sentido, el MESECVI recomendó al Estado nicaragüense aumentar los esfuerzos para erradicar la violencia sexual contra las mujeres, en especial la que afecta a niñas y adolescentes²⁷⁶ y a su vez, el Comité de Derechos Humanos, advirtió la problemática de violencia sexual contra mujeres y niñas en Nicaragua e instó al Estado a tomar las medidas necesarias para otorgar una protección policial a las víctimas y permitir un acceso efectivo a la justicia a las víctimas²⁷⁷.

Perú

101. Esta Honorable Comisión expresó, en su visita a Perú en 2018, preocupación respecto de los altos niveles de impunidad en los casos de violencia contra las mujeres, niñas y adolescentes en el país, advirtiendo que la ineficacia judicial, la discriminación y la corrupción generan un ambiente de impunidad que facilita la violencia y discriminación contra esta población²⁷⁸. La CIDH resaltó que en el país existe una falta de coordinación interestatal y que el presupuesto público dedicado a la niñez, el cual representaba menos del 1% del presupuesto nacional, era insuficiente²⁷⁹. Lo anterior, incide directamente sobre la prevalencia de los delitos de violencia sexual en Perú y en su impacto diferenciado en niñas y adolescentes.

102. De forma similar, el Comité de Derechos del Niño ha manifestado su preocupación frente al escaso número de denuncias y la falta de investigaciones efectivas sobre los actos de violencia sexual contra los niños, que da lugar a la impunidad de los autores. En este sentido, recomendó al Estado investigar debidamente todos los casos de violencia y garantizar el acceso efectivo de los niños, niñas y adolescentes a la justicia prestándoles apoyo jurídico y de otra índole pertinente, velar por que sean tratados como víctimas y establecer cauces accesibles, confidenciales, adaptados a los niños y eficaces para la presentación de denuncias²⁸⁰.

B.

OBLIGACIONES INTERNACIONALES RESPECTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ÉNFASIS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES Y VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

103. En los casos en que la violencia sexual haya resultado en un embarazo forzado en niñas y adolescentes, la CIDH²⁸¹ y otros organismos de derechos humanos²⁸² han destacado la importancia de adoptar protocolos adecuados para garantizar el acceso legal, oportuno y gratuito a métodos anticonceptivos de emergencia y a información veraz, suficiente e imparcial para acceder a la interrupción legal del embarazo, especialmente cuando se trata de niñas de corta edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado que estos protocolos sobre el tratamiento de las mujeres víctimas de violación sexual, también conocidos como kits de emergencia, deben incluir, entre otros: una evaluación del riesgo de embarazo; pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, cuando sea apropiado, la prueba del VIH; el suministro de anticonceptivos de emergencia, asesoramiento sobre acceso al aborto en casos de embarazo; y la prestación de apoyo psicológico y de remisión²⁸³. **El acceso a**

estos protocolos es esencial debido a que su negación “repercute de manera sumamente negativa en la salud de las niñas y las mujeres”, efectos negativos que “se agravan cuando se trata de embarazos no deseados y de maternidad forzada como consecuencia de actos de violencia sexual”²⁸⁴.

104. En relación con las niñas y adolescentes específicamente, debemos señalar que en la reciente sentencia de la Corte IDH *Guzmán Albarracín vs Ecuador*, la Corte IDH estableció que **LOS DERECHOS A LA INTEGRIDAD PERSONAL Y VIDA PRIVADA CONLLEVAN LIBERTADES, ENTRE LAS QUE SE ENCUENTRA LA LIBERTAD SEXUAL Y EL CONTROL DEL PROPIO CUERPO. Tales libertades pueden ser ejercidas por adolescentes, en la medida en que desarrollan la capacidad y madurez para hacerlo²⁸⁵.** Asimismo, como se refirió supra, la Corte IDH estableció que el derecho a la educación sexual y reproductiva integra el derecho a la educación²⁸⁶ y que “[esta educación en sexualidad...] debe ser integral, no discriminatoria, estar basada en pruebas, científicamente rigurosa y adecuada en función de la edad”²⁸⁷. Específicamente, la Corte IDH refirió que la educación en sexualidad integral “[d]ebe **ser apta para posibilitar a las niñas y a los niños un adecuado entendimiento de las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas, particularmente, en relación con el consentimiento para tales vínculos y el ejercicio de las libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos**” (énfasis, fuera del original)²⁸⁸.

105. En el mismo sentido, en el sistema universal de los derechos humanos, el Comité sobre los Derechos del Niño ha instado a los Estados a revisar y modificar su legislación para garantizar que se atienda el interés superior de las adolescentes embarazadas y que sus opiniones sobre decisiones relacionadas con el aborto sean escuchadas y respetadas²⁸⁹, independientemente de si el aborto es en sí legal²⁹⁰. Además, dicho Comité ha llamado a los Estados a que despenalicen el aborto para que las niñas puedan, en condiciones seguras, abortar y ser atendidas tras hacerlo²⁹¹. Por su parte, en su *Observación General No. 22* el

Comité DESC refirió que la prevención de embarazos no deseados y de abortos en condiciones de riesgo requiere que los Estados adopten políticas de educación integral sobre la sexualidad, en especial para las adolescentes, y señaló que la educación sexual integral y de calidad es fundamental ya que permite garantizar otros derechos, como la autonomía reproductiva²⁹².

106. A continuación, se recopilarán algunas recomendaciones específicas emitidas por diferentes organismos de derechos humanos a Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú.

Colombia

107. Esta Comisión ha reiterado al Estado colombiano su obligación de garantizar que las mujeres, niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, y particularmente las víctimas de desplazamiento o conflicto armado, tengan acceso a servicios de salud, lo cual es fundamental para el ejercicio de su derecho a vivir una vida libre de violencia sexual²⁹³.

108. En forma similar, el Comité CEDAW ha recomendado a Colombia velar por que las víctimas de violencia sexual "tengan acceso a servicios completos de tratamiento médico, atención de salud mental y apoyo psicosocial prestados por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados para detectar la violencia sexual y tratar sus consecuencias; y se asegure de que las mujeres víctimas de la violencia sexual tengan acceso rápido a pruebas forenses"²⁹⁴. **Además, dicho Comité instó al Estado para que asegure el acceso de las mujeres al aborto legal, mediante mecanismos de vigilancia y rendición de cuentas,** por ejemplo "sanciones, y sensibilizando a las autoridades y profesionales pertinentes sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos; y ampliando la oferta de métodos de aborto modernos y seguros desde el punto de vista médico"²⁹⁵.

109. Asimismo, el Comité CEDAW recordó que el Estado colombiano debe velar por que las mujeres y las niñas de las zonas rurales y remotas, en particular las indígenas y las afrocolombianas, incluidas las mujeres con disca-

pacidad, tengan el mismo acceso que las demás a una atención de la salud de alta calidad, acelerando la ejecución del plan nacional de salud rural y reforzando la aplicación del modelo de seguridad para la atención de la emergencia obstétrica, entre otras medidas²⁹⁶. Finalmente, también recomendó asegurar que **la población adolescente** tenga acceso a información precisa sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye información sobre un comportamiento sexual responsable, la prevención de los embarazos en la adolescencia y las enfermedades de transmisión sexual²⁹⁷.

110. En este mismo sentido, el Comité de los Derechos del Niño, recomendó al Estado colombiano adoptar más **iniciativas de reducción de la mortalidad materna en adolescentes** a través de servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, como la anticoncepción de emergencia, la atención prenatal, durante el parto y posparto, y los servicios de aborto sin riesgo y posaborto, y un mecanismo de supervisión de estos²⁹⁸.

Ecuador

111. Como ya se ha mencionado, en el caso *Guzmán Albarracín y otras vs. Ecuador* la Corte IDH determinó que el derecho a la educación sexual y reproductiva integra el derecho a la educación y que, por lo tanto, el Estado debe brindar acceso a educación e información integrales sobre la materia, teniendo en cuenta las capacidades evolutivas de las niñas y las adolescentes para asegurar que ellas puedan ejercer sus libertades sexuales y sobre su cuerpo de manera informada y libre²⁹⁹. En un sentido similar, en el reciente informe sobre su visita al Ecuador en 2019, *la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer* pidió al Ecuador que "garantice la inclusión de una educación apropiada para la edad, amplia y científicamente exacta en materia de salud sexual y reproductiva como componente obligatorio del programa de estudios para los adolescentes, incluida la información sobre la prevención de los embarazos precoces y el acceso al aborto, y que supervise su aplicación"³⁰⁰. Lo anterior, en concordancia y seguimiento a la recomendación del Comité CEDAW de 2015 a Ecuador mediante el cual se recomendaba al Estado garantizar "un acceso asequible a los métodos anticonceptivos modernos" y propor-

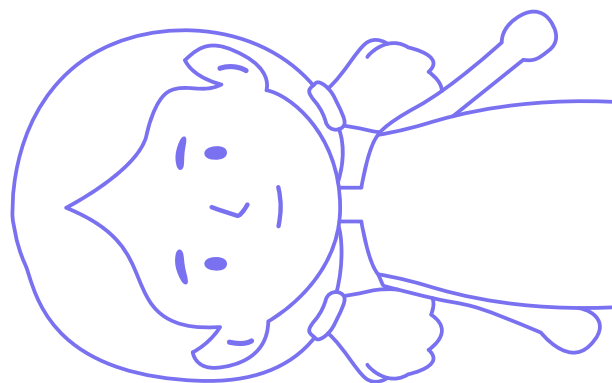
cionara "información y educación adecuadas a la edad sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos"³⁰¹.

112. A su vez, el reciente informe del *Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental* sobre su visita a Ecuador, recomendó al Estado **garantizar el acceso al aborto legal** en particular cuando la vida o la salud física y mental corran peligro; **que se respete la privacidad y confidencialidad** de las mujeres que utilizan los servicios de salud sexual y reproductiva; y que se vele "porque **se eliminen los obstáculos a los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y las mujeres, entre otros medios, proporcionando información, servicios y productos de salud sexual y reproductiva, en particular una educación sexual** amplia, adaptada a la edad y rigurosa desde el punto de vista científico en las escuelas como elemento obligatorio del programa de estudios"³⁰².

Guatemala

113. Esta Honorable Comisión ha manifestado su preocupación frente al alto número de embarazos de niñas y adolescentes en Guatemala y ha instado al Estado a implementar políticas públicas de educación y atención integral a niños, niñas y adolescentes, incluidas aquellas de educación sexual y reproductiva apropiadas para los diferentes grupos etarios³⁰³.

114. Ante este mismo panorama, el Comité de Derechos Humanos **ha instado al Estado guatemalteco a que permita el acceso al aborto en situaciones concretas** y advirtió que los Estados tienen la obligación legal de "incluir excepciones adicionales a la prohibición del aborto para evitar que las mujeres tengan que buscar servicios de aborto clandestino que ponga en peligro sus vidas o su salud"³⁰⁴. Además, ha recomendado al Estado, **"REDOBL[AR] SU LABOR PARA REDUCIR LA ALTA TASA DE EMBARAZOS DE ADOLESCENTES Y ASEGURE LA ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**, especialmente en las zo-



nas rurales" e "instó al Estado Parte a que revise su legislación en materia de aborto y a estudiar la posibilidad de prever excepciones a la prohibición del aborto, incluyendo para los casos de embarazos resultantes de violación o incesto"³⁰⁵.

115. Por su parte, el Comité de los Derechos del Niño también llamó recientemente al Estado de Guatemala a "[d]espenali[zar] el aborto en todas las circunstancias **y garanti[zar] el acceso de las adolescentes a servicios de aborto sin riesgo y de atención posterior al aborto, asegurándose de que la opinión de estas sea escuchada en todo momento y se tenga debidamente en cuenta en el proceso de decisión**" (énfasis fuera del original)³⁰⁶. Asimismo, dicho Comité manifestó su preocupación por "las barreras que continúan enfrentando los adolescentes [en Guatemala] en el acceso a servicios de salud en materia sexual y reproductiva y en educación, la alta incidencia de embarazos adolescentes, los elevados riesgos de mortalidad materna en madres adolescentes y el acceso insuficiente a métodos anticonceptivos modernos" con base en lo cual recomendó al Estado "garanti[zar] que la educación sobre salud sexual y reproductiva forme parte del plan de estudios escolar obligatorio y que, para su desarrollo se cuente con la participación de adolescentes de ambos sexos y se preste particular atención a la prevención de los embarazos precoces y las infecciones de transmisión sexual"³⁰⁷.

116. De manera similar, el Comité DESC le recomendó a Guatemala que incorpore una "amplia educación sobre salud sexual y reproductiva en los programas escolares, tomando en consideración la edad de los niños, en la enseñanza primaria y secundaria, e implante programas de educación y concienciación de la opinión pública a este respecto"³⁰⁸.

Nicaragua

117. Esta Honorable Comisión reiteró al Estado de Nicaragua el gran impacto negativo que las leyes o disposiciones que criminalizan el aborto de forma absoluta tienen sobre los derechos a la vida, integridad, salud, a no ser sometidas a tratos crueles, inhumanos y degradantes, a la privacidad, a la igualdad y a la no discriminación, y al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia³⁰⁹. Así, esta Comisión le ha recomendado a Nicaragua “adoptar protocolos de investigación que eviten revictimizar a adultas mayores, mujeres, niñas y adolescentes, así como facilitar el acceso a servicios integrales de apoyo y atención médica adaptada, incluida la interrupción legal, oportuna y segura de los embarazos resultados de violencia sexual”³¹⁰. Adicionalmente, cabe resaltar que, mediante una medida cautelar, la CIDH también le solicitó al Estado nicaragüense que adopte las medidas necesarias para asegurar la protección de la vida e integridad personal de una mujer, realizándole los tratamientos médicos necesarios, independientemente de los efectos que tenga sobre su embarazo³¹¹.

118. El MESECVI, por su parte, ha expresado su preocupación por la criminalización absoluta del aborto en Nicaragua y le recomendó explícitamente a garantizar el acceso a este servicio por lo menos bajo un marco de excepciones legales que incluyan i) cuando la vida o salud de la mujer esté en peligro, ii) cuando exista inviabilidad del feto de sobrevivir, y iii) en los casos de violencia sexual, incesto e inseminación forzada³¹². Asimismo, el MESECVI le recomendó al Estado desarrollar protocolos de atención necesarios para garantizar la vida y la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual, que por razones terapéuticas deciden interrumpir su embarazo³¹³. En una línea similar, órganos de protección del sistema universal como el Comité DESC³¹⁴ y el Comité de Derechos Humanos³¹⁵ han referido que la falta de disponibilidad del aborto terapéutico en Nicaragua constituye una violación del derecho a la vida, y en particular, el Comité de Derechos Humanos ha llamado al Estado a adoptar medidas para ayudar a las

mujeres a evitar embarazos no deseados, de forma que no tengan que recurrir a abortos ilegales o inseguros y a no penalizar a los profesionales de la medicina en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales³¹⁶.

Perú

119. La CIDH ha observado con preocupación que en Perú no existe un protocolo específico que regule el acceso al aborto terapéutico respecto de niñas y adolescentes y ha referido que la protección de este grupo etario ha de ser considerada de alta prioridad y de manera específica por la situación de especial vulnerabilidad en la que se encuentran³¹⁷. En este sentido, la CIDH llamó a Perú a tomar las medidas necesarias para garantizar el respeto y la protección, sin discriminación, de los derechos sexuales y reproductivos de todas las mujeres, incluyendo el acceso a la anticoncepción oral de emergencia (AOE)³¹⁸. En una línea similar, debemos mencionar que en el caso L.C v. Perú, el Comité CEDAW le recomendó a Perú que debía establecer un marco legal apropiado para garantizar que las mujeres pudieran acceder al servicio de aborto legal³¹⁹.

120. Adicionalmente, el Comité de Derechos Humanos ha expresado su preocupación respecto de “... que la interpretación restrictiva del aborto terapéutico induzca a más mujeres a recurrir a un aborto ilegal en condiciones de riesgo”³²⁰ y formuló recomendaciones específicas³²¹ al Estado peruano de cara a cumplir con sus obligaciones. Por su parte, el Comité de Derechos del Niño también expresó preocupación por “...la interpretación restrictiva del aborto terapéutico, situación que obliga a las niñas a recurrir a abortos peligrosos con riesgo para su salud y para su vida”³²² y le recomendó al Estado “[d]espenali[zar] el aborto en todas las circunstancias [...], garanti[zar] el acceso de las niñas a servicios de aborto sin peligro y de atención posterior al aborto” y asegurar que las opiniones de las niñas embarazadas siempre sean escuchadas y respetadas en relación con las decisiones que se adopten sobre el aborto”³²³. Otros Comités también se han pronunciado³²⁴, formulando recomendaciones similares³²⁵.

C.

