



**CLADEM
PERÚ**

INFORME NACIONAL SOBRE EMBARAZO INFANTIL FORZADO EN EL PERÚ: AVANCES EN SU ATENCIÓN Y DESAFÍOS (2018-2021)

SEP - 2021



Informe Nacional sobre Embarazo Infantil Forzado en el Perú, su atención y desafíos. 2018-2021

© Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer - CLADEM Perú

Lima, setiembre, 2021.

Jirón Caracas 2624, Jesús María. Lima, Perú.

Correo electrónico: cladem.peru@gmail.com

Coordinadora CLADEM Perú: Gina Cedamano Rodríguez

Coordinación del proyecto: Lisbeth Guillén Chávez

Contenidos:

Victoria Solís Peña, María Ysabel Cedano García (Lima), Adriana Cabrera Boza y Catherine Rojas Gutiérrez (Arequipa), Ana Cecilia Cosme Méndez (Junín), Irma Ganoza (La Libertad), Victoria Juárez Upiachihua (Piura), Elvira Angulo Tuesta (San Martín), Katya Zamalloa Echegaray y Edelmira Ccoto Curi (Cusco)

Apoyo:

Ana Luna Guillén

Jacqueline Barrios La Torre

El Informe y la publicación forman parte de las acciones del proyecto "Vigilancia e incidencia para la prevención, atención y sanción del embarazo infantil forzado en Perú" financiado por el Fondo Fiduciario para la eliminación de la violencia contra las mujeres de las Naciones Unidas, ejecutado por CLADEM Perú entre setiembre de 2018 a agosto de 2021.

Las opiniones contenidas en la publicación son de responsabilidad de las autoras y no expresan necesariamente la opinión del Fondo Fiduciario.

ÍNDICE

Presentación	5
Aspectos Conceptuales a considerar	
¿Qué es un embarazo infantil forzado? ¿Por qué en menores de 14 años?	6
1. Resumen del Informe Nacional del año 2017	7
2. Prevalencia del embarazo infantil forzado en el periodo 2018-2019	9
2.1. Datos nacionales	9
2.2. Datos regionales	14
3. Marco Normativo Nacional para la Prevención y Atención del Embarazo Infantil Forzado en el Periodo 2018-2019	17
3.1. Perspectiva general	17
3.2. Prevención	17
3.3. Sanción	21
3.4. Atención	22
3.5. Estándares internacionales de los Comités de Naciones Unidas	29
4. Problemas en los servicios públicos de prevención, atención y erradicación del embarazo infantil forzado	31
4.1. Anotaciones sobre las fuentes utilizadas	31
4.2. Problemas comunes en todos los servicios para prevenir, atender y sancionar la violencia sexual y el EIF	33
4.2.1. Problemas en el sector educativo	36
4.2.2. Problemas en el sector justicia	43
4.2.2.1. Ministerio Público	43
4.2.2.2. Poder Judicial	46
4.2.3. Problemas en el sector mujer y poblaciones vulnerables	50
4.2.4. Problemas en el sector salud	53
4.3. Problemas en el registro y difusión de información sobre embarazos y maternidades forzadas en niñas	61
Conclusiones	64
Medidas urgentes	66
Anexo: Recomendaciones desde las Mesas de Diálogo	67

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Partos en niñas de 0 a 14 años a nivel nacional años 2018, 2019, 2020 y 2021	10
Figura 2. Partos en niñas de 0 a 10 años a nivel nacional	11
Figura 3. Niñas entre 12-14 que accedieron a la Anticoncepción Oral de Emergencia	12
Figura 4. Abortos terapéuticos en niñas de 0 a 14 años a nivel nacional	13
Figura 5. Niñas, adolescentes y mujeres investigadas por el Ministerio Público por el delito de aborto de 2019 a 2020	14
Figura 6. Partos en niñas de 0 a 14 años por regiones	15
Figura 7. Partos en niñas de 0 a 14 años por regiones hasta agosto de 2021	16
Figura 8. Niñas de 12 a 14 años que accedieron a la Anticoncepción Oral de Emergencia en regiones	16
Figura 9. Contenido de Kit básico y Kit completo	24

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Acceso al aborto terapéutico en niñas de 0 a 14 años	16
Tabla 2. Estándares Internacionales en los casos K.L. y L.C. contra Perú	30



PRESENTACIÓN

El presente informe ha sido elaborado por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM-Perú) en el marco del proyecto “Vigilancia e Incidencia para la Prevención, Atención y Sanción del Embarazo Infantil Forzado en Perú”, financiado por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la eliminación de la violencia contra las mujeres

La finalidad de este documento es presentar un **diagnóstico nacional sobre la situación del embarazo infantil forzado (en adelante EIF) en el periodo comprendido entre 2018 a 2021**. En 2017, nuestra red elaboró un primer informe nacional que daba cuenta del estado del EIF en los años 2015 y 2016; desde entonces, se han generado avances, cambios y desafíos que nos proponemos exponer en este informe.

Nos interesa, principalmente, visibilizar los obstáculos existentes en los distintos servicios públicos que impiden, por un lado, la prevención efectiva de la violencia sexual contra las niñas menores de 14 años. Además, los problemas presentes en los servicios de atención, que obstaculizan la protección integral de las niñas menores de 14 años en el sistema de justicia y en el sistema de salud, lo que incluye el acceso al kit de emergencia en casos de violación y el aborto terapéutico.

Considerando lo anterior, daremos una mirada a los datos relacionados al EIF generados por distintas instituciones del Estado, los cuales hemos obtenido mediante solicitudes de acceso a la información pública. Además, haremos una revisión a las normativas existentes sobre EIF y violencia sexual contra niñas menores de 14 años.

Finalmente, compartiremos algunas propuestas para hacer frente a esta problemática y garantizar un mejor acceso a los servicios que incluya la prevención efectiva de la violencia sexual, el acceso a la justicia y la atención integral de la salud como derechos humanos de las niñas, destacando medidas urgentes que el Estado peruano debe garantizar en el marco de sus obligaciones constitucionales e internacionales.