OBLIGACIONES INTERNACIONALES RESPECTO AL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, CON ÉNFASIS EN NIÑAS Y ADOLESCENTES Y VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

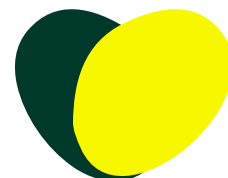
121. La CIDH y numerosos órganos de protección de derechos humanos han emitido recomendaciones en el contexto de la pandemia, respecto a la necesidad de prevenir y atender la violencia sexual contra niñas durante la misma. La CIDH específicamente recomendó a los Estados en su *Resolución No. 1/2020* reforzar la protección integral de niños, niñas y adolescentes durante el confinamiento³²⁶, adoptando medidas de prevención del abuso y violencia intrafamiliar, facilitando el acceso a los medios de denuncia y actuando con la debida diligencia ante las denuncias realizadas³²⁷, así como disponer de mecanismos que permitan a las niñas, niños y adolescentes seguir con el acceso a la educación y con estímulos que su edad y nivel de desarrollo requieran³²⁸.

122. Adicionalmente, de manera más amplia, la CIDH también recomendó a los Estados “[f]ortalecer los servicios de respuesta a la violencia de género, en particular la violencia intrafamiliar y la violencia sexual en el contexto de confinamiento [... reformulando] los mecanismos

tradicionales de respuesta, adoptando canales alternativos de comunicación y fortaleciendo las redes comunitarias para ampliar los medios de denuncia y órdenes de protección en el marco del periodo de confinamiento”, y recomendó “desarrollar protocolos de atención y fortalecer la capacidad de los agentes de seguridad y actores de justicia involucrados en la investigación y sanción de hechos de violencia intrafamiliar, así como llevar a cabo la distribución de materiales de orientación sobre el manejo de dichos casos en todas las instituciones estatales”³²⁹.

123. En una línea similar, la Corte IDH recalcó en su *Declaración No. 1/2020* que los Estados tienen el deber de ejercer una debida diligencia estricta respecto al derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia, por lo que, en vista de que “las medidas de aislamiento social [...] pueden redundar en el aumento exponencial de la violencia contra las mujeres y niñas en sus hogares”, estos “...deben adoptar[...] todas las acciones necesarias para prevenir casos de violencia de género y sexual [...] disponer de mecanismos seguros de denuncia directa e inmediata, y reforzar la atención para las víctimas”³³⁰.

124. Anudado a ello, el *Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará* emitió un comunicado sobre el incremento de los casos de violencia sexual y embarazo en niñas que han ocurrido en la región, especialmente durante los últimos meses³³¹. En particular, las expertas llamaron a los Estados a identificar cómo las medidas de confinamiento durante la pandemia del COVID-19 incrementan el riesgo de abuso sexual a menores de edad, aumentando su vulnerabilidad y riesgo de embarazos, y por lo tanto a generar las medidas necesarias para contrarrestar esa violencia y



esa vulnerabilidad. Asimismo, recordaron a los Estados de su obligación de:

"adecuar sus estructuras, procesos y procedimientos a la Convención de Belém do Pará, para garantizar así la protección a niñas y adolescentes contra la violencia de género, previniendo, investigando y castigando los actos de violencia en su contra y respondiéndole a las víctimas, asegurando un acceso sencillo y eficaz a la justicia que, además, brinde una reparación integral" (énfasis añadido)³³².

125. En este mismo sentido, el 14 de julio de 2020 la *Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer y las Expertas de la Plataforma EDVAW* emitieron un pronunciamiento conjunto sobre *COVID-19 y el aumento de la violencia de género y la discriminación contra las mujeres*³³³ en el que llamaron a los Estados y todos los actores relevantes a tomar medidas urgentes para combatir la pandemia global de violencia basada en género contra las mujeres, con un énfasis particular en la violencia doméstica y el abuso sexual producto de las medidas de confinamiento y restricciones de movilidad. En particular, instaron a los Estados a adoptar medidas para eliminar la discriminación acumulada e interseccional y violencia contra la mujer durante y luego del COVID-19, como, por ejemplo:

"Garantizar el acceso continuo y en condiciones de seguridad a los servicios de apoyo y las medidas de emergencia, incluida la asistencia jurídica y el acceso a los recursos judiciales para las mujeres y las niñas" y "[facilitar la emisión de órdenes de protección y asegurar el acceso a los centros de crisis por violación y a los refugios seguros]"³³⁴.

126. Otros órganos del Sistema Universal de Derechos Humanos también han resaltado la importancia de garantizar excepciones a las medidas de restricción de movilidad para las mujeres víctimas/sobrevivientes de violencia y sus hijas/hijos, así como asegurar que **LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN Y RESPUESTA A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES SE CONSIDEREN SERVICIOS ESENCIALES DURANTE LA PANDEMIA** y se facilite el acceso a la justicia a través de mecanismos virtuales y alternativos³³⁵. Así mismo, han manifestado la necesidad de priorizar la disponibilidad de refugios seguros, líneas de atención de emergencia, atención psicológica remota, y sistemas de protección y seguridad inclusivos, especializados, efectivos y adaptados a las realidades de las comunidades en zonas rurales³³⁶ y han recomendado a los Estados implementar la posibilidad de espacios seguros de denuncia donde las mujeres y niñas puedan acceder a información sin alertar a sus agresores³³⁷.



D.

RECOMENDACIONES INTERNACIONALES EN EL MARCO DE LA PANDEMIA DE COVID-19 RESPECTO A LA PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

127. Los órganos regionales e internacionales de derechos humanos también han recordado a los Estados que los servicios de salud sexual y reproductiva **no se pueden suspender por cuenta de la pandemia**. Esta Honorable Comisión recomendó específicamente en su Resolución No. 1/2020 que los Estados deben:

GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD Y CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de disseminación de información por medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad³³⁸.

128. Asimismo, en su Comunicado de Prensa No. 2020/074, esta Comisión hizo un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y específicamente consideró que **los Estados deben mantener sus servicios de salud sexual y salud reproductiva**, incluyendo los servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual y aquellos para la interrupción del embarazo dentro de las posibilidades que consagra su orden jurídico³³⁹.

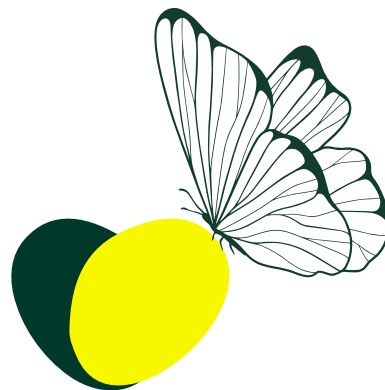
129. Adicionalmente, el 14 de septiembre de 2020, la CIDH emitió un nuevo Comunicado de Prensa en el que notó con preocupación los recortes presupuestales y la suspensión temporal de servicios de salud sexual y reproductiva que se habían dado durante la pandemia en varios países de la región. En este sentido, **la CIDH exhortó a los Estados a garantizar los servicios integrales de salud sexual y reproductiva**, incluyendo que se “garantice el acceso a salud materna y de calidad; aseguren el acceso seguro a la anticoncepción, incluida la anticoncepción de emergencia; faciliten el acceso a información veraz y sin censura, así como a la educación con perspectiva de género integral necesaria para que mujeres y niñas puedan adoptar decisiones libres y autónomas”³⁴⁰. De forma similar, en el Comunicado sobre el Día Internacional de la Niña, la Comisionada Esmeralda Arosemena de Troitiño, Relatora para los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CIDH, **destacó la importancia de la educación en derechos sexuales y reproductivos, para enfrentar el flagelo del embarazo precoz, la maternidad forzada y la violencia sexual**³⁴¹.



130. Similarmente, en el comunicado de 10 de julio de 2020 el *Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará* resaltó con preocupación que los embarazos en niñas “presentan una tendencia al alza” por lo que consideraron que “las políticas públicas existentes no estén asegurando, de manera efectiva, la protección y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, así como de la vida y la integridad de este grupo poblacional”³⁴². Al respecto, recordaron a los Estados que “los derechos sexuales y reproductivos forman parte del catálogo de derechos humanos que protegen y defienden el Sistema Universal e Interamericano de derechos humanos” y le recomendaron a los Estados garantizar “de acuerdo [con] los estándares internacionales, todas las protecciones necesarias para el efectivo respeto a los derechos sexuales y reproductivos y a los derechos a la vida y a la integridad física de las niñas”³⁴³.

131. Órganos del sistema universal de derechos humanos, como la Oficina de la Alta Comisionada de las Naciones Unidas, también han emitido recomendaciones a los Estados respecto la necesidad de “[a]segurar la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el acceso para todas las personas al aborto seguro y la atención postaborto, entre otros servicios, como acceso a anticoncepción y atención en salud materna”³⁴⁴. Asimismo, en el pronunciamiento conjunto de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer y las Expertas de la Plataforma EDVAW, se instó a los Estados a garantizar, con urgencia, el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva a través de métodos de fácil uso y acceso y de asegurar la continuidad de la educación sexual a través de herramientas educativas accesibles para los grupos minoritarios y vulnerables³⁴⁵.

132. En esta línea, bajo los lineamientos y recomendaciones internacionales sobre la materia, los servicios de salud sexual y salud reproductiva, como la interrupción legal del embarazo y la anticoncepción de emergencia, son servicios esenciales de salud necesarios para garantizar efectivamente los derechos a la vida, la salud y la integridad de las niñas y adolescentes. Por ello, los Estados están llamados a garantizar tanto la accesibilidad y disponibilidad efectiva de estos servicios durante y después de la pandemia, así como el acceso a información veraz y oportuna y a educación sexual integral sobre la salud sexual y reproductiva, adecuada a las capacidades y necesidades de las niñas y adolescentes. Estas obligaciones, además, se ven reforzadas considerando el grave contexto de incidencia de la violencia sexual contra niñas y de embarazos en adolescentes en la región, el cual, como se refirió anteriormente, se ha visto exacerbado durante la pandemia.



IV.

CONCLUSIÓN Y PETITORIO



133. Como lo ha resaltado esta Honorable Comisión, la incidencia de la violencia sexual y de los embarazos forzados en niñas y adolescentes en América Latina y el Caribe es una problemática alarmante. Las altas tasas continúan en aumento y, sin un abordaje integral y oportuno, estos hechos de violencia están causando graves e irreparables consecuencias en la vida de miles de niñas y adolescentes. Esto, sumado a los marcos normativos restrictivos sobre derechos sexuales y reproductivos de la región, crea un contexto en donde son obligadas a llevar a término embarazos forzados, agudizando las graves afectaciones de estos hechos para sus vidas y salud física, mental, social y emocional, además de vulnerar tanto sus derechos a la autonomía reproductiva e integridad personal, como al desarrollo de su proyecto de vida, entre otros.

134. Esta problemática ya preexistente en la región se ha visto agravada por la crisis de salud pública producida por la pandemia del CO-

VID-19, la cual además ha impactado a las mujeres, niñas y adolescentes de manera desproporcionada, profundizando las desigualdades de género y exacerbando las distintas formas de violencias contra ellas. Ante esta situación, numerosos organismos internacionales de protección de derechos humanos han recomendado a los Estados tomar medidas oportunas con una perspectiva de género y diferencial que permitan tanto prevenir eficazmente el contagio, como garantizar los derechos humanos de las niñas y adolescentes sin discriminación.

135. Sin embargo, este informe evidencia que no sólo ha habido un incremento en la violencia sexual contra niñas en la región, lo que ha conllevado a un incremento de los embarazos no deseados, sino que, además, los Estados de la región han estado ausentes en su respuesta y no han proporcionado mecanismos y/o rutas especiales y efectivas de denuncia y atención integral para las niñas víctimas de violencia sexual. Asimismo, los Estados tampoco han adoptado las medidas necesarias para garantizar la continuidad del acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, en especial para las niñas y mujeres que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad o están en situaciones de marginalización, como: las niñas y mujeres rurales, indígenas, migrantes; las niñas y mujeres con discapacidad; las niñas y mujeres que no tienen acceso a tecnología e Internet; y las niñas y mujeres que no tienen posibilidad de transporte y movilidad hacia los centros de salud donde todavía se estarían prestando los servicios.

136. En efecto, entre los obstáculos y barreras que la pandemia ha traído consigo, se ha identificado la imposibilidad y/o dificultad para que niñas víctimas de violencia sexual puedan acceder a servicios de salud sexual y salud reproductiva integrales y de calidad. Resaltamos de manera general: (i) la falta de información sobre la disponibilidad de estos servicios; (ii) la falta de accesibilidad a estos servicios ya sea por el desabastecimiento de insumos, la imposibilidad y restricciones de movilidad o las barreras tecnológicas; y (iii) la denegación explícita del servicio en cuestión o incluso la criminalización de estos servicios.

137. En particular, la información que este informe contiene evidencia que **Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú** no han cumplido con sus obligaciones internacionales en materia de prevención de la violencia sexual y protección de los derechos sexuales y reproductivos ni han implementado oportuna e integralmente las recomendaciones formuladas en el con-

texto de la pandemia encaminadas a garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva.

138. Así las cosas, en Colombia, Ecuador, Guatemala, Nicaragua y Perú **MILES DE NIÑAS Y ADOLESCENTES ESTÁN EN ABSOLUTA INDEFENSIÓN Y DESPROTECCIÓN Y ESTÁN VIENDO VULNERADOS SUS DERECHOS FUNDAMENTALES a la vida, la salud, la salud sexual y reproductiva, la integridad personal, la autonomía reproductiva, la información, la educación integral, la no discriminación y la protección integral de la niñez, entre otros. Lo cual se traduce en un escenario gravísimo de vulneración sistemática de derechos fundamentales, si se considera, especialmente, las serias e irreparables afectaciones que los hechos de violencia sexual y los embarazos forzados tienen para las niñas y adolescentes.**

139. Por todo lo anterior, muy respetuosamente, solicitamos a la Honorable Comisión que en el marco de sus funciones, y en particular en el marco del trabajo de **monitoreo y supervisión** de la *Sala de Coordinación y Respuesta Oportuna e Integrada a la crisis en relación con la pandemia del COVID-19 (SACROI COVID-19)*, considere la información presentada y formule recomendaciones específicas y urgentes a los cinco Estados objeto de la audiencia temática de la referencia, y de manera transversal para todos los Estados Parte de la Convención, sobre la necesidad de implementar con urgencia: (i) medidas con enfoque de género, niñez y de derechos humanos para la prevención y atención de la violencia sexual, incluyendo la adopción de mecanismos adecuados de protección y denuncia; y (ii) medidas para garantizar el acceso a la información, educación y servicios de salud sexual y salud reproductiva de manera continua, oportuna, y sin discriminación, incluso durante la crisis sanitaria. Todo ello, con el objetivo de garantizar de manera inmediata los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes y romper, a largo plazo, con los ciclos de violencia y discriminación que perpetúan la pobreza, la marginalización y la vulnerabilidad de miles de niñas en América Latina.

140. Concretamente nos permitimos formular y proponer **cinco (5) concretas recomendaciones** para que esta Honorable Comisión evalúe emitir y monitorear a futuro:



1. Reconocer que los **servicios de salud sexual y salud reproductiva** son servicios esenciales que deben seguir prestándose durante situaciones de crisis sanitaria o emergencia nacional.

Para ello los Estados deben: (i) velar porque los derechos sexuales y reproductivos se respeten y se protejan como parte de los planes de respuesta al COVID-19; y (ii) eliminar todos los obstáculos jurídicos y administrativos para acceder a los servicios de salud reproductiva, en particular, la anticoncepción de emergencia, los servicios de aborto legal y seguro, el acceso a los anticonceptivos y el acceso a la atención de la salud materna de la calidad;



2. Proteger a las niñas y adolescentes contra la violencia sexual y los embarazos forzados, implementando mecanismos accesibles de denuncia y de protección especial, y adoptando protocolos de salud con orientación específica para la atención de la violencia sexual y los embarazos en niñas.

En particular los Estados deben: (i) adoptar mecanismos de denuncia seguros y de fácil acceso, considerando especialmente casos en que las niñas puedan estar cohabitando con sus agresores o en los que haya un control económico o de medios tecnológicos, garantizar la seguridad de las víctimas mediante medidas de protección efectivas y asegurar que los hechos sean investigados bajo el estándar de la debida diligencia reforzada; y (ii) garantizar a las niñas víctimas de violencia sexual, el acceso oportuno al kit de atención de emergencia y a una atención de salud integral que incluya inequívocamente acceso la anticoncepción de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo en dichos casos.



3. Asegurar el **acceso de las niñas y adolescentes a la educación**, incluyendo la educación sexual y reproductiva integral, no discriminatoria, basada en pruebas, científicamente rigurosa y adecuada en función de la edad, que además les permita identificar y denunciar hechos de violencia sexual y promueva la igualdad y la erradicación de esta.

Esto debe incluir la adopción e implementación no sólo de políticas públicas con enfoque de género y niñez para una educación integral en sexualidad, sino también de medidas específicas para asegurar la enseñanza a distancia que hagan frente a la brecha digital, geográfica y económica, y su impacto desproporcionado sobre las niñas y adolescentes en condiciones vulnerables. En los contextos en los que las soluciones digitales no sean posibles, los Estados deben también diseñar estrategias que garanticen el acceso a la educación a través de otras alternativas como las emisiones radiales comunitarias, entre otras.



4. Garantizar el **acceso efectivo a la interrupción voluntaria del embarazo** cuando haya una afectación a la vida, y/o a la salud física, mental o social.

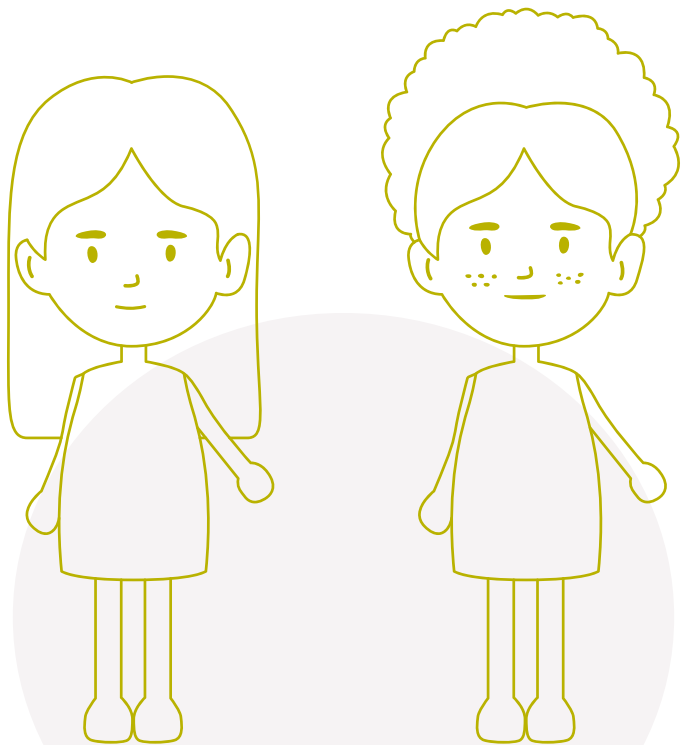
Los Estados deben garantizar la interrupción del embarazo en los casos de embarazos de niñas y adolescentes, escuchando y respetando la decisión de ellas. Asimismo, deben garantizar el acceso al aborto siempre que exista una posibilidad de afectación a la vida y/o la salud física, mental o social, lo cual ocurren en casos de embarazos producto de violación sexual. Además, en los países en donde el aborto esté penalizando, los Estados deben buscar la legalización de este servicio de salud reproductiva en su totalidad.



5. Adoptar estrategias urgentes sobre la base de la igualdad sustantiva

para eliminar los obstáculos que permanentemente han existido para el acceso a medicación, servicios e información en materia de salud sexual y reproductiva, específicamente sobre aquellos que se han exacerbado durante la pandemia del COVID-19, y asegurar que todos los servicios de salud sexual y reproductiva sean accesibles y estén disponibles, en particular para las personas que viven en situaciones de vulnerabilidad.

En específico, los Estados deben eliminar barreras como las autorizaciones administrativas por parte de proveedores, los períodos de espera, el asesoramiento sesgado, la solicitud de autorización o consentimiento de terceras personas, entre otros. Adicionalmente, considerando que producto de la pandemia se han generado nuevas barreras como las restricciones de movilidad, la falta de acceso a información oportuna y fiable y las desigualdades tecnológicas, sociales y económicas, los Estados también deben eliminar los obstáculos para acceder a la medicina y telemedicina, y, sobre esta última, apoyar y promover su utilización. Además, deben implementar otras rutas alternativas para permitir y garantizar el acceso a los servicios de salud reproductiva en zonas remotas, rurales o de difícil acceso a la tecnología y asegurar el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva para las personas en situación vulnerable o para grupos históricamente discriminados, incluyendo niñas y mujeres migrantes, indígenas y rurales.



Sin otro particular, aprovechamos la ocasión para reiterarle nuestras muestras de consideración y estima.

Atentamente,

p/Catalina Martínez Coral

CATALINA MARTÍNEZ CORAL
Centro de Derechos Reproductivos
cmartinez@reprorights.org

p/ Elia Palacios Jiménez

ELIA PALACIOS JIMÉNEZ
Asociación de Mujeres Axayacatl
axayacatl.masaya@yahoo.es

p/Gabriela Oporto Patroni

GABRIELA OPORTO PATRONI
Centro de Promoción y Defensa
de los Derechos Sexuales y
Reproductivos
gabrielaoportopromdsr.org

p/Ana Cristina Vera Sánchez

ANA CRISTINA VERA SÁNCHEZ
Centro de Apoyo y Protección de
los Derechos Humanos - Surkuna
surkuna.ec@gmail.com

p/ Jessica María Monterroso Cardona

JESSICA MARÍA MONTERROSO CARDONA
Mujeres Transformando el Mundo
jessicamonterroso@gmail.com

p/ Dee Redwine

DEE REDWINE
Planned Parenthood Global
Dee.Redwine@ppfa.org

p/Mirna Montenegro Rangel

MIRNA MONTENEGRO RANGEL
Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva
-mirnam.rangel@gmail.com

p/Laura Castro Gonzales

LAURA CASTRO GONZALEZ
La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres
-coordinacionmesa@despenalizaciondelaborto.org.co

Notas al final

- 1 Participaron en representación de **las solici-tantes** las organizaciones: La Asociación de Mujeres Axayacatl- Nicaragua (**AXAYACATL**), Mujeres Transformando el Mundo- Guatemala (**MTM**), el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva - Guatemala (**OSAR**), el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – Perú (**PROMSEX**), el Centro de Apoyo y Protección de los Derechos Humanos- Ecuador (**SURKUNA**), La Mesa Por la Vida y la Salud de Las Mujeres- Colombia (**La Mesa**), Planned Parenthood Global (PPG) y el Centro de Derechos Reproductivos (**CRR**, por sus siglas en inglés). De la **CIDH**, estuvieron presentes: la comisionada y vicepresidenta, **Flávia Piovesan**; la comisionada **Margarette May Macaulay**, la comisionada **Esmeralda Arosemena de Troitiño**, la Comisionada **Julissa Mantilla Falcón**, la relatora especial de los derechos DESCA, **Soledad García Muñoz** y la secretaria ejecutiva interina, **María Claudia Pulido**.
- 2 CIDH, Video, PS177 - Audiencia - Violencia sexual, embarazos forzados y acceso a servicios de salud / COVID-19, mins.1:07:07-1:07:20. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=ZGS3H9vBeMQ>
- 3 CIDH. Comunicado de Prensa No. 217/20: La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia del COVID-19 (14 de septiembre de 2020). Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/217.asp>. [**CIDH, Comunicado de Prensa No. 217/20: La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva**].
- 4 Organización Panamericana de la Salud (OPS) et al. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34493/9789275119761-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. [**OPS, Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe**].
- 5 Guttmacher Institute, The Sexual and Reproductive Health needs of Very Young Adolescents Aged 10-14 in Developing Countries: What Does the Evidence Show?, Vanessa Woog and Anna Kågesten, May 2017 Report. "In Latin America and the Caribbean, 65% of births in this age-group were unplanned, compared with 21% in Asia and 36% in Africa, where most births are reported as wanted due to social norms surrounding adolescent fertility". Disponible en: <https://www.guttmacher.org/report/srh-needs-very-young-adolescents-in-developing-countries#>.
- 6 Según el MESCEVI, "todo embarazo en una niña de menos de 14 años de edad debe considerarse no consentido y, por tanto, producto de violencia sexual". Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESCEVI), Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará, Aprobado por el Comité de Expertas del MESECVI en su Decimotercera Reunión, el 13 de octubre de 2016 en la Ciudad de México, México, para 9. Disponible en: <https://www.oas.org/en/mese-cvi/docs/MESECVI-EmbarazoInfantil-ES.pdf>. [MESCEVI, Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil]. Adicionalmente, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha estimado que entre el 11 y el 20% de los embarazos en niñas y adolescentes son resultado de violencia sexual. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Boletín Informativo julio 2015: El Embarazo en Adolescentes, 2015. Disponible en: https://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=datos-y-estadisticas&alias=714-boletin-informativo-embarazo-en-adolescentes&Itemid=235 [OPS, Boletín Informativo julio 2015: El Embarazo en Adolescentes].
- 7 Ver en Colombia: Congreso de la República de Colombia, Código Penal (Ley 599 de 2000), art. 122. Disponible en: http://www.secretariase-nado.gov.co/senado/basedoc/ley_0599_2000_pr004.html#122 y Corte Constitucional de Colombia, Sentencia C-355 de 2006, M.P. Jaime Araújo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>. En Ecuador: Código Orgánico Integral Penal, art. 150, enero. 28, 2014. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf; En Guatemala: Código Penal de Guatemala, Decreto No. 17-73, Artículos 134, 135, 137 y 140. Disponible en: https://oig.cepal.org/sites/default/files/1973_codigopenal_guatemala.pdf; En Nicaragua: Ley N.o 641, Código Penal de Nicaragua, artículo 143. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_codigo_penal.pdf; En Perú: Código Penal de Perú, artículo 119, 1991. Disponible en: http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf
- 8 MESCEVI, Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil, supra nota 6, para 9.
- 9 OPS, Boletín Informativo julio 2015: El Embarazo en Adolescentes, supra nota 6.
- 10 CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 14 de noviembre de 2019, párr. 233, Doc. OEA/Ser.L/V/II [CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes] citando a: CIDH, Audiencia temática América Latina y el Caribe celebrada el 25 de octubre de 2017 en el marco del 165 periodo ordinario de sesiones.
- 11 Id.
- 12 Id, párr. 235.
- 13 Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Informe anual sobre la situación de los derechos humanos en Colombia, párr. 74: Disponible en: <https://www.hchr.org.co/documentoseinformes/informes/altocomisionado/informe-anual-2019-ES-2.pdf>
- 14 Redmas Noticias, Aumentan casos de violencia sexual contra niñas en Colombia, 11 de octubre de 2018. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=qw5kGZ8_5bk
- 15 El Tiempo, La violencia sexual, un delito que se ensaña con las niñas en Colombia, 31 de mayo 2019. Disponible en: <https://www.eltiempo.com/mundo/latinoamerica/cifras-de-violencia-sexual-contra-menores-de-14-anos-en-colombia-2018-367806>
- 16 Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE), Dirección de Censos y Demografía, Estadísticas Vitales (EEVV), cifras definitivas año 2018, con corte final al 31 de octubre de 2019. Bogotá. D.C., 20 diciembre de 2019, págs. 9 y 10. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/cifras-definitivas-2018.pdf> [DANE, Estadísticas Vitales 2018]
- 17 Sisma Mujer. Boletín No. 19: 8 de marzo de 2020: Día Internacional de las Mujeres. A partir del Centro de Referencia Nacional sobre Violencia Colombiana del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Información preliminar de lesiones fatales y no fatales de causa

- externa en Colombia, tableros de enero a diciembre de 2019. Disponible en: bit.ly/2PTVaoY
- 18 Aunado a esta preocupante situación de violencia sexual y embarazos forzados en mujeres y niñas en Colombia, se suma el alarmante impacto diferenciado que tiene la criminalización del delito de aborto. Según confirman organizaciones que acompañan mujeres, se han presentado casos de judicialización o criminalización por el delito de aborto a mujeres y niñas que se encuentran en el marco de las causales despenalizadas. Esto da cuenta de conductas contrarias al marco jurídico que protege este derecho y del estigma que lo rodea ante la persistencia del delito en el Código Penal. De acuerdo con datos de la Fiscalía General de la Nación, en el período 2010-2017, el 97% de las mujeres denunciadas por aborto eran habitantes de áreas rurales y el 75% de los casos investigados ocurrieron en niñas y mujeres de 10 a 24 años, destacándose 37 casos de niñas menores de 14 años y al menos 3 casos de niñas entre los 11 y los 12 años denunciadas por aborto. Lo anterior, desdice de las obligaciones del Estado en la garantía de los derechos fundamentales de las niñas, particularmente de las menores de 14 años en quienes opera la presunción de violencia sexual.
- 19 En el 2018, 5,442 niñas entre 10 y 14 años; y en el 2019, 4,748 niñas entre 10 y 14 años. DANE, Estadísticas Vitales 2018, supra nota 16, pág. 9 y 10.
- 20 Fiscalía General del Estado, Rendición de cuentas 2018. Disponible en: <https://www.fiscalia.gob.ec/transparencia/2019/rendicion-de-cuentas/rendicion-de-cuentas-2018-Fiscalia-General-del-Estado.pdf>
- 21 Fiscalía General del Estado, Abuso infantil en la mira de la fiscalía. Disponible en <https://www.fiscalia.gob.ec/el-abuso-sexual-infantil-en-la-mira-de-la-fiscalia/>
- 22 Fiscalía General del Estado, Respuesta a solicitud de información emitida por SURKUNA, s/n, septiembre de 2020. Fecha de corte: 4 de agosto de 2020.
- 23 Ver: Instituto Nacional de Estadística y Censos, Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres – ENVIGMU 17 (Nov. 2019), Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Principales%20resultados%20ENVIGMU%202019.pdf. El tema de la violencia sexual y de género en las escuelas, también ha sido visible a nivel universitario con varios estudios realizados en Ecuador sobre la violencia sexual y de género a la que se enfrentan las estudiantes y las profesoras universitarias. Ver, por ejemplo, Daniel Barredo Ibáñez, La violencia de género en Ecuador: un estudio sobre los universitarios, Revista Estudios Feministas, Vol. 25, No. 3, Sep./Dec. 2017, Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2017000301313.
- 24 Datos oficiales del Instituto Nacional de estadísticas y Censos (INEC), 2016. Ver, Asamblea General de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Visita a Ecuador, de fecha de 6 de mayo de 2020, UN Doc. A/HRC/44/48/Add.1, para 42, disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/44/48/Add.1> [Relator Especial sobre el derecho a la salud, Visita a Ecuador 2020]. Ver también Política intersectorial de prevención del embarazo en niñas y adolescentes Ecuador 2018 – 2025, julio 2018, pág. 26, disponible en: https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Politica_Interseccional%2028%29.pdf
- 25 Relator Especial sobre el derecho a la salud, Visita a Ecuador 2020, supra nota 24, párr. 42.
- 26 Asamblea General de Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Visita al Ecuador, párr. 11 No. 2, 22 de mayo de 2020, Doc. ONU A/HRC/44/52/Add.2, disponible en: <https://undocs.org/es/A/HRC/44/52/Add.2> [Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, visita a Ecuador 2020].
- 27 CIDH, Audiencia sobre Violencia sexual contra niñas en América Latina y el Caribe en el marco del periodo de sesiones 165 en Montevideo. 24 de octubre de 2017 citado en: CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10.
- 28 Organización Panamericana de la Salud, Guatemala, Embarazos en adolescentes, 9 de marzo de 2011, disponible en https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=423:embarazos-en-adolescentes&Itemid=213
- 29 Datos del Observatorio de Salud Reproductiva (OSAR), publicados en: https://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=423:embarazos-en-adolescentes&Itemid=213
- 30 Procuraduría de Derechos Humanos, Informe anual circunstanciado de actividades y situación de derechos humanos PDH (2017), [https://www.pdh.org.gt/biblioteca-digital-informes-informes-anuales; Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva \(OSAR\) Embarazos y partos en madres entre 10 y 19 años, disponible en: https://osarguatemala.org/embarazos-y-partos-de-madres-entre-10-y-19-anos-2017/](https://www.pdh.org.gt/biblioteca-digital-informes-informes-anuales; Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (OSAR) Embarazos y partos en madres entre 10 y 19 años, disponible en: https://osarguatemala.org/embarazos-y-partos-de-madres-entre-10-y-19-anos-2017/).
- 31 Observatorio en salud sexual y reproductiva OSAR, Embarazos, partos y registro de nacimientos de madres adolescentes entre 10 y 19 años (2018). Disponible en: <https://osarguatemala.org/embarazos-y-partos-de-madres-entre-10-y-19-2018/>
- 32 Nomada, Sin castigo y libres, los abusadores quedan impunes, 10 de junio de 2020. Disponible en: <https://nomada.gt/nosotras/somos-todas/sin-castigo-y-libres-los-abusadores-que-dan-impunes/#:~:text=Seg%C3%BAn%20los%20registros%20de%20la,6%2C186%20y%205%2C206%20en%202016>
- 33 Observatorio de salud sexual y reproductiva (OSAR), Datos: Embarazos y registro de nacimientos de madres adolescentes – año 2019. Registro de nacimientos hasta el 31 de diciembre, grupo etarios de 10 a 15 años. Disponible en: <https://osarguatemala.org/embarazos-y-registro-de-nacimientos-de-madres-adolescentes-ano-2019/>
- 34 Coordinadora Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y contra las Mujeres -Conaprevi y Secretaría Presidencial de la Mujer -Seprem, Plan Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres 2020-2029, Planovi. Noviembre de 2019. pág. 291, disponible en: <https://seprem.gob.gt/wp-content/uploads/Planovi-2020-2029-1.pdf>
- 35 Informe Nacional de Desarrollo Humano. Estadísticas de género. Razón de mortalidad materna y muertes maternas por departamento de residencia, (Guat.) (2000, 2007 y 2013) disponible en <http://desarrollohumano.org.gt/estadisticas/estadisticas-genero/razon-de-mortalidad-materna-y-muertes-maternas-segun-departamento-de-residencia/>
- 36 Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Informe de país. Mortalidad Materna 2014-2015, 26 (2017) disponible en <https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Informe%20de%20Mortalidad%20Materna%202014-15%20completo.pdf>.
- 37 Según el informe Vidas Silenciadas, "una de las causas fundamentales del suicidio en adolescentes embarazadas es la violencia de género, en donde las relaciones de poder vulneran a las mujeres, naturalizando la violencia y limitando su autonomía". Además, el estudio presenta 14 casos de niñas adolescentes en los que se evidencia que el embarazo fue el detonante