Recordamos que los embarazos forzados, al ser impuestos, equivalen a una forma de tortura contra las niñas, de acuerdo con los estándares internacionales de Derechos Humanos, por lo cual, el Estado peruano debe adoptar acciones para prevenir y erradicar el EIF.

Gran parte de los hallazgos que presentamos en este diagnóstico, se realizaron en base a la información compartida en las Mesas de Diálogo que CLADEM-Perú organizó en las regiones de Lima, Cusco, Arequipa, Piura, Junín, La Libertad y San Martín.

Las Mesas de Diálogo se realizaron de forma virtual, desde el año 2020 hasta mediados del 2021, lo que permitió convocar a funcionarios, funcionarias e integrantes de sociedad civil –aliadas/os en la lucha por los derechos de las niñas y mujeres– con la finalidad de identificar conjuntamente las principales problemáticas que afectan a las niñas víctimas de violencia sexual y embarazos forzados en los servicios públicos de educación, salud y justicia.

Por ello, el presente diagnóstico comparte una perspectiva descentralizada e interseccional de la problemática; en ese sentido, esperamos se convierta en un aporte dirigido al fortalecimiento de las respuestas estatales, así como la incidencia y vigilancia desde la sociedad civil.

ASPECTOS CONCEPTUALES A CONSIDERAR

¿QUÉ ES UN EMBARAZO INFANTIL FORZADO? ¿POR QUÉ NOS CENTRAREMOS EN LAS MENORES DE 14 AÑOS?

De acuerdo al CLADEM¹, el embarazo infantil forzado se produce cuando “una niña menor de 15 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo”.

Las causas del EIF son múltiples. En América Latina y el Caribe, la principal es la violencia sexual. Así ocurre en el Perú, ya que nuestra legislación protege la indemnidad sexual de las niñas menores de 14 años; es decir, no se reconoce su capacidad para consentir o no una relación sexual. En consecuencia, todo embarazo en una niña menor de 14 años debe ser considerado producto de una violación.

Otras causas del EIF es la ausencia de información y acceso a métodos anticonceptivos cuando las niñas se encuentran en edad de brindar su consentimiento sexual, lo cual puede ocurrir en los casos de niñas de 14 años cumplidos, a las que se les reconoce el ejercicio de la libertad sexual. Sin embargo, no se descarta que, en estos casos, las relaciones sexuales, aparentemente consentidas, presenten abuso de poder o episodios de violencia contra estas menores.

En el presente informe, nos centraremos únicamente en el embarazo infantil forzado que ocurre contra niñas menores de 14 años, pues deseamos resaltar el componente de especial vulnerabilidad que genera la violación sexual, la cual siempre estará presente en estos casos. De acuerdo a nuestra normativa penal (artículo N° 173 del Código Penal) a las niñas menores de 14 años se les protege su indemnidad sexual y no se les reconoce el consentimiento sexual; por ello, todo embarazo en niña menor de 14 debe considerarse producto de una violación sexual.

CLADEM considera que obligar a una niña que no ha terminado de crecer a **que lleve a término un embarazo infantil forzado y, por lo tanto, asumir una maternidad infantil forzada** debe ser calificado como tortura o trato cruel, inhumano y degradante, en los términos de la Convención de la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes y del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

El Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas ha señalado que negar el acceso a un aborto seguro a las niñas y mujeres embarazadas por violación es una vulneración por parte de los Estados a la **prohibición de tortura o tratados crueles inhumanos y degradantes** (Observación General N° 28)

El Comité de Derechos del Niño ha recomendado al Estado Peruano garantizar el **acceso al aborto terapéutico** para las niñas que lo necesiten debido al alto riesgo en sus vidas y **despenalizar el aborto en todas las circunstancias** (CRC/C/PER/CO/4-5)

¹ CLADEM y otros. 5ta Edición del Diplomado Virtual “Embarazos y maternidad infantil forzados en América Latina. 2021.

1.

RESUMEN DEL INFORME NACIONAL DEL AÑO 2017

En el año 2017, desde CLADEM Perú en articulación con el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, elaboramos un informe nacional sobre la situación del embarazo infantil forzado, como parte de la campaña latinoamericana “Embarazo infantil es tortura”.

Esta campaña, impulsada desde el CLADEM regional, buscaba visibilizar la problemática de los embarazos forzados en niñas menores de 14 años, a fin de diferenciarlos de los embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, que tenían hasta entonces mayor visibilidad y atención en la agenda pública.

Los resultados del informe pusieron de manifiesto graves violaciones a los derechos humanos de las niñas en el Perú. Además, una serie de omisiones a las obligaciones internacionales de prevención, atención y sanción de la violencia sexual por parte del Estado peruano. Entre los hallazgos se pueden mencionar:

- **La inexistencia de un registro público de embarazos en niñas menores de 14 años.** Solo se contaba con datos del Ministerio de Salud (MINSA, en adelante) sobre partos desagregados según la edad de la madre. Los resultados eran alarmantes: en 2016 se registró el parto de 1 162 niñas de 0 a 14; 4 de ellas tenían tan solo 10 años. Es decir, el mismo año en que se realizó la gran movilización “Ni Una Menos” en el Perú, cada día, un promedio de 3 niñas de 0 a 14 años tuvo que asumir una maternidad forzada, producto de un embarazo infantil forzado.
- **La condición socio-económica y la etnia fueron factores de riesgo que exponían a las niñas a maternidades forzadas.** Esto se relaciona a las mayores barreras que afrontan las niñas para acceder a los servicios de prevención, atención y denuncia de la violencia sexual, debido a la ausencia de políticas con enfoque intercultural e interseccional. Esto se demuestra en los datos sobre partos en niñas menores de 14 años en el 2016, que evidenciaron que, además de Lima (219), la mayor cantidad de maternidades infantiles forzadas se reportaron en Loreto (150) y San Martín (86).

- **El nivel de implementación de la Guía Nacional de aborto terapéutico² era extremadamente bajo, mucho más en el caso de las niñas.** A pesar que, de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA³, las niñas gestantes tienen hasta tres veces mayores riesgos de morir que una mujer adulta, eran las que menos accedían a la interrupción legal del embarazo. En 2016, se practicaron 311 abortos terapéuticos a nivel nacional, solamente 24 de ellos fueron realizados en adolescentes de 12 a 17 años. Ningún aborto legal se practicó en niñas de 10 años, pese a que ese año se registró el parto de 4 niñas de esa edad.

En el año en el que se elaboró dicho informe, no se contaba con ninguna normativa que, con estándares de atención diferenciados, facilitara el acceso de las niñas a la anticoncepción oral de emergencia en casos de violación sexual y al aborto terapéutico. Como hemos señalado, el cumplimiento de la Guía Nacional de Aborto Terapéutico, vigente desde 2014, era bastante deficiente, mucho más en los casos de niñas menores de 14 años.

A esto se suma que el acceso a la justicia de las niñas víctimas de EIF no era garantizado; en tres casos analizados en dicho informe se constató que la mayoría de agresores se encontraban prófugos a pesar de contar con mandatos de detención. Además, las niñas sufrieron constantes episodios de revictimización por parte de fiscales o jueces durante la investigación de la violación sexual, lo cual vulneraba los principios dispuestos en la Ley N° 30364⁴, vigente desde noviembre de 2015. El reglamento de esta ley entró en vigencia recién en junio del 2016.

Además, la implementación de políticas de prevención tan necesarias como la educación sexual integral estaban debilitadas a consecuencia de la arremetida fundamentalista que, desde el 2016, se organizó abiertamente contra el enfoque de igualdad de género en la educación e interpuso una acción popular contra el Currículo Nacional de Educación Básica, a través del colectivo “Padres en Acción”, con el objeto de erradicar dicho enfoque.

En las próximas páginas, abordaremos cómo ha cambiado el panorama desde entonces.

² Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 486-2014-MINSA. 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

³ UNFPA. Trabajando para que las y los jóvenes ingresen a la edad adulta como ciudadanos empoderados. Recuperado de: <https://lac.unfpa.org/es/temas/embarazo-en-adolescentes>

⁴ Ley N° 30364-Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar

2.

PREVALENCIA DEL EMBARAZO INFANTIL FORZADO EN EL PERIODO 2018-2021

En relación al embarazo infantil forzado, el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (en adelante MESECVI) ha recomendado a los Estados de la región desglosar la información y los datos sobre esta problemática e integrarlos en la formulación de políticas, programas y decisiones públicas.

Para dar inicio a nuestro diagnóstico, presentamos un análisis sobre los datos disponibles sobre el EIF en el Perú, en el ámbito nacional y departamental, los cuales han sido obtenidos, fundamentalmente, por solicitudes de acceso a la información pública.

2.1. Datos nacionales

El Perú todavía no cuenta con estadísticas sobre embarazo infantil forzado, solo hay estadísticas de la atención de partos diferenciados por grupo etario publicadas por el MINSA a través del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea (en adelante CNV).

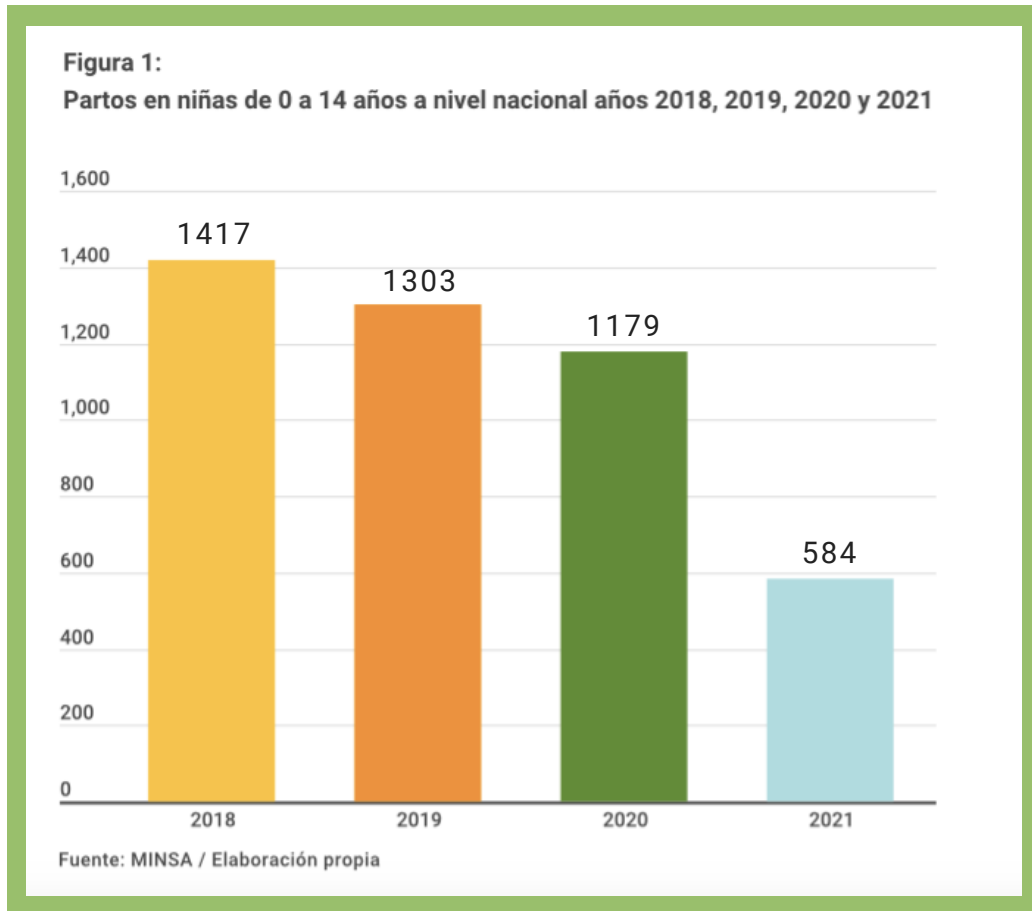
Dicho sistema es limitado, pues no contabiliza los partos en que el producto de la gestación nace sin vida; además, no es accesible para zonas rurales y amazónicas del país donde no se cuenta con una adecuada conexión a Internet para los registros *online* y una gran cantidad de partos son atendidos fuera del sistema de salud.