- para tomar la decisión del suicidio. FLACSO-Guatemala, Programa de Estudios de Género y Feminismos, *Vidas Silenciadas: Una tragedia de la que no se habla*, (2019), Vinculación entre suicidio y embarazo en mujeres adolescentes (2009-2019) pág. 98 y 99. Disponible en: <https://www.flacso.edu.gt/publicaciones/wp-content/uploads/2019/09/FLACSO-Vidas-silenciadas.pdf>
- 38 La Lupa, "Abuso sexual en Nicaragua oculto bajo el manto de Rosario Murillo", 14 de junio de 2020. Disponible en: <https://lalupa.press/2020/06/14/abuso-sexual-en-nicaragua-oculto-bajo-el-manto-de-rosario-murillo/>
- 39 Comisión Económica para América Latina y el Caribe, *Fecundidad no deseada entre las adolescentes latinoamericanas: un aumento que desafía la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de derechos*, U.N. Doc. LC/TS.2017/92, 2017. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/42511/1/S1700871_es.pdf
- 40 La Prensa, Cada día paren 5 niñas en Nicaragua, 9 de diciembre de 2018. Disponible en: <https://www.laprensa.com.ni/2018/12/09/nacionales/2504080-cada-dia-cinco-ninas-paren-en-nicaragua>. Según la Federación Coordinadora Nicaragüense de ONG que trabajan con la Niñez y la Adolescencia (CODENI), 24.4 % de las adolescentes se convierten en madres, es decir 92 de cada 1,000 adolescentes (entre 15 y 19 años) son madres en Nicaragua, siendo éste uno de los mayores índices de embarazos adolescentes en la región, Federación Coordinadora Nicaragüense de ONG que trabajan con la Niñez y la Adolescencia (CODENI), *Embarazos en Adolescentes*. Disponible en: <http://www.codeni.org.ni/proteccion-especial/embarazos-en-adolescentes/embarazos-en-adolescentes/>. Ver también, La Quimera, *Dejen a las niñas ser niñas*, 30 de septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.laquimerafeminista.com/dejen-a-las-ninas-ser-ninas/>
- 41 Plan Parenthood Global, *Vidas Robadas*, 2015, disponible en: <https://www.ninasnomadres.org/>
- wp-content/uploads/2016/11/PPFA-Stolen-Lives-Spanish-april-2016.pdf
- 42 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), *Informe Estadístico: Violencia en Cifras* (Boletín: No 9 -2018), diciembre 2018, pág. 3.
- 43 Id.
- 44 Id.
- 45 Id.
- 46 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Programa Nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar – AURORA. Boletín Estadístico. Enero-diciembre 2019. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=36>
- 47 El Comercio *Violencia sexual no se detiene en el país: reportan aumento de violaciones y delitos*. 21 de junio de 2018. Disponible en: <https://elcomercio.pe/peru/violencia-sexual-detiene-pais-noticia-529533-noticia/>
- 48 Promsex, *Niñas no madres*, 2020. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2020/07/NIN%CC%83AS-NO-MADRES-2020.pdf> [Promsex, Niñas no madres]
- 49 Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo, "Prevención del Embarazo en Adolescentes", Alerta No. 1-2018-SC/MCLCP, *Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó*, 12 de junio del 2018, pág. 4. Disponible en: https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf
- 50 Ver: Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea 2019. Características de la madre. Disponible en: <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwmadrenew.aspx>
- 51 Id.
- 52 CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, supra nota 10, párr. 259
- 53 MESCEVI, *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil*, supra nota 6, pág. 7.
- 54 Organización Mundial de la Salud, *Global Health Estimates 2016: Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016* (2018), disponible en: https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/ (última consulta: 20 de marzo de 2020); y Asamblea General de Naciones Unidas, *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación* contra la mujer en la legislación y en la práctica, 8 de abril de 2016. UN Doc. A/HRC/32/44, párr. 34. Disponible: <https://undocs.org/es/A/HRC/32/44>
- 55 OPS, *Boletín Informativo julio 2015. El Embarazo en Adolescentes*, supra nota 6, pág. 3.
- 56 Esta Comisión ha alertado sobre la alarmante información relativa a "la prevalencia de mortalidad materna mujeres jóvenes causadas por lesiones autoinfligidas", y constató que en El Salvador varias niñas embarazadas habrían puesto fin a sus vidas ante la falta de opciones para asumir embarazos no deseados, producto de violaciones sexuales. CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, supra nota 10, pág. 259. El MESECVI indica que "Entre las consecuencias psicológicas caben destacar la falta de autonomía, miedo, depresión, angustia, estrés postraumático, ansiedad y mayores riesgos de suicidio". MESECVI, *Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará*, supra nota 4, pág. 8, párr. 7. OPS, *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*, supra nota 4, pág. 25, refiriendo que "[a]demás de las consecuencias físicas, el embarazo precoz tiene diversas implicaciones para la salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), pensamientos e ideas de suicidio y muerte por suicidio consumado.
- 57 OPS, *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*, supra nota 4.
- 58 Ver CIDH, *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*, supra nota 10, pág. 259. Y En su informe temático sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica el Grupo refirió que "el embarazo en la adolescencia tiene[...] efectos duraderos en la integridad física y la salud mental de las niñas" y que, "[a] escala mundial, el embarazo y el parto son considerados, conjuntamente, la segunda causa de muerte de niñas entre 15 y 19 años, es decir, que son las más expuestas al riesgo de morir o sufrir lesiones graves para toda la vida a consecuencia del embarazo". Asamblea General de Naciones Unidas, *Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación*

- contra la mujer en la legislación y en la práctica, supra nota 61, párr. 34.
- 59 MESCEVI, Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil, supra nota 6, pág.9
- 60 Asociación de Mujeres AXAYACATL, *Vidas robadas: Impacto del embarazo producto de violación y estupro en la salud y vida de niñas y adolescentes en Nicaragua*, enero de 2016, pág. 35. Disponible en: <https://www.sosviolencia.org/wp-content/uploads/2020/02/Vidas-Robadas-Axayacatl.pdf>. Asimismo, 25 prestadores de servicios de salud (incluidos médicos, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales) dieron su opinión sobre este tema: una gran mayoría reconoció la existencia de prejuicios de parte de los familiares (el 84%), mientras que un número similar de encuestados reconoció la existencia de prejuicios de parte del personal de salud (el 52%) y del entorno social (el 92%) [Asociación de Mujeres AXAYACATL, *Vidas robadas: Impacto del embarazo producto de violación y estupro en la salud y vida de niñas y adolescentes en Nicaragua*, pág. 38].
- 61 Promsex, *Niñas no madres*, supra nota 48.
- 62 Alternative Report on the Fulfilment of the Convention on Child Rights and its Facultative Protocols by the Ecuadorian Government, párr. 309, Oct. 2016. Disponible en: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=INT%2fCRC%2fNGO%2fECU%2f28422&Lang=en.
- 63 Id.
- 64 Fundación Nicaragüense para el Desarrollo Económico y Social, *Embarazo Adolescente en Nicaragua*, pág. 14, octubre de 2016. Disponible en: https://funides.com/wp-content/uploads/2019/09/Causas_y_consecuencias_del_embarazo_adolescente_en_Nicaragua_Octubre_2016.pdf
- 65 OPS, Boletín Informativo julio 2015. *El Embarazo en Adolescentes*, supra nota 6, pág. 10.
- 66 Centro de Derechos Reproductivos, *World Abortion Map*. Disponible en: <https://reproductiverights.org/worldabortionlaws>.
- 67 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-732 de 2009. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2009/t-732-09.htm> Reiterada en las sentencias T-585 de 2010, T-627 de 2012, T-274 de 2015, T-697 de 2016 y C-093 de 2018, entre otras.
- 68 Colombia. Corte Constitucional. Sentencia SU-096 de 2018. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU096-18.htm>
- 69 Cuando la víctima de violencia sexual es una niña menor de 14 años no necesita denunciar el hecho victimizante para acceder a la interrupción voluntaria del embarazo. Según la Corte: "Claro está que cuando la violación se presume por tratarse de una mujer menor de catorce (14) años, la exhibición de la denuncia se torna en una mera formalidad y la falta de la misma no puede ser un pretexto para dilatar la interrupción del embarazo, si la mujer solicita que se le practique el aborto". Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08, M.P. Clara Inés Vargas. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2008/t-209-08.htm>
- 70 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-355 de 2006.
- 71 Al respecto, ver: Corte Constitucional de Colombia, sentencias T-988 de 2007; T-209 de 2008; T-388 de 2009; T-009 de 2009; T-505 de 2010; T-841 de 2011; T-636 de 2011; T-301 de 2016.
- 72 Según la Corte Constitucional: "Así mismo, se debe destacar que el derecho fundamental a la IVE identificado por la jurisprudencia constitucional a partir de la sentencia C-355 de 2006 no se agota en la realización de un procedimiento médico; este derecho tiene también componentes referidos a: (i) la información adecuada sobre el derecho para la mujer; (ii) la accesibilidad a los servicios médicos, psicológicos y de trabajo social, entre otros, necesarios para la realización del mismo; y (iii) la disponibilidad de los servicios en caso de configurarse las causales establecidas por la Corte Constitucional en la sentencia C-355 de 2006. En caso de encontrarse que los componentes de información, accesibilidad y disponibilidad del derecho han sido desconocidos, procede la declaración del daño consumado respecto de los mismos". Corte Constitucional. Sentencia T-301 de 2016. Magistrado Ponente: Alejandro Linares Cantillo. Párr. 160. La Corte Constitucional estableció al menos diez estándares y deberes de protección derivados del derecho fundamental a la IVE que deben seguir el Estado y los particulares. Estos son: 1) El deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva; 2) El deber de disponibilidad de los medios necesarios para la materialización de la IVE en todo el territorio nacional, en todos los niveles de complejidad y en cualquier etapa del embarazo; 3) El derecho a la intimidad en materia reproductiva y el deber de confidencialidad de los profesionales de la salud; 4) El derecho de las mujeres a decidir libre de apremios sobre la IVE, en las causales previstas en la sentencia C-355 de 2006; 5) La mujer gestante tiene de derecho a un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y condiciones de su embarazo; 6) La prohibición de dilaciones en la práctica de la IVE; 7) La emisión de certificado corresponde a los profesionales de la salud, quienes deberán actuar conforme los estándares éticos de su profesión; 8) El marco normativo no impone límites a la edad gestacional para la realización de la IVE; 9) Las menores de edad, incluyendo las menores de 14 años, tienen plena autonomía para decidir sobre la IVE; 10) Los profesionales de la medicina podrán eximirse de practicar la IVE por motivos de conciencia si y solo si se garantiza la prestación de este servicio en condiciones de calidad y de seguridad, sin imponer barreras ni cargas desproporcionadas a las mujeres. Estándares y deberes recogidos por la Corte Constitucional en la sentencia SU-096 de 2018.
- 73 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-209/08, supra nota 79.
- 74 Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T-697 de 2016, M.P. Gloria Stella Ortiz. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2016/t-697-16.htm#:~:text=As%C3%AD%2C%20dicha%20sentencia%20se%C3%B1al%C3%B3%20de,su%20desarrollo%20sexual%20y%20reproductivo>.
- 75 Al respecto, se señala que la Corte Constitucional, en ejercicio del control constitucional a la libertad de configuración legislativa, mediante la sentencia C-754 de 2015, dispuso que el Protocolo y el Modelo de Atención Integral en Salud para las Víctimas de Violencia Sexual, adoptado mediante Resolución 0459 de 2012 del Ministerio de Salud, no podía estar sujeto a la discrecionalidad de los operadores de salud. Esto, por cuanto el hecho de supeditar el acceso a servicios de aborto legal y seguro a la discrecionalidad de cada profesional o funcionario constituía una clara violación a la prohibición de discriminación en la garantía del derecho a la salud para las mujeres, a la luz de los artículos 49 y 93 de la Constitución Política. Corte Constitucional de Colombia. Sentencia C-754 de 2015. Magistrado Ponente: Gloria Stella Ortiz Delgado. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2015/C-754-15.htm>
- 76 Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Informe técnico "Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en el contexto de la pandemia por COVID-19. Periodo 1 de marzo a 31 de mayo de 2020". Ver también, González Vélez, Ana Cristina y Castro, Laura, *Barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo en Colombia*, Mesa por la Vida