De acuerdo al CNV⁵, en los últimos tres años, 3 899 niñas de 0 a 14 años han tenido partos a nivel nacional: 1 417 en el 2018, 1303 en el 2019 y 1 179 en el 2020. A pesar que se advierte un descenso en las cifras, estas dan cuenta de una tendencia de más de mil cien casos cada año que no se logra revertir.

Considerando aquellas cifras y el reporte de casos de partos en niñas menores de 14 años registrados por el MINSA desde el año 2016, se tiene como resultado que, cada día, al menos 5 niñas menores de 14 años están siendo obligadas a asumir maternidades en el Perú. Estas maternidades deben considerarse forzadas, es decir, producto de una violación.

En 2021, esta realidad no deja de ser preocupante puesto que, hasta agosto, los partos en niñas de 0 a 14 años ascienden a 584.

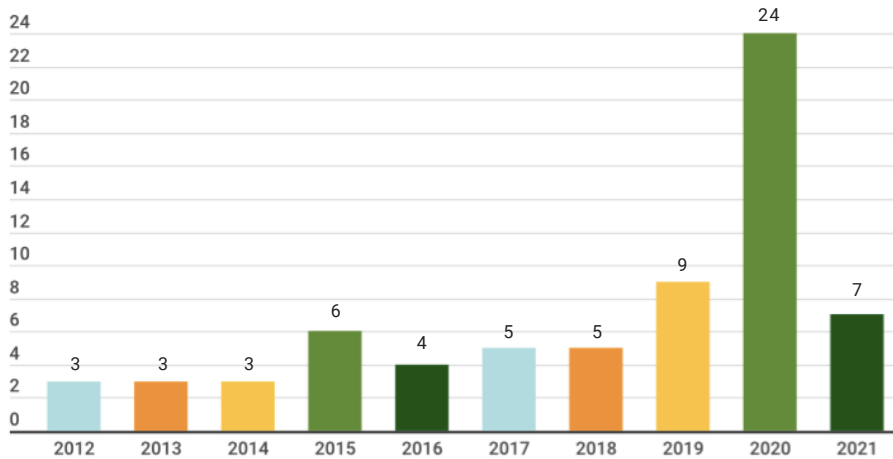
⁵ Sistema de Registro de Certificado de Nacido Vivo en Línea. Consultado en mayo del 2021. Disponible en: <https://www.minsa.gob.pe/cnv/>



A pesar de las dificultades para acceder al CNV, el 30% de los 3 899 partos registrados de 2018 a 2020 provienen de la selva y sierra, lo cual muestra que la etnia y el lugar de procedencia de las niñas se mantienen como factores de vulnerabilidad importantes frente al embarazo y la maternidad infantil forzada, tal como reportamos en el informe del 2017.

El panorama de maternidades forzadas es especialmente dramático en los casos de niñas de 0 a 10 años. Como puede advertirse en la siguiente gráfica, en 2018 fueron 5 niñas de este rango de edad las que tuvieron partos; en 2019, la cifra se incrementó a 9 casos; mientras que, en 2020, año en que llegó la pandemia al Perú, los partos en niñas de 0 a 10 años se cuadruplicaron respecto a la tendencia promedio reportada en años previos, representando el pico más alto desde el 2012. Lamentablemente, el 2021 sigue la tendencia del 2020: hasta agosto, son 7 los partos en niñas menores de 11 años que reporta el CNV.

Figura 2:
Partos en niñas de 0 a 10 años a nivel nacional



Fuente: MINSA / Elaboración propia

Este pico de casos en el grupo más vulnerable de niñas menores de 14 años representa un grave retroceso que, sin duda, es consecuencia de la falta de **debida diligencia reforzada** para enfrentar la violencia de género durante el Estado de Emergencia. Como alertaba ONU Mujeres y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos⁶, la pandemia no hizo sino recrudecer la violencia sexual infantil, y las débiles acciones de prevención y atención de casos por parte del Estado; es decir, los factores que año a año originan el embarazo forzado en niñas.

La debida diligencia reforzada es un principio del derecho internacional de derechos humanos en los casos de violencia contra niñas y mujeres. Exige que los Estados maximicen sus esfuerzos para prevenir, atender e investigar estos hechos, sancionando a los agresores y a los funcionarios que no actuaron inmediatamente; asimismo, exige brindar protección integral a las víctimas, como se desprende de pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Antes de la pandemia, la incidencia de violación sexual contra las niñas era preocupante y hacía visible que los principales agresores se encontraban en el entorno familiar y de confianza. En el 2018, el Ministerio Público reportó a nivel nacional 4 892 denuncias de este delito contra mujeres menores de 14 años, en el 2019 fue de 4 758 y en el 2020 las denuncias descendieron a 3 027. La disminución de denuncias en el 2020 se explica por las dificultades que se generaron para el acceso a los canales de denuncia durante los primeros meses del estado de emergencia sanitaria, como reportó la Defensoría del Pueblo⁷.

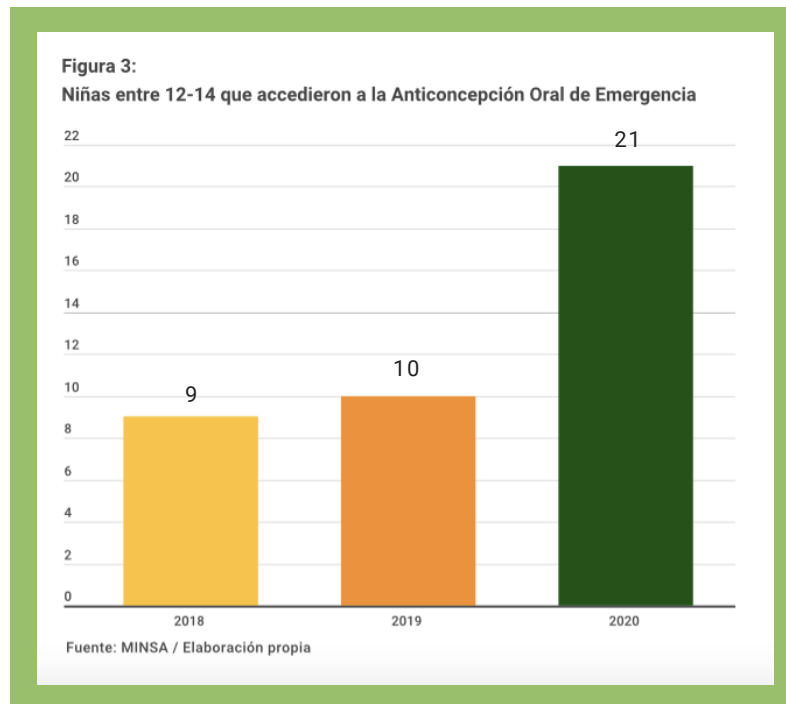
Si realizamos un cruce entre el total de denuncias por violación sexual infantil con el número de partos en niñas de 0 a 14 años que se reportaron del 2018 al 2020, se evidencian las fallas en la articulación entre los sectores justicia, salud y MIMP, pues las denunciadas no están recibiendo la atención integral a su salud sexual y reproductiva a la cual tienen derecho en el marco de la Ley N° 30364 y otras normativas que señalaremos más adelante.

⁶ Resolución N° 1/2020. Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. CIDH (2020). Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

⁷ Supervisión a los órganos jurisdiccionales especializados en violencia contra la mujer durante el Estado de Emergencia. Informe de Adjuntía N° 0018-2020-DP/ADM. Defensoría del Pueblo (2020) Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2021/07/Informe-de-ADM-018-Poder-Judicial.pdf>

El bajo acceso al kit de emergencia – necesario para prevenir embarazos forzados y enfermedades de transmisión sexual – da cuenta de ello. De acuerdo al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (en adelante MIMP), en el 2019 se distribuyeron 564 kits a mujeres víctimas de violencia sexual, en el 2020 fueron 1325⁸.

No obstante, de ese total, la cantidad entregada a niñas víctimas fue escasa. Según el MINSA, en los últimos tres años solamente 40 niñas de 12 a 14 años a nivel nacional, accedieron a la anticoncepción oral de emergencia (en adelante AOE): 9 en el 2018, 10 en el 2019 y 21 en el 2020.

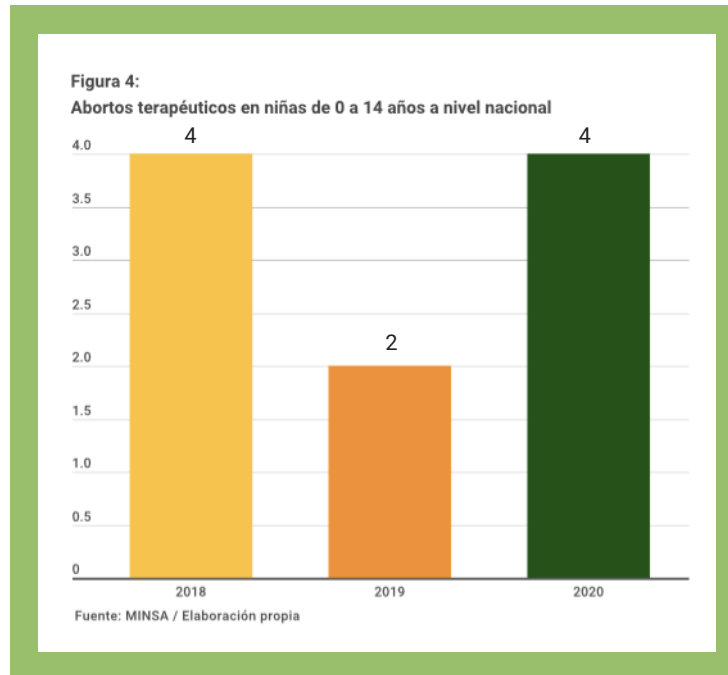


Durante esos tres años, 8 176 niñas menores de 14 años fueron atendidas en los Centros Emergencia Mujer (en adelante CEM) por hechos de violación sexual: 2 542 niñas en el 2018, 3 125 en el 2019 y 2 509 en el 2020. ¿Cuántas de esas niñas atendidas en los CEM fueron conducidas a los establecimientos de salud para recibir el kit de emergencia y otras atenciones a su salud? Solicitamos dicha estadística a través de un pedido de acceso a la información pública, pero no nos fue comunicada por el MIMP.

Ciertamente dentro del universo de víctimas, existirá un buen porcentaje que no necesitará la AOE – ya que esta tiene efectividad en las primeras 72 horas de ocurrida la violación – debido a que muchos de los casos de violación sexual contra las niñas suelen ser denunciados días después de la agresión o cuando el embarazo forzado ya se ha consumado. Precisamente para esos casos, se debe informar y brindar el acceso al aborto terapéutico para proteger la salud física y mental de las niñas.