- y la Salud de las Mujeres, 2016. Disponible en: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/996/Barreras_IVE_vf_WEB.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 77 Id.
- 78 Causa Justa es un movimiento que busca la libertad y la autonomía reproductiva de todas las mujeres sobre sus cuerpos y sus proyectos de vida. Está orientado a lograr la eliminación del delito de aborto del Código Penal contemplado en el Artículo 122, la regulación en la prestación de los servicios de salud para que se eliminen las barreras de acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo y el avance en la despenalización social de este derecho fundamental. Causa Justa está conformado por más de 90 organizaciones y 134 activistas de todo el país que trabajan por la defensa de los derechos de las mujeres a nivel nacional y reconocen la urgente necesidad de eliminar el delito de aborto del Código Penal. Para más información ver: www.causajustaporelaborto.com
- 79 Causa Justa. Disponible en: <https://causajustaporelaborto.com/causa-justa-busca/>
- 80 Corte Constitucional de Colombia, Auto, Expediente D-13956, fecha de 19 de octubre de 2020. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/secretaria/archivo.php?id=21000>
- 81 CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10, pág. 210.
- 82 CIDH, Comunicado de Prensa No. 118/14: La Presidenta de la CIDH culmina visita a Colombia, 10 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2014/118.asp>
- 83 Ver Women's Reproductive and Sexual Health as a Human Right, Child Family Health Int'l, disponible en: <https://www.cfhi.org/womens-reproductive-sexual-health-as-a-human-right>. Constitución de la República de Ecuador, tit. 2, cap. 2, art. 32 Oct. 20, 2008. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf.
- 84 Código Orgánico Integral Penal, art. 150, enero 28, 2014. Disponible en: https://tbineternet.ohchr.org/Treaties/CEDAW/Shared%20Documents/ECU/INT_CEDAW_ARL_ECU_18950_S.pdf
- 85 Ministerio de Salud Pública, Atención del Aborto Terapéutico: Guía Práctica Clínica (2015). Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terap%C3%A9utico.pdf>.
- 86 Zoe Carpenter, Ecuador's Crackdown on Abortion is Putting Women in Jail, *The Nation* (May 20-27, 2019). Disponible en: <https://www.thenation.com/article/world/ecuador-abortion-miscarriage-prosecution>. Testimonios sugieren que los médicos suelen ir más allá de la simple denuncia de las mujeres a la policía. Algunas mujeres afirman que estas las interrogaron y las presionaron para que confesaran un aborto ilegal, mientras estaban en medio de una emergencia médica o amenazaron con no atender una condición médica crítica hasta que confesaran.
- 87 Zoe Carpenter, Las Comadres is Fighting to Make Abortion Safe in Ecuador – Even While it's Illegal, *THE NATION* (May 7, 2019). Disponible en: <https://www.thenation.com/article/world/abortion-activism-prosecutions-ecuador/>.
- 88 Asamblea General de Naciones Unidas, Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer sus causas y consecuencias, Visita a Ecuador, de fecha de 22 de mayo de 2020, UN Doc. A/HRC/44/52/Add.2, párr. 28.
- 89 Esta Comisión ha alertado sobre la alarmante información relativa a "la prevalencia de mortalidad materna mujeres jóvenes causadas por lesiones autoinfligidas", y constató que en El Salvador varias niñas embarazadas habrían puesto fin a sus vidas ante la falta de opciones para asumir embarazos no deseados, producto de violaciones sexuales. CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10, pág. 259; El MESECVI ha indicado que "Entre las consecuencias psicológicas caben destacar la falta de autonomía, miedo, depresión, angustia, estrés postraumático, ansiedad y mayores riesgos de suicidio". MESECVI, Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará, pág. 8, párr. 7. La OPS ha referido que "[a]demás de las consecuencias físicas, el embarazo precoz tiene diversas implicaciones para la salud mental, como ansiedad, depresión, estrés postraumático (especialmente cuando el embarazo es el resultado de un acto de violencia sexual), pensamientos e ideas de suicidio, y muerte por suicidio consumado". OPS, Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, supra nota 4, pág. 25. En su informe temático sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica el Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer refirió que "el embarazo en la adolescencia tiene[...] efectos duraderos en la integridad física y la salud mental de las niñas"
- y que "[a] escala mundial, el embarazo y el parto considerados conjuntamente son la segunda causa de muerte de las niñas de 15 a 19 años de edad, es decir, que son las más expuestas al riesgo de morir o sufrir lesiones graves para toda la vida a consecuencia del embarazo". Asamblea General de Naciones Unidas, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, 8 de abril de 2016. UN Doc. A/HRC/32/44, párr. 34
- 90 "Observando que una vez que los adolescentes han alcanzado un cierto punto de madurez, ciertas decisiones, si las toman por ellos los adultos, se considerarán una intervención en el ejercicio de sus derechos". Corte Constitucional de Ecuador, Sentencia No. 003-18-PJO-CC, Caso No. 0775-11-JP, pág. 46, junio 27, 2018. Disponible en: <http://portal.corteconstitucional.gob.ec:8494/FichaRelatoria.aspx?numdocumento=003-18-PJO-CC>.
- 91 Id. Párr. 65 ("Así, no basta con que la persona sea libre de decidir, sino que se requiere que esa decisión esté fundamentada en cierta información, que sea adoptada con responsabilidad, así como que sea voluntaria.")
- 92 Ver, BBC, Ecuador Abortion: National Assembly Rejects Easing Law in Rape Cases, sep. 18, 2019, disponible en: <https://www.bbc.com/news/world-latin-america-49739495>.
- 93 El Comercio, 28-S: La 'marea verde' exige en calles y plazas de Ecuador la despenalización del aborto para las víctimas de violación, septiembre 29 2020. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/macha-mujeres-quito-despenalizacion-aborto.html>
- 94 GK, Grupos feministas presentan nueva acción para pedir la despenalización del aborto por violación, 10 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://gk.city/2020/11/10/accion-despenalizar-aborto-violacion/>
- 95 CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10, págs. 260-261.
- 96 Ley de Desarrollo Social (Decreto no. 42-2001) Artículo 26. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6724.pdf?view=1>
- 97 Id.
- 98 Artículo 137 del Código Penal de Guatemala establece: "No es punible el aborto practicado por un médico, con el consentimiento de la mujer, previo diagnóstico favorable de por lo menos otro médico; si se realizó sin la intención de

- procurar directamente la muerte del producto de la concepción y con el solo fin de evitar un peligro, debidamente establecido, para la vida de la madre, después de agotados todos los medios científicos y técnicos."
- 99 Ver por ejemplo, Organización Mundial de la Salud, Adolescent pregnancy (Visitado el 10 de agosto de 2020) <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>; UNFPA, Adolescent pregnancy (Visitado el 10 de agosto de 2020) <https://www.unfpa.org/adolescent-pregnancy>; Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, (2018), pág. 17 y 25; Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años en América Latina y el Caribe, Lima, Perú, (enero 2011), pág. 16..
- 100 Código Penal (C.P.) decreto 17-83 del Congreso de la República, art. 173 (Guat.) disponible en http://www.un.org/depts/los/LEGISLATIONANDTREATIES/PDFFILES/GTM_codigo_penal.pdf. Reformado por la Ley Contra la Violencia Sexual, Explotación y Trata de Personas, decreto N 9-2009 (16 de marzo de 2009) (Guat.) disponible en http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_normativa/ley-contra-la-violencia-sexual-explotacion-y-trata-de-personas_-_decreto_9-2009_-_guatemala.pdf
- 101 Gobierno de Guatemala. Gobierno de Guatemala Presenta Ruta de Atención a Niñas Embarazadas de 14 años, 2016 disponible en: <https://www.svet.gob.gt/noticias/gobierno-de-guatemala-presenta-ruta-de-atencion-a-ni%C3%B1as-embarazadas-menores-de-14-a%C3%B1os> Ver también: Rutas Internas, Abordaje de Embarazos en Niñas y Adolescentes menores de 14 años de edad, 2016 disponible en: https://issuu.com/svetcomunicacionsocial/docs/rutas_internas0310
- 102 Ministerio de Salud pública y asistencia social. Guía para la atención integral de la hemorragia del primer y segundo trimestre y del post-aborto y sus complicaciones (1ª ed. 2011) disponible en <https://abortion-polices.srhr.org/documents/countries/02-Guatemala-First-and-Second-Tri-mester-post-abortion-care-2011.pdf>.
- 103 CIDH. Informe Anual 2018: Capítulo V Seguimiento de Recomendaciones Formuladas por la CIDH en sus Informes de País o Temáticos. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2018/docs/ia2018cap.5gu-es.pdf>
- 104 Id.
- 105 Constitución Política de la República de Nicaragua. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_const.pdf
- 106 Ley N.o 641, Código Penal de Nicaragua, artículo 143. Disponible en: https://www.oas.org/juridico/spanish/mesicic3_nic_codigo_penal.pdf
- 107 Id.
- 108 Ver tal como lo establece, Ley general de salud (Ley 434) y concordantes.
- 109 Por ejemplo, esta Comisión ha referido que "las niñas y adolescentes embarazadas producto de una violación sexual deben tener acceso a atención adecuada y oportuna, y se deben adoptar las medidas para garantizar sus derechos humanos, especialmente el derecho a la vida, integridad personal, a no ser objeto de violencia, y sexuales y reproductivos". CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10, pág. 262.
- 110 CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10, pág. 260; La Organización Mundial de la Salud recomienda el uso de protocolos y directrices estándar para poder mejorar significativamente la calidad del tratamiento y apoyo psicológico a las víctimas, así como las pruebas que se recogen. En algunos países, este protocolo forma parte de un "kit de pruebas de agresión sexual", comúnmente llamado kit de emergencia o kit de atención de víctimas de violencia sexual. Estos protocolos y directrices sobre el tratamiento de las mujeres víctimas de violación sexual deben incluir, entre otros: una evaluación del riesgo de embarazo; pruebas y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo, cuando sea apropiado, la prueba del VIH; el suministro de anticonceptivos de emergencia, asesoramiento sobre acceso al aborto en casos de embarazo; y la prestación de apoyo psicológico y de remisión. Organización Mundial de la Salud, World report on violence and health, Chapter 6: Sexual violence, pág. 166. Disponible en: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/global_campaign/en/chap6.pdf?ua=1. Ver también, Organización Mundial de la Salud, Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations, pág. 2, recomendación 3.4, en donde se recomienda que se haga un esfuerzo especial para proporcionar información y servicios completos de anticoncepción, entre otras, a las sobrevivientes de la violencia sexual, y en particular, garantizarles acceso a la anticoncepción de emergencia y se recomienda que, ante el riesgo de la violencia sexual, se garantice el acceso a métodos anticonceptivos, en particular la anticoncepción de emergencia, y también al aborto seguro, todo con el fin de salvaguardar la salud de las mujeres. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/102539/9789241506748_?sequence=1; El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer refirió la necesidad de las mujeres de tener acceso al aborto en casos de violación. Asamblea General de Naciones Unidas, Informe del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, 8 de abril de 2016. UN Doc. A/HRC/32/44, párr. 81; y el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha referido la necesidad de que se garanticen a todas las adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y que responda a las necesidades de los adolescentes a la información, los bienes y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos, entre otros, los anticonceptivos de emergencia y los servicios de aborto en condiciones seguras. Párr. 113.d). Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, (4 de abril de 2016), UN Doc. A/HRC/32/32.
- 111 CIDH, Informe Anual 2018: Capítulo IV.B Nicaragua. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2018/docs/IA2018cap.4B.NI-es.pdf>
- 112 El artículo 119 del Código Penal de Perú establece que "No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente". Código Penal de Perú, artículo 119, 1991. Disponible en: http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/CODIGOPENAL.pdf
- 113 Ministerio de Salud, Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal, aprobada mediante Resolución No. 486-2014/MINSA, 27 de junio del

- 2014, Lima. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3795.pdf>.
- 114 CIDH, Informe Anual 2017 Cap. 4A. pág. 85, disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2017/docs/IA2017cap.4A-es.pdf> y CIDH. Comunicado de Prensa No. 243/18. CIDH finaliza visita de trabajo a Perú. 16 de noviembre de 2018, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/243.asp>
- 115 PROMSEX, A pesar de la sentencia del Poder Judicial, persiste la obligación del Ministerio de Salud para distribuir de manera libre y gratuita la anticoncepción oral de emergencia (AOE), 5 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://promsex.org/a-pegar-de-la-sentencia-del-poder-judicial-persiste-la-obligacion-del-ministerio-de-salud-para-distribuir-de-manera-libre-y-gratuita-la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-aoe/>. [PROMSEX, A pesar de la sentencia del Poder Judicial, persiste la obligación del Ministerio de Salud para distribuir de manera libre y gratuita la anticoncepción oral de emergencia (AOE)]
- 116 Mediante Resolución No. 3 el 19 de agosto de 2016 se concedió una medida cautelar bajo los siguientes términos: "En tal contexto, advirtiéndose que en el caso en calificación concurren copulativamente los presupuestos exigidos para concederse tutela cautelar, corresponde sea otorgada la misma. Sin embargo, teniendo en cuenta que la distribución a nivel nacional del anticonceptivo requiere de un plazo prudencial para su efectivo cumplimiento, debido a que está supeditado a dictarse por la entidad emplazada la normativa y lineamientos técnicos para su adecuada ejecución, deberá disponer un plazo razonable para el cumplimiento del mandato. Por tales razones, en conformidad con los fundamentos que se exponen y acorde al numeral 15 del Código Procesal Constitucional; SE RESUELVE: DECLARAR FUNDADA la medida cautelar innovativa solicitada por Violeta Cristina Gómez Hinostraza; en consecuencia, ORDENO que la demandada Ministerio de Salud, en el plazo de treinta días, distribuya de manera provisional en forma gratuita, en todos los Centros de Salud a nivel nacional, el "Anticonceptivo Oral de Emergencia Levonorgestrel"; bajo apercibimiento de hacerse efectiva las medidas coercitivas previstas en los artículos 22 y 59 del Código Procesal Constitucional" (énfasis fuera del original). Primer Juzgado Constitucional de Lima. Resolución No. 3. 19 de agosto de 2016.
- 117 PROMSEX, A pesar de la sentencia del Poder Judicial, persiste la obligación del Ministerio de Salud para distribuir de manera libre y gratuita la anticoncepción oral de emergencia (AOE), supra nota 114.
- 118 OPS, Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe, supra nota 4, pág. 17.
- 119 Los órganos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos han establecido la importancia de que los Estados garanticen los derechos sexuales y reproductivos, y han reconocido la relación entre su disfrute con el de otros derechos como la vida, la integridad personal, la salud, la dignidad, la no discriminación, el acceso a la información y a la educación. Ver, por ejemplo, Corte IDH, Caso Artavia Murillo y otros ("fecundación in vitro") vs. Costa Rica. Sentencia del 28 de noviembre de 2012. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf; Caso I.V. vs. Bolivia. Sentencia del 30 de noviembre de 2016. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf; CIDH. Soluciones Amistosa: Paulina Ramírez Jacinto de México, en 2007, disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm>; y María Mamérita Mestanza de Perú, en 2003, disponible en: <https://www.cidh.oas.org/women/Peru.12191sp.htm>; CIDH. Informes temáticos: Acceso a la Información en Materia Reproductiva desde una Perspectiva de Derechos Humanos, de 2011, disponible en: <https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/mujeresaccesoinformacionmateria-reproductiva.pdf>; Acceso a Servicios de Salud Materna desde una Perspectiva de Derechos Humanos, de 2010, disponible en: <http://cidh.org/women/saludmaterna10Sp/SaludMaternalNDICE.htm>; Informe sobre la condición de la mujer en las Américas, de 1997, disponible en: <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Mujeres98/Mujeres98.htm>; CIDH. Informes de País: Tercer informe sobre la situación de los derechos humanos en Paraguay, Doc. OEA/Ser./L/VII.110, 9 de marzo 2001, disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/Paraguay01sp/indice.htm>; Tercer informe sobre la situación de los derechos humanos en Colombia, Doc. OEA/Ser.L/V/II.102, 26 febrero 1999, disponible en: <http://www.cidh.org/countryrep/Colom99sp/indice.htm>; y CIDH. Comunicado de Prensa 164/17. CIDH exhorta a todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, 27 de octubre de 2017, disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/165.asp>
- 120 La COVID-19 es una enfermedad infectocontagiosa causada por el virus SARS-COV-2, que, en virtud de la magnitud de la expansión del contagio por todo el mundo, ha sido considerada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante "OMS") como una pandemia. OMS, Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020- Disponible en: <https://www.who.int/es/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- 121 Organización Panamericana de la Salud (OPS), PAHO COVID-19 Daily Update: 26 November 2020. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/paho-covid-19-daily-update-26-november-2020>
- 122 CIDH. Resolución No. 1/2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. 10 de abril de 2020, pág. 7. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf> [CIDH. Resolución No. 1/2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas].
- 123 Id.
- 124 "Stay-at-home restrictions and other measures restricting the movement of people contribute to an increase in genderbased violence, a finding confirmed by media reports, 1 official statements2 and information received from OHCHR field presences and human rights defenders in many countries. Women and girls already in abusive situations are more exposed to increased control and restrictions by their abusers, with little or no recourse to seek support". Oficina del Alto Comisionado de los Derechos Humanos de Naciones Unidas, Covid-19 And Women's Human Rights: Guidance, 15 de abril de 2020. Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/COVID-19_and_Womens_Human_Rights.pdf. [OACDH, Covid-19 And Women's Human Rights]
- 125 En el Guidance Note sobre la CEDAW y el COVID-19 este Comité miró con preocupación las desigualdades y los riesgos exacerbados de violencia de género y discriminación que la pandemia tienen para las mujeres. Comité CEDAW, Guidance Note on CEDAW and COVID-19, abril de 2020. Disponible en: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/centro-covid/docs/Covid-19/CEDAW-Guidance-note-COVID-19.pdf>
- 126 "Across every sphere, from health to the economy, security to social protection, the impacts of COVID-19 are exacerbated for women and