Lamentablemente, el grado de acceso para las niñas sigue siendo bajo en extremo: De 2018 a 2020, a nivel nacional, solamente 10 menores de 14 años accedieron a la interrupción legal del embarazo, como se detalla en la gráfica: 3 de ellas fueron atendidas en Loreto, 1 en Apurímac, 2 en Cajamarca, 1 en San Martín, 1 en Lima, 1 en Madre de Dios y 1 en Tumbes.

⁸ ¿Qué es el kit de emergencia y por qué es clave que todas las víctimas de violación lo reciban? Portal RPP Noticias. 26 de noviembre de 2020. Disponible en: <https://rpp.pe/peru/actualidad/kit-de-emergencia-que-es-y-por-que-es-clave-que-todas-las-victimas-de-violencia-sexual-lo-reciban-noticia-1306029>



Como hemos referido previamente, en ese mismo rango de edad, 3 899 niñas de 0 a 14 años tuvieron partos. Es decir, muchas más niñas requerían de la interrupción legal del embarazo para evitar graves daños a sus vidas y salud, pero ese servicio público no se les garantizó. Las razones son múltiples y serán abordadas en el capítulo 4.

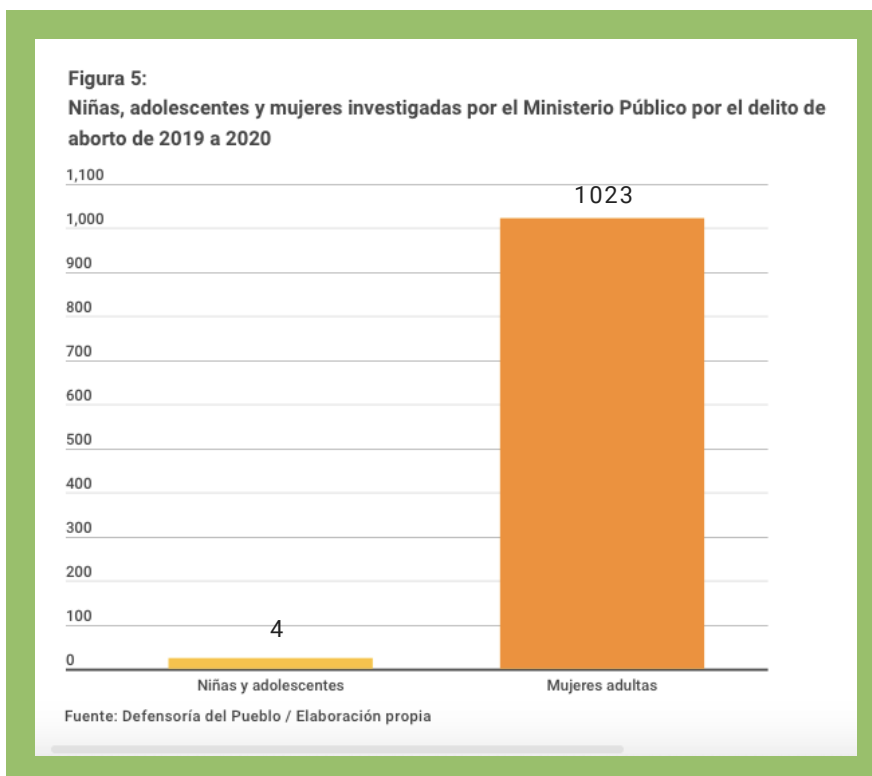
De otro lado, también es preocupante advertir que el número de abortos terapéuticos practicados a niñas menores de 14 años entre los años 2019 y 2020 (6 de acuerdo con la gráfica) es mucho menor al número de abortos ilegales en menores de edad denunciados al sistema de justicia, en ese periodo de tiempo. Según la Defensoría del Pueblo⁹, entre los años 2019 y 2020, se registraron 24 investigaciones contra niñas y adolescentes denunciadas por aborto (no se precisa cuántas de ellas tenían menos de 14 años).

Es decir, en lugar de garantizar las condiciones para asegurar el acceso de estas menores de edad al aborto terapéutico, la inoperancia estatal las condujo al aborto clandestino, con todos los peligros que esto implica; y, debido a ello, incluso, fueron perseguidas como infractoras por el sistema de justicia, que suele ser indulgente con los agresores sexuales.

Al respecto, llama poderosamente la atención que, analizando las mismas cifras de la Defensoría del Pueblo, el número de mujeres adultas investigadas por el delito de aborto de 2019 a 2020 fue de 1023 mujeres, mientras que el número de las menores de edad fue de 24 niñas.

Esto sugiere una realidad que desde el movimiento feminista siempre hemos alertado: la penalización del aborto genera impactos diferenciados en las mujeres de acuerdo con su edad, pues mientras las mujeres adultas, con mayor acceso a la información, están más expuestas a los abortos clandestinos; las menores de edad, especialmente las menores de 14 años, están más expuestas a llevar a término los embarazos forzados. En ambos casos se pone en riesgo la vida de las mujeres. Esta es otra razón que hace urgente que se garantice a las niñas el acceso al aborto terapéutico y la despenalización del aborto en todas sus formas por el bienestar de todas las mujeres.

⁹ Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Series Informes Especiales N°09-2021. Defensoría del Pueblo (2021). Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/events/presentacion-del-informe-supervision-de-la-atencion-integral-en-ninas-y-adolescentes-embarazadas-producto-de-violacion-sexual-en-establecimientos-de-salud/>



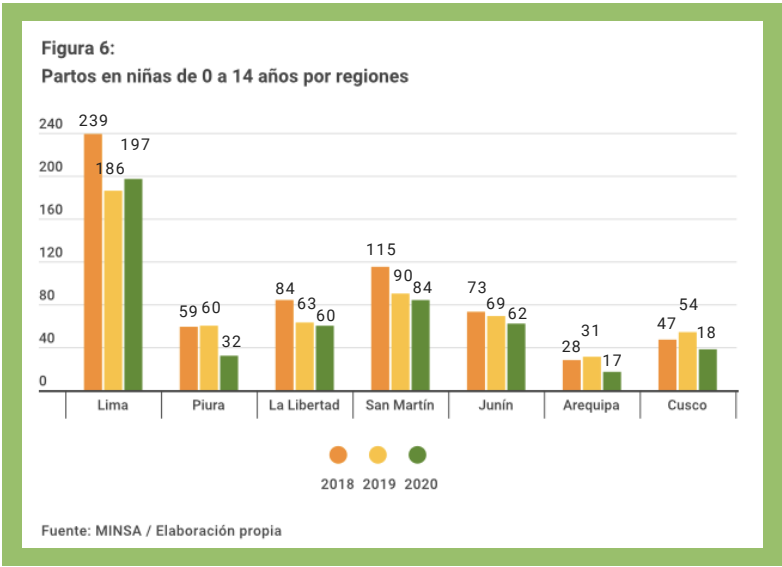
Finalmente, a fin de medir la magnitud de las consecuencias de los embarazos y maternidades forzadas de las que hemos dado cuenta en esta sección, solicitamos al Ministerio de Educación (en adelante, Minedu) cifras sobre deserción escolar de niñas menores de 14 años con embarazos o maternidades en los años 2018, 2019 y 2020; sin embargo, se nos informó que el sector no sistematizaba dicha información, lo cual evidencia la inacción del Estado peruano frente a esta problemática.

2.2. Datos regionales

Si el panorama descrito lo miramos desde la realidad de las regiones, observamos que las brechas que enfrentan las niñas para acceder a los servicios de salud y justicia, se profundizan por el centralismo y la desigualdad que éste acarrea.

Como se ve en la siguiente gráfica, elaborada a partir de datos del CNV, de 2018 a 2020 se reportaron partos en niñas de 0 a 14 años en todas las regiones en que Cladem Perú realizó las Mesas de Diálogo sobre EIF: Lima, Junín, Piura, La Libertad, Cusco, Arequipa y San Martín. El mayor registro de casos se encuentra en Lima y en el oriente, en San Martín, el menor registro está en regiones que tienen una importante proporción de áreas rurales como Cusco y Arequipa en el sur; y, La Libertad y Piura en el norte. Aunque se puede inferir que Lima presenta más casos por su densidad poblacional, lo cierto es que, en las otras regiones, como hemos señalado, hay sub-registros relacionados con un menor acceso a los servicios.

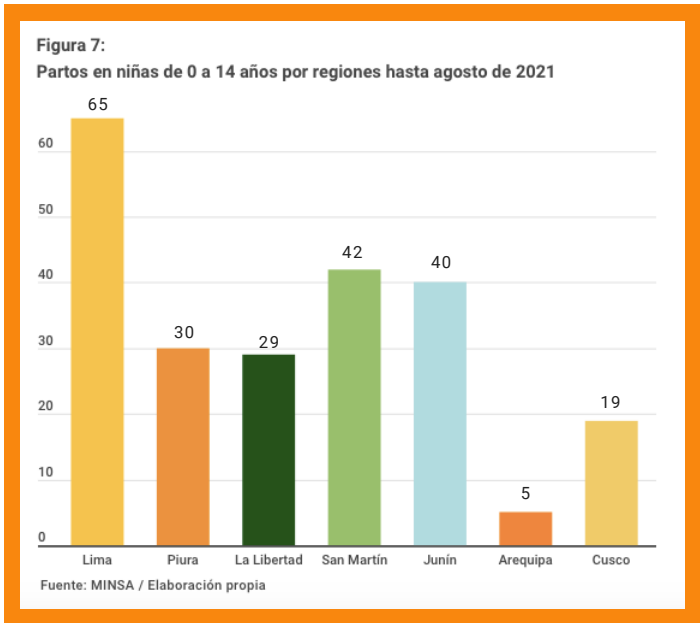
Así, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (en adelante ENDES) del año 2020, los mayores porcentajes de adolescentes de 12 a 17 años de edad alguna vez embarazadas a nivel nacional se encuentran en el área rural (3,0%). Esto hace visible que el CNV no nos estaría mostrando una fotografía real de las maternidades infantiles forzadas en estos territorios.



El gráfico compartido también nos muestra que – en todas las regiones, excepto Lima – los casos de maternidades forzadas reportadas al CNV disminuyeron en el 2020, especialmente en regiones del sur como Arequipa y Cusco; así como, Piura en el norte, esto se relacionaría a los problemas de acceso al CNV ya mencionados, que se agudizaron durante la pandemia.

Además, en los territorios andinos y amazónicos muchos partos suelen realizarse en la vivienda de las propias mujeres, lo cual, en el caso de las niñas indígenas víctimas de violencia sexual, plantea desafíos para que el Estado garantice no sólo la disponibilidad, sino además el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por ello la respuesta intercultural con enfoque territorial es fundamental.

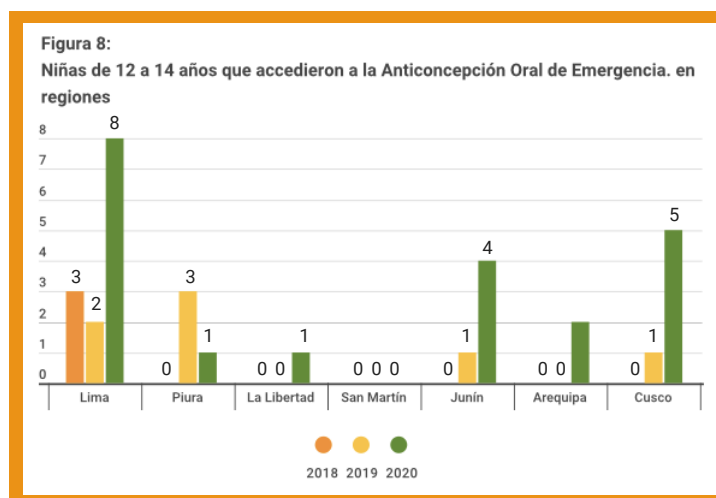
De acuerdo con el CNV, hasta agosto del año 2021¹⁰, las maternidades forzadas en niñas de 0 a 14 años en estas regiones no dejan de presentar una incidencia preocupante, resaltando - especialmente – Piura, donde se observa un incremento mayor de casos, al punto que casi se supera la cifra alcanzada a fines del 2020, retomando así la tendencia registrada en los años 2018 y 2019. Cabe mencionar que, del total de casos reportados en estas 7 regiones, se registraron partos en niñas de 0 a 10 años en Lima (3) y en Piura (1).