- girls simply by virtue of their sex". Naciones Unidas, Policy Brief, The Impact of COVID-19 on Women (April 9, 2020) pg. 2 (traducción libre) Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf.
- 127 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pronunciamento sobre la pandemia del COVID-19 y los derechos económicos, sociales y culturales (abril 6, 2020), UN Doc. E/C.12/2020/1, para 8. Disponible en: <https://undocs.org/E/C.12/2020/1>
- 128 CIDH. Resolución No. 1/2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, supra nota 121; Ver también: Corte IDH. Declaración No. 1/2020. COVID-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales. 9 de abril de 2020, pág. 2. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/declaracion_1_20_ESP.pdf.
- 129 CIDH. Resolución No. 1/2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, supra nota 121, pág. 2.
- 130 UN Women, Violence against women and girls: the shadow pandemic. Statement by Phumzile Mlambo-Ngcuka, Executive Director of UN Women, abril 6, 2020. Disponible en: <https://www.unwomen.org/en/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>
- 131 CIM, COVID-19 en la vida de las mujeres: Razones para reconocer impactos diferenciados, disponible en: <http://www.oas.org/es/cim/docs/ArgumentarioCOVID19-ES.pdf> [CIM, COVID-19 en la vida de las mujeres].
- 132 UNODC, Global Study on Homicide: Gender-related killing of women and girls, 2018, disponible en: https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/GSH2018/GSH18_Gender-related_killing_of_women_and_girls.pdf; Comisión Interamericana de Mujeres (CIM/OEA), Dialogo CIM, Coronavirus: Una pandemia mundial que afecta diferenciadamente a las mujeres, 2020. Disponible en: <https://dialogocim.wordpress.com/2020/03/18/coronavirus-una-pandemia-mundial-que-afecta-diferenciadamente-a-las-mujeres/>
- 133 CIM, COVID-19 en la vida de las mujeres, supra nota 130.
- 134 Deutsche Welle (DW), Cuarentena por Coronavirus dispara Violencia contra las mujeres en América Latina, abril 27, 2020. Disponible en: <https://www.dw.com/es/cuarentena-por-coronavirus-dispara-violencia-contra-las-mujeres-en-am%C3%A9rica-latina/a-53261868>; Deutsche Welle (DW), América Latina lucha contra la violencia de género en tiempos del coronavirus, marzo 31, 2020. Disponible en: <https://www.dw.com/es/am%C3%A9rica-latina-lucha-contra-la-violencia-de-g%C3%A9nero-en-tiempos-del-coronavirus/a-52971832>.
- 135 Corporación Sisma Mujer, 2020. Comportamiento de las violencias contra las mujeres en el marco de la pandemia del COVID-19 en Colombia, Boletín No. 20, abril, págs. 5-6. Disponible en: <https://www.sismamujer.org/wp-content/uploads/2019/07/Bolet%C3%ADn-Sisma-Mujer-COVID-19-y-DH-de-las-mujeres-en-Colombia.pdf>
- Véase, también: <https://www.rcnradio.com/politica/en-la-cuarentena-se-han-presentado-19-casos-de-feminicidio>
- 136 Vicepresidencia de la República de Colombia. La crisis del COVID-19: impacto diferencial y desafíos para las mujeres en Colombia. Disponible en: http://www.observatoriomujeres.gov.co/archivos/publicaciones/Publicacion_37.pdf
- 137 Es una línea telefónica para mujeres mayores de 18 años que habitan en Bogotá, creada desde febrero del 2015 con el objetivo de contribuir en la garantía de los derechos de las mujeres a una vida libre de violencias y a una salud plena. A través de esta línea se realiza: orientación, atención psicosocial, acompañamiento y seguimiento telefónico. En promedio, cada llamada tiene una duración de 45 minutos, tiempo que reconoce las voces de las mujeres a fin de acompañar en la identificación de sus necesidades, intereses, expectativas y avanzar en el reconocimiento de sus derechos, así como en las posibles actuaciones para la activación de rutas de acuerdo al caso ante instituciones competentes (Fiscalías, Comisarías de Familia, Hospitales, CAVIF, CAPIV, Casas de Justicia, entre otros) para el restablecimiento de sus derechos.
- 138 Al respecto ver: <https://www.eltiempo.com/bogota/coronavirus-en-colombia-mujeres-victimas-de-violencia-tendran-mas-canales-de-atencion-486702>
- 139 FILAC. Abuso sexual: cada día de cuarentena hay 22 niñas y 4 niños víctimas, 2 julio, 2020. Disponible en: <https://www.filac.org/wp/comunicacion/actualidad-indigena/abuso-sexual-cada-dia-de-cuarentena-hay-22-ninas-y-4-ninos-victimas/>
- 140 CIDH. Comunicado de Prensa 166/2020, La CIDH expresa su enérgica condena por la violación sexual de niñas y adolescentes indígenas y llama a Colombia a investigar los hechos con la debida diligencia, 21 de julio de 2020. Disponible en: <https://mailchi.mp/dist/cidh-expresa-enrgica-condena-por-violacin-sexual-de-nias-y-adolescentes-indigenas-y-llama-a-colombia-a-investigar-hechos-con-la-debida-diligencia?e=0d6b7312de>
- 141 Defensoría del Pueblo. Siguen los casos de violencia sexual en el conflicto armado, incluso durante el confinamiento. 25 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.defensoria.gov.co/es/nube/comunicados/9353/Siguen-los-casos-de-violencia-sexual-en-el-conflicto-armado-incluso-durante-el-confinamiento-Defensor%C3%ADa-mujeres-v%C3%ADctimas-violencia-sexual-rutas-de-atenci%C3%B3n-gu%C3%ADa.htm>
- 142 Alcaldía Mayor de Bogotá. 2 de abril de 2020. Balance del Consejo de Seguridad. Disponible en: <https://bit.ly/2XJ891w>
- 143 NotiMundo, En Ecuador 15 niños han fallecido por violencia y abuso sexual desde marzo a junio de 2020, junio 26 de 2020, <https://notimundo.com.ec/en-ecuador-15-ninos-han-fallecido-por-violencia-y-abuso-sexual-desde-marzo-a-junio-de-2020/>.
- 144 El Comercio. 186 delitos sexuales, denunciados en 20 días de aislamiento, 20 de abril de 2020. disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/delitos-sexuales-denunciados-aislamiento-coronavirus.html>
- 145 Fiscalía General del Estado de Ecuador, Respuesta a solicitud de información emitida por SURKUNA, s/n, septiembre de 2020. Fecha de corte: 4 de agosto de 2020.
- 146 Id.
- 147 Será en junio 2020 cuando mediante Resolución 057-2020 del Consejo de la Judicatura y Resolución 033-FGE-2020 de la Fiscalía General del Estado, se reabren paulatinamente los servicios judiciales in situ y comienza a aumentar el número de denuncias.
- 148 Primicias Ec, El Embarazo adolescente creció en los meses más duros de la pandemia, 21 de noviembre de 2020. Disponible en: https://www.primicias.ec/noticias/sociedad/embarazo-adolescente-crecio-meses-pandemia/?utm_source=twitter&utm_medium=&utm_term=&utm_content=&utm_campaign=
- 149 Fiscalía General del Estado, Denuncia en Línea Violencia contra la Mujer.

- Disponible: <https://www.fiscalia.gob.ec/denuncia-en-linea-violencia-contra-la-mujer/>
- 151 Entrevistas abogadas de Surkuna que atienden la línea de atención a víctimas.
- 152 Observatorio en Salud Reproductiva (OSAR), Monitoreo de embarazos en adolescentes al 20 de mayo 2020, Disponible en: <https://osarguatemala.org/monitoreo-de-embarazos-en-adolescentes-entre-10-y-19-anos-al-20-de-mayo-2020/>. Ver también, Prensa Libre, "Guatemala registra casi dos mil embarazos en niñas de 10 a 14 años en este 2020", 10 de junio de 2020. Disponible en: <https://www.prensalibre.com/guatemala/comunitario/guatemala-registra-casi-dos-mil-embarazos-en-ninas-de-10-a-14-anos-en-este-2020/>
- 153 La Hora, Investigación: el COVID-19 no detuvo violaciones en niñas y adolescentes, 16 de agosto de 2020. Disponible en: <https://lahora.gt/investigacion-el-covid-19-no-detuvo-violaciones-en-ninas-y-adolescentes/>
- 154 Agencia Ocote, Encerradas y en silencio: Denunciar durante la cuarentena en Guatemala, abril 30, 2020. Disponible en: <https://www.agenciaocote.com/blog/2020/04/30/encerradas-y-en-silencio-denunciar-durante-la-cuarentena-en-guatemala/>
- 155 Id.
- 156 Id.
- 156 La Prensa, Violencia sexual a niñas y adolescentes en Nicaragua es alarmante, advierten organizaciones, septiembre 12 de 2020. Disponible en: <https://www.laprensa.com.ni/2020/09/12/nacionales/2719932-violencia-sexual-a-ninas-y-adolescentes-en-nicaragua-es-alarman-te-advierten-organizaciones>
- 157 Información Puntual «Periodismo Comprometido con la verdad», "Nicaragua reporta 35 feminicidios en el primer semestre del 2020". 2 de junio de 2020. Disponible en : <https://ipnicaragua.com/nicaragua-reporta-35-femicidios-en-el-primer-semestre-de-2020/>
- 158 Esta Honorable Comisión ya ha expresado preocupación por la falta de información oficial y fidedigna en Nicaragua. Ver, CIDH, Informe temático, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, supra nota 6 para 147, "La Comisión observa de manera particular el contexto de ausencia de cifras e información estadística actualizada, precisa y confiable en algunos países de la región como Cuba, Venezuela y Nicaragua. La CIDH ha recibido información dando cuenta de una preocupante restricción general en el acceso a información relativa a cifras y estadísticas en materia de derechos de las mujeres, incluyendo presupuestos asignados, así como cifras relacionadas con problemáticas fundamentales o delitos relacionados con violencia contra la mujer, y en aquellos casos en los que los datos están disponibles, algunos varios años de antigüedad" (citas omitidas).
- 159 La Línea 100 es "un servicio gratuito de 24 horas, especializado en brindar información, orientación, consejería y soporte emocional a las personas afectadas o involucradas en hechos de violencia familiar o sexual y a quienes conozcan sobre algún caso de maltrato en su entorno mediante atención telefónica a nivel nacional". Ver: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, Línea 100. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=13>
- 160 Congreso de la República. Sesión extraordinaria de la Comisión de la Mujer y Familia. 12 de mayo de 2020. Disponible en: [https://www.facebook.com/canalcongresoperu/videos/238525654228955/?__cft__\[0\]=AZUlm-9Nw37mgwmdDbYQoGmtlV6UAa6E2dFpLNPwScs_NAKjdaEpdmr4EU3xvbXvpTAM-12meqdaWY221xuBnd4tqR9YLBE5atriHEwKhLYbVTzGd7LeiEWFEKlKEjrbqwEV3DNb60G9GDabiTDZudFvtx8cDE6aql8LAGNyWnIjesmsYJmR10GIW6eo1LOIPv2h8AKegTGYV5cKo30IRSAPm&__tn__=kC%2CP-y-R](https://www.facebook.com/canalcongresoperu/videos/238525654228955/?__cft__[0]=AZUlm-9Nw37mgwmdDbYQoGmtlV6UAa6E2dFpLNPwScs_NAKjdaEpdmr4EU3xvbXvpTAM-12meqdaWY221xuBnd4tqR9YLBE5atriHEwKhLYbVTzGd7LeiEWFEKlKEjrbqwEV3DNb60G9GDabiTDZudFvtx8cDE6aql8LAGNyWnIjesmsYJmR10GIW6eo1LOIPv2h8AKegTGYV5cKo30IRSAPm&__tn__=kC%2CP-y-R) [en adelante: Congreso de la República, Sesión extraordinaria de la Comisión de la Mujer y Familia].
- 161 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Programa Nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar – AURORA. Boletín Estadístico. Enero-agosto 2020. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/contigo/contenidos/pncontigo-articulos.php?codigo=33>
- 162 La República, "350 violaciones a niñas y 21 feminicidios han ocurrido durante la cuarentena", 11 de junio de 2020, Disponible en: <https://larepublica.pe/sociedad/2020/06/11/feminicidios-350-violaciones-a-ninas-y-21-asesinatos-han-ocurrido-durante-la-cuarentena-revela-ministerio-de-la-mujer/>
- 163 Wayka, Más 33 mil partos de niñas y adolescentes registrados este año, 29 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://wayka.pe/mas-33-mil-partos-de-ninas-y-adolescentes-registrados-este-ano/>
- 164 Ministerio de Salud de Perú, Consultas Dinámicas: Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea, Características de la Madre, menores de 14 años. Disponible en: <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwmadre-new.aspx>.
- 165 Según el RENIEC en 2019, 27 799 niñas entre 10 y 17 años registraron a sus recién nacidos. Ver, Agencia Wayka "Más 33 mil partos de niñas y adolescentes registrados este año", 29 de septiembre de 2020. Disponible en: <https://wayka.pe/mas-33-mil-partos-de-ninas-y-adolescentes-registrados-este-ano/>
- 166 Ver, Ministerio de Salud (MINSA), Consultas dinámicas, Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. Disponible en: <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwmadrenew.aspx>
- 167 Agencia EFE, "Doce feminicidios y 226 violaciones deja la cuarentena por el COVID-19 en Perú", 9 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/doce-feminicidios-y-226-violaciones-deja-la-cuarentena-por-el-covid-19-en-peru/20000013-4242478>
- 168 Defensoría del Pueblo, ¿Qué pasó con ellas durante el aislamiento obligatorio? Reporte Igualdad y Violencia N° 05 - Junio 2020 - Balance semestral. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/07/Reporte-N-5-Qu%C3%A9-pas%C3%B3-con-ellas-Balance-semestral.pdf>
- 169 Ver por ejemplo, Comité de Derechos Humanos (CDH), Observación Gen. No. 36: sobre el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, relativo al derecho a la vida, párr. 8, Doc. ONU CCPR/C/GC/36, 3 de septiembre de 2019, disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CCPR/GC/Article6/GC/Article6_SP.pdf; Comité CEDAW, L.C. v. Peru, Comm'n No. 22/2009, Doc. ONU.CEDAW/C/50/D/22/2009, 2011 disponible en: <https://undocs.org/es/CCPR/%20C/85/D/1153/2003>; Comité CEDAW, Recomendación general No. 35: Violencia de género contra la mujer, actualización la Recomendación general No. 19, párrs. 18 y 40(c), Doc. ONU CEDAW/C/GC/35, 2017, disponible en: <https://undocs.org/es/CEDAW/C/GC/35> [CEDAW, Recomendación Gen. No. 35]; Comité contra la Tortura (CAT), Observaciones finales: Grecia, párrs. 24 y 25, Doc. ONU CAT/C/GRC/7, 2018, disponible en: <https://undocs.org/en/CAT/C/GRC/7>; CAT, Observaciones finales: Perú, Doc. ONU CAT/C/PER/CO/5-6, 2013, párr. 15(a), disponible en: <https://undocs.org/es/CAT/C/PER/CO/5-6>
- 170 Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), esta crisis está teniendo "un impacto considerable en el acceso de las mujeres

- a la atención sanitaria y, en particular, a los servicios de salud sexual y reproductiva". UNFPA, COVID-19 Situation Report No.4, Latin America and the Caribbean Region, Reporting period May 14 to June 2. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LACRO_COVID-19_Regional_Sitrep_4_June_5.pdf
- 171 CIM, COVID-19 en la vida de las mujeres, supra nota 130, pág. 18-19
- 172 CIDH, Comunicado de Prensa No. 217/20: La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva, supra nota 3.
- 173 Información proporcionada por organizaciones de la sociedad civil. Para mayor información ver, Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala: COVID-19. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GT%20Informe%20de%20Situacio%CC%81n%20No.%204%20EHP-OCR%20COVID19%2020200429%20FINAL%202.pdf>
- 174 Información proporcionada por organizaciones de la sociedad civil.
- 175 Wayka Perú, "Arequipa: Hospitales colapsados no entregan kit de emergencia a víctimas de violencia sexual", (8 de junio de 2020). Disponible en: <https://wayka.pe/arequipa-hospitales-colapsados-no-entregan-kit-de-emergencia-a-victimas-de-violencia-sexual/>. Además, la Defensoría del Pueblo ha publicado un informe especial sobre la importancia de la aplicación del enfoque de género en las medidas tomadas por el Gobierno durante el contexto del COVID-19, en donde, entre otras cosas, detalla que "es indispensable contar con un diagnóstico sobre el acceso efectivo a los métodos de planificación familiar, la AOE y a los kits de emergencia. Más aun considerando que por el confinamiento social obligatorio, muchas mujeres y niñas se encuentran expuestas a violación sexual y a embarazos no deseados". Defensoría del Pueblo de Perú, Adjuntía para los Derechos de la Mujer, Importancia de la aplicación del enfoque de género en las medidas tomadas por el Gobierno durante el contexto de la COVID-19, Serie Informes Especiales N°016-2020-DP, mayo 2020, pág. 24. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/06/Serie-Informes-Especiales-N%C2%B0-016-2020-DP-importancia-de-la-aplicacion-del-enfoque-de-genero-en-las-medidas-tomadas-por-el-gobierno-durante-el-contexto-de-la-covid-19.pdf>, [Defensoría del Pueblo, Informe Especial, mayo 2020]
- 176 Información proporcionada por organizaciones de la sociedad civil.
- 177 La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. (2020). "Informe técnico: Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en el contexto de la pandemia por Covid-19. Período 1 de marzo- 31 de mayo de 2020". Disponible en: <https://despenalizaciondelaborto.org.co/wp-content/uploads/2020/12/Inf-tecnico-Covid19-v9-1.pdf>
- 178 Surkuna, Movimiento de Mujeres de El Oro, Fundación Lunita Lunera y Fundación Mujer & Mujer, Encuesta virtual: Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador, págs. 1 y 5. Disponible en: https://libreseinformadas.org/wp-content/uploads/2020/09/resultados_monitoreo_de_servicios_de_salud_sexual_y_salud_reproductiva_compressed.pdf. [Surkuna, Encuesta virtual: Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador].
- 179 La CIDH refiere que "aunque la población pudiese acceder a tal información, se encuentran con barreras de lenguaje, ya que por ejemplo existe escasa o nula información sobre Covid-19 en lenguas originarias". CIDH, Comunicado de Prensa R206/2020. Estados de la región deben acelerar políticas de acceso universal a internet durante la pandemia del COVID-19 y adoptar medidas diferenciadas para incorporar a grupos en situación de vulnerabilidad, 31 de agosto de 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/expresion/showarticle.asp?ID=2&artID=1182>. [CIDH, Comunicado de Prensa R206/2020]
- 180 Naciones Unidas, Informe: El impacto del COVID-19 en América Latina y el Caribe, julio de 2020. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Informe%20-%20El%20impacto%20del%20COVID-19%20en%20Am%C3%A9rica%20Latina%20y%20el%20Caribe%2028Julio%202020%29.pdf>
- 181 Los departamentos de Huehuetenango, Baja Verapaz, Quetzaltenango y Suchitepéquez tienen un porcentaje de entre 50% y 75% de población indígena. Los departamentos de Sacatepéquez, San Marcos y Petén tienen una población indígena que abarca entre 25% y 50% del total; y solo 10 departamentos, tienen una población indígena menor del 25% (Guatemala, El Progreso, Escuintla, Santa Rosa, Retalhuleu, Izabal, Zacapa, Chiquimula, Jalapa y Jutiapa), CIDH, Situación de los derechos humanos en Guatemala: Diversidad, desigualdad y exclusión (2015), pág. 39, nota pie 80, citando PNUD. Informe Nacional de Desarrollo Humano 2005: La diversidad étnico-cultural y la ciudadanía en un Estado plural, 2005, pág. 66; OACNUDH-América Central. Diagnóstico sobre la Situación de los derechos humanos de los pueblos indígenas de América Central, 2011. Tomo I, pág. 192 y UNICEF y FUNPROEIB Andes. Atlas sociolingüístico de pueblos indígenas en América Latina. Tomo 2, 2009, pág. 853.
- 182 Información proporcionada por organizaciones de la sociedad civil. Para más información ver, Naciones Unidas en Guatemala. Guatemala: COVID-19, pág. 9. Disponible en: <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/GT%20Informe%20de%20Situacio%CC%81n%20No.%204%20EHP-OCR%20COVID19%2020200429%20FINAL%202.pdf>
- 183 UNFPA, Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos en Perú. Disponible en: https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.pdf
- 184 Id.
- 185 Wayka Perú, Arequipa: Hospitales colapsados no entregan kit de emergencia a víctimas de violencia sexual, 8 de junio de 2020. Disponible en: <https://wayka.pe/arequipa-hospitales-colapsados-no-entregan-kit-de-emergencia-a-victimas-de-violencia-sexual/>.
- 186 Surkuna, Encuesta virtual: Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador, supra nota 176.
- 187 UNFPA. Informe Técnico Covid-19: un Enfoque de Género. Proteger la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos y Promover la Igualdad de Género. Disponible en <https://www.unfpa.org/es/resources/covid-19-un-enfoque-de-g%C3%A9nero>
- 188 UNFPA, Latin America and the Caribbean Region COVID-19 Situation Report No. 4, 2 de junio de 2020. Disponible en: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/LACRO_COVID-19_Regional_Sitrep_4_June_5.pdf
- 189 García, Andrea; Nandi, Meghna; Mux, Sandy; Chary, Anita y Kirsten Austad. Anticoncepción durante COVID-19: experiencias de comunidades rurales e indígenas en Guatemala, Medical Anthropology Quarterly, junio 19 de 2020. Disponible en: <http://medanthroquarterly>.

- org/2020/06/19/anticoncepcion-durante-covid-19-experiencias-de-comunidades-rurales-e-indigenas-en-guatemala
- 190 CIDH, Frente a la pandemia del COVID-19, la CIDH manifiesta preocupación por la situación especial de riesgo que enfrentan las personas privadas de libertad en la región. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/212.asp>
- 191 UNAIDS, Six concrete measures to support women and girls in all their diversity in the context of the covid-19 pandemic, 2020, pág. 3. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-girls-covid19_en.pdf [UNAIDS, Six concrete measures to support women and girls in all their diversity in the context of the covid-19 pandemic].
- 192 Ver, por ejemplo: Actual, El aborto, «esencial»: unos 1.600 equipos de protección al día para matar y no para salvar vidas, 6 de abril de 2020, disponible en: <https://www.actuall.com/vida/el-aborto-esencial-unos-1-600-equipos-de-proteccion-al-dia-para-matar-y-no-para-salvar-vidas/>; Siete24, VIDA Y FAMILIA ¿Son esenciales clínicas de aborto en medio de contingencia sanitaria?, 23 de abril, 2020. Disponible en: <https://siete24.mx/vida-y-familia/son-esenciales-clinicas-de-aborto-en-medio-de-contingencia-sanitaria/>
- 193 ACI Prensa, Bolsonaro desautoriza borrador que consideraba el aborto como servicio esencial, 5 de junio de 2020, disponible en: <https://www.aciprensa.com/noticias/bolsonaro-desautoriza-borrador-que-consideraba-el-aborto-como-servicio-esencial-13009>
- 194 Ver: Genero e número, Só 55% dos hospitais que ofereciam serviço de aborto legal no Brasil seguem atendendo na pandemia, junio 2, 2020). Disponible en: <http://www.generonumero.media/so-55-dos-hospitais-que-ofereciam-servico-de-aborto-legal-no-brasil-seguem-atendendo-na-pandemia/>
- 195 El Universal. Sin opción: Disminuyen abortos legales hasta 40% durante cuarentena. Retrieved from: <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/sin-opcion-disminuyen-abortos-legales-hasta-40-durante-cuarentena/>; El Mostrador. 2020. Salud sexual y reproductiva y acceso al aborto legal en tiempos de Coronavirus. Retrieved from: <https://www.elmostrador.cl/braga/2020/04/18/salud-sexual-y-reproductiva-y-acceso-al-aborto-legal-en-tiempos-de-coronavirus/>
- 196 Ministerio de Salud (MINSA), Resolución Ministerial No. 217-2020-MINSA, Directiva Sanitaria No. 094-MINSA/2020DGIESP para garantizar la salud de las gestantes, 23 de abril de 2020. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/483433-217-2020-minsa> .[MINSA, Directiva Sanitaria No. 094]
- 197 Id. párr. 6.3.14.
- 198 Ver: El Espectador, Los dilemas alrededor del aborto en Colombia durante la pandemia, 2020. Disponible en: <https://www.elespectador.com/coronavirus/los-dilemas-alrededor-del-aborto-en-colombia-durante-la-pandemia-articulo-915825>
- 199 Información recolectada por la organización Mesa Nacional por la Vida y Salud de las Mujeres en RCN, En el confinamiento, unas 30 mujeres han reportado barreras para acceder al aborto, julio 13, 2020. Disponible en: <https://www.rcnradio.com/recomendado-del-editor/en-el-confinamiento-unas-30-mujeres-han-reportado-barreras-para-acceder-al>
- 200 El Espectador, Los dilemas alrededor del aborto en Colombia durante la pandemia, supra nota 196.
- 201 Al respecto, destacamos la última sentencia T-284 de 2020 proferida por la Corte Constitucional donde, en el caso de una adolescente de 16 años, que quería acceder a la interrupción voluntaria del embarazo por afectación a su salud mental y su proyecto de vida, el juez que conoció del amparo, las entidades e instituciones prestadoras de salud, e incluso, el Alto Tribunal desconocieron estándares y deberes derivados del derecho fundamental a la IVE reconocidos por la Corte, como: 1) El deber de suministrar información oportuna, suficiente y adecuada en materia reproductiva; 2) El derecho de las mujeres a decidir libre de apremios sobre la interrupción voluntaria de embarazo, en las causales previstas en la sentencia C-355 de 2006; 3) El derecho de la mujer gestante a un diagnóstico oportuno y actual sobre el estado y condiciones de su embarazo; y que 4) el marco normativo no impone límites a la edad gestacional para la realización de la IVE
- 202 Información recolectada por la organización Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- 203 Información recolectada por SURKUNA, organización no gubernamental feminista
- 204 MSP, Egresos hospitalarios por embarazo terminado en aborto, [000-008] 2019 y 2020, Respuesta a solicitud de información Oficio Nro. MSP-DNEAIS-2020-0262-O.
- 205 Centro de Derechos Reproductivos, Surkuna, Women's Link Worldwide, et al, Carta al Presidente Lenín Moreno sobre la preocupante situación que las mujeres y niñas están enfrentando en el Ecuador por la falta de acceso efectivo a servicios de salud sexual y salud reproductiva, en particular la atención a emergencias obstétricas y acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en los casos legalmente previstos por el marco normativo nacional, en la emergencia sanitaria derivada del COVID-19 en Ecuador, 16 de junio de 2020, núm. 8f. Disponible en: <https://www.womenslinkworldwide.org/files/3121/carta-a-lenin-moreno.pdf>; y La pandemia aumenta las dificultades de acceso a la salud sexual y reproductiva, EL MERCURIO (Julio 8, 2020), <https://ww2.elmercurio.com.ec/2020/07/08/la-pandemia-aumenta-las-dificultades-de-acceso-a-la-salud-sexual-y-reproductiva/>;
- 206 Surkuna, Encuesta virtual: Acceso y Atención en Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva durante la pandemia por COVID-19 en Ecuador, supra nota 176, pág. 7. l
- 207 Id., pág. 8.
- 208 El Comercio, Mujer es procesada por 'aborto consentido'; la denuncia salió de un hospital, 2020. Disponible en: <https://www.elcomercio.com/actualidad/mujer-procesada-aborto-denuncia-bolivar.html>
- 209 Wambra, Parir, abortar, vivir. La importancia del acceso a derechos sexuales y reproductivos durante la pandemia. 14 de mayo de 2020. Disponible: <https://wambra.ec/parir-abortar-vivir-durante-pandemia/>
- 210 Id.
- 211 Ver, Wayka. De 786 víctimas de violación, menos de la mitad recibió el 'kit' que previene embarazo, 12 de agosto de 2020. Disponible en: <https://wayka.pe/de-786-victimas-de-violacion-menos-de-la-mitad-recibio-el-kit-que-previene-embarazo/>
- 212 Información recolectada por la organización Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- 213 Información recolectada por la organización Surkuna.
- 214 Wayka. Piura: Niegan Atención a gestante en hospital colapsado tras crisis de COVID 19. 3 de mayo de 2020. Disponible en: <https://wayka.pe/piura-niegan-atencion-a-gestante-en-hospital-colapsado-tras-crisis-por-covid-19/>
- 215 MINSA, Directiva Sanitaria No. 094, supra nota 194, núm. 6.3.9
- 216 Defensoría del Pueblo, Estado de emergencia sanitaria: Supervisión a hospitales de

- Lima y Callao sobre los servicios de atención de salud materna. Serie Informes Especiales N° 13-2020-DP, Lima: mayo, 2020, pág. 29. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/05/Serie-Reportajes-Especiales-N%C2%BA-013-DP-2020-Estado-de-emergencia-sanitaria-Supervisi%C3%B3n-a-hospitales-de-Lima-y-Callao-sobre-los-servicios-de-atenci%C3%B3n-de-la-salud-materna.pdf>.
- 217 En total el Ministerio de Salud Pública refiere 133 de MM – 121 dentro de los 42 días de puerperio, y 12 de mortalidad materna tardía (después de los 42 de puerperio). Ver, infra.
- 218 Ministerio de Salud Pública, Gaceta epidemiológica de muerte materna SE 39 Ecuador 2020, pág.1 Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/Gaceta-SE-39-MM.pdf>.
- 219 Id., pág. 4.
- 220 Open Democracy. Mujeres de América Latina 'bajo presión' para aceptar cesáreas durante la pandemia, 16 de julio, 2020. Disponible en: <https://www.opendemocracy.net/es/5050/mujeres-de-america-latina-bajo-presion-para-aceptar-cesareas-durante-la-pandemia/> [Open Democracy. Mujeres de América Latina 'bajo presión' para aceptar cesáreas durante la pandemia].
- 221 Con Criterio. Hospitales cierran puertas a embarazadas: "vuelvan hasta la hora del parto", 3 de julio, 2020. Disponible en: <http://concritorio.gt/hospitales-cierran-puertas-a-embarazadas-vuelvan-hasta-la-hora-del-parto/>
- 222 Open Democracy. Mujeres de América Latina 'bajo presión' para aceptar cesáreas durante la pandemia, supra nota 118.
- 223 Wayka. Piura: Niegan Atención a gestante en hospital colapsado tras crisis de COVID 19. <https://wayka.pe/piura-niegan-atencion-a-gestante-en-hospital-colapsado-tras-cri-sis-por-covid-19/>
- 224 Confidencial. "Sentía pánico todo el tiempo": El miedo de parir en una pandemia, 8 de agosto, 2020. Disponible en: <https://confidencial.com>.
- ni/sentia-panico-todo-el-tiempo-el-miedo-de-parir-en-una-pandemia/
- 225 Open Democracy. Mujeres de América Latina 'bajo presión' para aceptar cesáreas durante la pandemia, supra nota 219.
- 226 Id.
- 227 Id.
- 228 Ver: Defensoría del Pueblo, Estado de Emergencia Sanitaria: Supervisión a hospitales de Lima y Callao sobre los servicios de atención de la salud materna, mayo de 2020. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/05/Serie-Reportajes-Especiales-N%C2%BA-013-DP-2020-Estado-de-emergencia-sanitaria-Supervisi%C3%B3n-a-hospitales-de-Lima-y-Callao-sobre-los-servicios-de-atenci%C3%B3n-de-la-salud-materna.pdf>
- 229 UNAIDS, Six concrete measures to support women and girls in all their diversity in the context of the covid-19 pandemic, supra nota 190, pág. 7.
- 230 Información recolectada por la organización Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- 231 "La CIDH y su Relatoría Especial [para la libertad de Expresión] han identificado que las comunidades indígenas, las mujeres, los afrodescendientes, los niños, niñas y adolescentes, entre otros grupos con necesidades específicas, están sufriendo limitaciones de forma desproporcionada en el acceso y asequibilidad de las tecnologías digitales. Esta brecha digital refuerza las desigualdades preexistentes que sufren estos grupos de personas y que han sido ampliamente documentadas" (énfasis añadido). CIDH, Comunicado de Prensa R206/2020, supra nota 177.
- 232 La CIDH refirió que el "problema de la desconexión de estos grupos de los tendidos de redes de Internet, [...] supone dificultades para acceder derechos, incluyendo las ayudas financieras que los gobiernos están ofreciendo para paliar las necesidades derivadas de la pandemia". Asimismo, la CIDH señala que "el acceso a Internet también tiene un vínculo directo con el acceso a la educación" y que, "permitir interacciones descentralizadas, instantáneas, sin bloqueos y sin límites de frontera, Internet constituye una condición sine qua non para el ejercicio efectivo de los derechos humanos, como la libertad de expresión y opinión, de asociación y reunión, así como el acceso a los derechos a la salud, la educación,
- el trabajo y la cultura". CIDH, Comunicado de Prensa R206/2020, supra nota 177.
- 233 Consejo Danés para Refugiados. Colombia: Informe Evaluación Rápida de Necesidades y de Protección ante COVID-19 – DRC, pág. 17. En: <https://r4v.info/es/documents/details/76051> . Señalamos que este miedo a la deportación no es infundado, ya que se ha documentado que Migración Colombia ha deportado a mujeres venezolanas víctimas de trata de personas por su situación migratoria irregular en contravía de un enfoque de derechos humanos hacia la trata
- 234 Al respecto, ver: Consejo Danés para Refugiados. Colombia: Informe Evaluación Rápida de Necesidades y de Protección ante COVID-19 – DRC, pág. 17. En: <https://r4v.info/es/documents/details/76051>; Semana. Proyecto Migración Venezuela. Xenofobia, el otro contagio. En: <https://migravenezuela.com/web/articulo/xenofobia-el-otro-contagio/1842>; La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres. Migrantes Venezolanas en Colombia: Barreras de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo. 2019; Profamilia. Evaluación de las necesidades insatisfechas en salud sexual y salud reproductiva de la población migrante venezolana en cuatro ciudades de la frontera colombo-venezolana, 2019. pág.40; Profamilia. (2020). Desigualdades en salud de la población migrante y refugiada venezolana en Colombia. pág. 36. Recuperado de: <https://www.profamilia.org.co/wp-content/uploads/2020/04/Desigualdades-en-salud-de-la-poblacion-migrante-y-refugiada-venezolana-en-Colombia-Como-manejar-la-respuesta-local-dentro-de-la-emergencia-humanitaria.pdf>
- 235 CIDH. Comunicado de Prensa No. 106/20, CIDH presenta sus observaciones y recomendaciones preliminares tras la histórica visita in loco a Venezuela para monitorear la situación de derechos humanos, 8 de mayo de 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/106.asp>.
- 236 Id.
- 237 Id.
- 238 Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. En adelante, "Convención Belém Do Pará".
- 239 Este tratado internacional fue ratificado por el Ecuador el 30 de junio de 1995, Guatemala el 4 de enero de 1995, Nicaragua el 5 de octubre de 1995 y Perú, el 4 de febrero de 1996. Colombia presentó su adhesión el 3 de octubre de 1996,

- la cual surte los mismos efectos jurídicos que la ratificación.,
- 240 Convención Belém Do Pará, preámbulo
- 241 Id., arts. 3 y 6
- 242 Id., art. 4a, 4b, 4c, 4d, 4e, 4f.
- 243 Id., art. 7.b).
- 244 Corte IDH: Penal Miguel Castro Castro v. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 160, 311, nov. 25, 2006; Corte IDH. Fernández Ortega y otros v. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 215, 12, agosto 30, 2010; Corte IDH. Rosendo Cantú v. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 216, 109, agosto 31, 2010; Corte IDH. J. v. Perú, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 275, 367, nov. 27, 2013; Corte IDH. Espinoza González v. Perú, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 289, 197, nov. 20, 2014; Corte IDH. Favela Nova Brasilia v. Brasil, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 333, 255, feb. 16, 2017; Corte IDH. Caso V.R.P., V.P.C. y otros Vs. Nicaragua, infra nota 271; Corte IDH., López Soto y otros v. Venezuela, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 362, 124, sep. 26, 2018; Corte IDH., Mujeres víctimas de tortura sexual en Atenco v. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 371, 179, nov. 28, 2018. Corte IDH. Caso Guzmán Albarracín y otras Vs. Ecuador, infra nota 252. CIDH: Raquel Martín de Mejía v. Perú, Caso 10.970, Informe No. 5/96, OEA/Ser.L/V/II.91 Doc. 7 at 168, 1996. Disponible en: <http://www.cidh.org/annualrep/95eng/Peru10970.htm>; Ana, Beatriz y Cecilia González Pérez v. México, Caso 11.565, Informe 53/01, 1999. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/annualrep/2000sp/CapituloIII/Fondo/Mexico11.565.htm>; Acceso a la información, violencia contra las mujeres y administración de justicia, OEA/Ser.L/V/II.154, Doc. 19, 93 a 109, mar. 27, 2015. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/acceso-informacion.pdf>; Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica, OEA/Ser.L/V/II. Doc. 63, dic. 9 2011. Disponible en: <https://www.cidh.oas.org/pdf%20files/MESOAMERICA%202011%20ESP%20FINAL.pdf> [CIDH, Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica]
- 245 CIDH, Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual en Mesoamérica, supra nota 243, pág. 120; Ver también Comité DESC, Observación Gen. No. 22, infra nota 245, párr. 39; CEDAW, Recomendación Gen. No. 35, supra nota 168, pág. 31.
- 246 Corte IDH: González y otras ("Campo Algodonero") v. México, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 205, 401, nov. 16, 2009. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf; Velásquez Paiz y otros v. Guatemala, Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia (ser. C) No. 307, 180-183, nov. 19, 2015. Disponible en: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_307_esp.pdf; MESCEVI, Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil, supra nota 6.
- 247 Por ejemplo, la CIDH destacó "la importancia de adoptar protocolos adecuados para garantizar el acceso legal, oportuno y gratuito a métodos anticonceptivos de emergencia y a información veraz, suficiente e imparcial para acceder a la interrupción legal del embarazo, especialmente cuando se trata de niñas de corta edad". CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes, supra nota 10, pág. 260.
- 248 Comité DESC, 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), Doc. E/C.12/GC/22, párr. 45. [Comité DESC, Observación Gen. No. 22].
- 249 CIDH. CIDH condena el secuestro y la violación sexual colectiva en contra de una, niña indígena de 12 años y la falta de investigación adecuada en Colombia, 29 de junio, 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/153.asp>
- 250 CIDH. La CIDH expresa su energía condena por la violación sexual de niñas y adolescentes indígenas y llama a Colombia a investigar los hechos con la debida diligencia, 17 de julio, 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/166.asp>
- 251 Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia, Doc. ONU CEDAW/C/COL/CO/7-8, 29 de octubre, 2013. Disponible en: <https://undocs.org/sp/CEDAW/C/COL/CO/7-8>
- 252 Comité CEDAW, Observaciones Finales sobre el noveno informe periódico de Colombia. Doc. ONU CEDAW/C/COL/CO/9. 2019. Párr. 37 y 38.c. Disponible en: <https://undocs.org/sp/CEDAW/C/COL/CO/9>
- 253 Ver: Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Colombia, Doc. ONU. CRC/C/COL/CO/4-5, 6 de marzo de 2015. Disponible en: <https://undocs.org/es/CRC/C/COL/CO/4-5>
- 254 Comité de los Derechos del Niño. Examen de los informes presentados por los Estados Partes en virtud del artículo 8 del Protocolo facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados, Doc. ONU CRC/C/OPAC/COL/CO/1, 21 de junio de 2010. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2012/8569.pdf>
- 255 Corte IDH. Caso Guzmán Albarracín y Otras Vs. Ecuador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de junio de 2020. Serie C No. 405. [en adelante, Corte IDH. Caso Guzmán Albarracín y Otras Vs. Ecuador.
- 256 Id., párr. 120.
- 257 Id., párr. 139.
- 258 Id., párr. 142.
- 259 Comité CEDAW. Observaciones finales sobre los informes periódicos octavo y noveno combinados del Ecuador. Doc. ONU CEDAW/C/ECU/CO/8-9, 11 de marzo de 2015. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10813.pdf>
- 260 Comité de los Derechos del Niño. Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados del Ecuador, Doc. ONU. CRC/C/ECU/CO/5-6, 26 de octubre de 2017. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%-2FPPRiCAqhKb7yhstxzRpKg2T%2F0DuGrW-Bu6B9KRi8vaMWWaYut%2FdqAXFe5uPFgHE->

- se garanticen a todas las adolescentes el acceso confidencial, no discriminatorio y que responda a las necesidades de los adolescentes a la información, los bienes y los servicios sobre salud sexual y reproductiva, incluidos, entre otros, los anticonceptivos de emergencia y los servicios de aborto en condiciones seguras. Párr. 113.d). Asamblea General de las Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, (4 de abril de 2016), UN Doc. A/HRC/32/32.
- 284 Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud, Visita a Ecuador 2020, supra nota 24, párr. 48. También ver, MESECVI, Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém do Pará, supra nota 4 refiriendo que "La gravedad de esta situación se profundiza cuando las víctimas son niñas y cuando éstas quedan embarazadas como consecuencia de la violencia sexual".
- 285 Corte IDH, Caso Guzmán Albarracín y Otras vs. Ecuador, supra nota 254, párr. 109
- 286 Id., párr. 139
- 287 Id.
- 288 Id.
- 289 Comité de los Derechos del Niño, Observación general No. 20 sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, CRC/C/GC/20, (6 de diciembre de 2016), párr. 60.
- 290 Comité de los Derechos del Niño, Observación Gen. No. 15: sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24), Doc. ONU. CRC/C/GC/15, 2013, [en adelante: Comité de los Derechos del Niño, Observación Gen. No. 15];
- 291 Comité de los Derechos del Niño, Observación Gen. No. 20: sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, Doc. ONU. CRC/C/GC/20, 2016, disponible en: <https://undocs.org/es/CRC/C/%20GC/20>;
- 292 Id. párr. 28.
- 293 CIDH, Comunicado de Prensa No. 118/14: La Presidenta de la CIDH culmina visita a Colombia, 10 de octubre de 2014. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2014/118.asp>
- 294 Comité CEDAW. Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados de Colombia. Doc. ONU CEDAW/C/COL/CO/7-8, 29 de octubre de 2013. Disponible en: <https://undocs.org/es/CEDAW/C/COL/CO/7-8>
- 295 Id.
- 296 Comité CEDAW, Observaciones Finales sobre el noveno informe periódico de Colombia, supra nota 229.
- 297 Id.
- 298 Comité Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados de Colombia, Doc. ONU. CRC/C/COL/CO/4-5, 6 de marzo de 2015. Disponible en: <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2fPPRiCA-qhKb7yhsn0%2bCLkejgFudRm2l%2bDOL-Z9R%2bbKexZERICTOPOYwqcrJF2nTVB-m3lzVNKYdJ8lvWcXxtTcTF5QMItHjtWUMH-guUCbKc88eNb904jVYNUdqXg>
- 299 Corte IDH. Caso Guzmán Albarracín y otras Vs. Ecuador, supra nota 254, párr. 139
- 300 Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias, Visita al Ecuador supra nota 25, párr. 97(d).
- 301 CEDAW, Observaciones finales sobre Ecuador, supra nota 144, párr. 33(d).
- 302 Asamblea General de Naciones Unidas, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Visita a Ecuador, de fecha de 6 de mayo de 2020, UN Doc. A/HRC/44/48/Add.1, párr. 77 k); y l).
- 303 CIDH, Informe de país: Guatemala: Situación de derechos humanos en Guatemala, 31 de diciembre de 2017. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Guatemala2017-es.pdf>
- 304 Comité de Derechos Humanos, Observaciones finales: Guatemala, U.N. Doc. CCPR/C/GTM/CO/3 (19 de abril de 2012), párr. 20.
- 305 Id.
- 306 Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos quinto y sexto combinados de Guatemala, Doc. ONU CRC/C/GTM/CO/5-6. párr. 33 Disponible en: <https://undocs.org/es/CRC/C/GTM/CO/5-6>
- 307 Id.
- 308 Comité DESC, Observaciones finales sobre el tercer informe periódico de Guatemala (9 de diciembre de 2014), UN Doc. E/C.12/GTM/CO/3, párr. 23.
- 309 CIDH, Informe Anual 2018, Capítulo IV.B, Nicaragua, párr. 219. Disponible en: www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2018/docs/IA2018cap.4B.NI-es.pdf Ver también, CIDH, Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes supra, nota 10, para 202.
- 310 CIDH, Informe anual 2019: Capítulo IV.B Nicaragua. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/docs/anual/2019/docs/IA2019cap4BNI-es.pdf>
- 311 CIDH, MC 43-10 – "Amelia", Nicaragua (26 de febrero de 2010), disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/mujeres/proteccion/cautelares.asp>
- 312 MESCEVI, Informe país: Nicaragua, supra nota 275, párr. 38-39.
- 313 Id., párr. 64.
- 314 Comité DESC, Observación Gen. No. 22, supra nota 221, párr. 10.
- 315 CDH, Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos a Nicaragua, U.N. Doc. CCPR/C/NIC/CO/3 (12 de diciembre de 2008), párr. 13.
- 316 Id.
- 317 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. CIDH finaliza visita de trabajo a Perú. Noviembre 2018. <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/243.asp>; CDH, Observaciones finales de Perú, 2016, supra nota 64, párr. 56.
- 318 Id.
- 319 Id. párr. 9.
- 320 El Comité le recomendó a Perú: hacer extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa; garantizar la disponibilidad de servicios de aborto y el acceso de las mujeres a atención de calidad después de un aborto; eliminar las medidas punitivas contra las mujeres que abortan; asegurar que el ejercicio de la objeción de conciencia por los profesionales de la salud no impida el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, incluido el aborto; desarrollar la capacidad del personal médico en relación con el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva; y divulgar información sobre las directrices técnicas relativas al aborto terapéutico entre todo el personal de salud y velar por que al aplicar las directrices se dé una interpretación amplia al derecho a la salud física, mental y social. Comité CEDAW, Observaciones finales sobre los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú, 24 de julio de 2014. UN Doc. CEDAW/C/PER/CO/7-8, párr. 35b. Disponible en:

- <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10923.pdf>
- 321 Id., para 36 a, b, c, d, f, g.
- 322 Comité de los Derechos del Niño, Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú, 2 de marzo de 2016. UN Doc., CRC/C/PER/CO/4-5., párr. 54 b y c.
- 323 Id. párr. 56.b.
- 324 Por ejemplo, el Comité contra la Tortura, (CAT, por sus siglas en inglés), refirió en sus Observaciones finales de Perú de 2018, preocupación sobre las barreras persistentes en la falta de acceso al aborto terapéutico, ello, a pesar de aprobación de la Guía Técnica en el 2014. Comité contra la Tortura, Observaciones finales sobre el séptimo informe periódico del Perú, 18 de diciembre de 2018. UN Doc., CAT/C/PER/CO/7., párr. 40 [CAT, Observaciones finales de Perú, 2018].
- 325 El CAT le recomendó a Perú "revisar su legislación a fin de hacer extensiva la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo a los casos de violación, incesto y malformación fetal severa" y "... no criminalizar la atención médica que prestan los profesionales de la salud a las mujeres que la requieren como consecuencia de afecciones derivadas de abortos clandestinos", CAT, Observaciones finales, Perú, 2018, supra nota 323, párr. 41; Asimismo, en 2017 en el Examen Periódico Universal de Perú del Consejo de Derechos Humanos, varios países instaron a Perú para despenalizar el aborto o revisar su legislación. Por ejemplo, el Estado de Eslovenia instó a "[r]evisar la interpretación restrictiva del aborto terapéutico y despenalizarlo en casos de violación, incesto y malformación grave del feto" (párr. 111.95.) Otros de los Estados han sido: Suiza (párr. 111.96), Canadá (párr. 111.98), Finlandia (párr. 111.99) e Islandia (párr. 111.102). Consejo de Derechos Humanos, Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, Perú. 27 de diciembre de 2017. UN Doc., A/HRC/37/8. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G17/368/26/PDF/G1736826.pdf?OpenElement>
- 326 CIDH. Resolución No. 1/2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, supra nota 121, para 63.
- 327 Id, párr. 65.
- 328 Id, párr. 64
- 329 Id, párr. 51
- 330 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Declaración No. 1/2020. COVID-19 y Derechos Humanos: Los problemas y desafíos deben ser abordados con perspectiva de Derechos Humanos y respetando las obligaciones internacionales. 9 de abril de 2020, pág. 2. Disponible en: http://www.corteidh.or.cr/tablas/alerta/comunicado/declaracion_1_20_ESP.pdf.
- 331 Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESCEVI), Comunicado, Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará expresa preocupación por casos de violencia sexual y embarazo en niñas, Washington DC, 10 de julio de 2020. Disponible en: <https://mailchi.mp/oas/comit-de-expertas-expresa-preocupacin-por-casos-de-violencia-sexual-y-embarazo-en-nias-1116524?e=f227b9ae18>.
- 332 Id.
- 333 Joint statement by the Special Rapporteur and the EDVAW Platform of women's rights mechanisms COVID-19 and increase in gender-based violence and discrimination against women, 14 de julio de 2020. Disponible en: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=26083&LangID=E> [Joint statement by the Special Rapporteur and the EDVAW Platform of women's rights mechanisms COVID-19 and increase in gender-based violence and discrimination against women]
- 334 Id.
- 335 ONU Mujeres, Brief, Prevención de la violencia contra las mujeres frente a covid-19 en américa latina y el caribe, v.1.1., fecha de 23 de abril de 2020. Disponible en: https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documents/publicaciones/2020/05/es_prevenccion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresbrief%20espanol.pdf?la=es&vs=3033.
- 336 Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), Nota informativa sobre COVID-19 y la CEDAW (Guidance Note on CEDAW and COVID-19). Disponible en: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/CEDAW/Statements/CEDAW_Guidance_note_COVID-19.docx.
- 337 Naciones Unidas, Policy Brief, The Impact of COVID-19 on Women (April 9, 2020), pág. 17. "At the same time, support services are struggling. Judicial, police and health services that are the first responders for women are overwhelmed, have shifted priorities, or are otherwise unable to help. Civil society groups are affected by lockdown or reallocation of resources. Some domestic violence shelters are full; others have had to close or have been repurposed as health centres" Disponible en: https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/policy_brief_on_covid_impact_on_women_9_apr_2020_updated.pdf.
- 338 CIDH. Resolución No. 1/2020: Pandemia y Derechos Humanos en las Américas, supra nota 121, para 53.
- 339 CIDH, Comunicado de Prensa 2020/074, "La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto", de 11 de abril de 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp>
- 340 CIDH, Comunicado de Prensa No. 217/20: La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva, supra nota 3.
- 341 CIDH, Comunicado de Prensa, 250/2020, "En el Día Internacional de la Niña, la CIDH insta a los Estados a fortalecer la protección de niñas y adolescentes durante la pandemia", 11 de octubre de 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/250.asp>.
- 342 Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESCEVI), Comunicado, Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará expresa preocupación por casos de violencia sexual y embarazo en niñas, supra nota 320.
- 343 Id.
- 344 OACDH, Covid-19 And Women's Human Rights, supra nota 123. Traducción libre: "Ensure continuity of sexual and reproductive health services, including access for everyone to maternal and new-born care; safe abortion and post-abortion care; contraception; antiretrovirals for HIV/AIDS; and antibiotics to treat STIs".
- 345 Joint statement by the Special Rapporteur and the EDVAW Platform of women's rights mechanisms COVID-19 and increase in gender-based violence and discrimination against women, supra nota 332.