¹⁰ Revisión del Sistema de Registro de Certificado de Nacido Vivo en Línea al 17/08/2021

En las 7 regiones mencionadas, se advierte una deficiente atención a la salud sexual y reproductiva de las niñas, como claramente se evidencia en el bajo grado de distribución del kit de emergencia en casos de violación sexual.

En la siguiente gráfica podemos observar cómo, durante los años 2018 a 2020, a nivel de la capital, solamente 13 niñas de 12 a 14 años recibieron la AOE para prevenir embarazos forzados, según el MINSA; la situación en las otras regiones fue mucho más crítica. En Piura, solamente 4 niñas de ese rango de edad recibieron la AOE durante esos tres años; en La Libertad fue solo 1 niña; en Junín, 5 niñas; en Arequipa, 2; mientras que en Cusco fueron 6. En San Martín no se entregó la AOE a ninguna niña de 12 a 14 años de acuerdo a los reportes del MINSA. Cabe resaltar que, en ese mismo periodo de tiempo, en estas 7 regiones, el Ministerio Público registró 6 005 denuncias por violación sexual contra menores de 14 años. ¿Cuántas de aquellas niñas necesitaban recibir la anticoncepción oral de emergencia y no les fue garantizado?



El acceso al aborto terapéutico también mostró un grado de incumplimiento alarmante. De acuerdo con el MINSA, de 2018 a 2020, tanto en Lima como en San Martín, se reportó dos casos de interrupción legal del embarazo en niñas de 0 a 14 años. En las demás regiones materia del presente informe, la aplicación del protocolo de aborto terapéutico fue literalmente nula: 0 casos en los tres años, como se aprecia en la siguiente tabla.

Tabla 1:
Acceso al aborto terapéutico en niñas de 0 a 14 años

Región	2018	2019	2020	Total
Cusco	0	0	0	0
Arequipa	0	0	0	0
Junín	0	0	0	0
La Libertad	0	0	0	0
Piura	0	0	0	0
San Martín	0	1	0	1
Lima	0	0	1	1

Fuente: MINSA / Elaboración propia

Si bien, pueden existir atenciones de aborto terapéutico y acceso a la AOE en estas regiones que no han sido reportados a los sistemas informáticos del MINSA, lo cierto es que en estos territorios se afrontan problemáticas particulares que dificultan la prevención, detección y atención de casos de EIF y violencia sexual, las cuales vamos a comentar en el capítulo 4 de este informe.

3.

MARCO NORMATIVO NACIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL EMBARAZO INFANTIL FORZADO: AVANCES Y DESAFÍOS

3.1. Perspectiva General

De acuerdo con el Comité de Expertas del MESECVI, las respuestas de los Estados para enfrentar el embarazo infantil deben ser integrales, abarcando acciones de prevención, atención y sanción del EIF y de la violencia de género que lo origina: la violencia sexual infantil¹¹.

En el Perú, se han generado avances normativos desde el año 2019, principalmente en el campo de la atención intersectorial a las niñas afectadas por violación sexual, a fin de evitar que queden embarazadas producto de dicha agresión. Estos avances también están encaminados a mejorar el acceso al aborto terapéutico para las víctimas de EIF, con algunos estándares contextualizados a las necesidades de las niñas.

Con esto, se empieza a revertir la ausencia de marcos jurídicos para facilitar el acceso de las niñas al kit de emergencia y a la interrupción legal del embarazo, sobre la cual alertamos en nuestro informe nacional del año 2017, aunque – como profundizaremos en el siguiente capítulo – estas normas son todavía insuficientes frente a las múltiples aristas que plantea el EIF y es un desafío pendiente que el Estado garantice condiciones adecuadas para su implementación y posterior aplicación (considerando la resistencia de los operadores en los servicios).

A continuación, daremos una mirada a dichas normas y otras actualmente vigentes que contribuyen a la prevención y atención del EIF a nivel nacional.

3.2. Prevención

En materia de prevención del EIF, encontramos normas en el sector educativo, orientadas a la prevención de la violencia sexual. Estas normas buscan promover una cultura de derechos sin discriminación y fortalecer las capacidades de las niñas, niños y adolescentes en el respeto de los derechos humanos y la igualdad de género.

De esta forma, pueden contribuir en la construcción de masculinidades no violentas ni machistas; así como en el empoderamiento de las niñas para identificar y afrontar oportunamente diversas manifestaciones de violencia sexual. Destacamos las siguientes:

¹¹ Informe hemisférico sobre violencia sexual y embarazo infantil en los Estados Parte de la Convención de Belém Do Pará. Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém Do Pará (MESECVI). Disponible: <http://www.oas.org/es/mesecvi/docs/mesecvi-embarazoinfantil-es.pdf>

CURRÍCULO NACIONAL DE EDUCACIÓN BÁSICA

Se aprobó mediante Resolución Ministerial N° 281-2016-MINEDU. Desde enero del 2017, es de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones educativas públicas y privadas del país. Establece los aprendizajes más importantes que las y los estudiantes deben alcanzar como resultado de su formación básica.

En ese marco, reconoce competencias, capacidades y destrezas que niñas, niños y adolescentes deben desarrollar, relacionados con la construcción de una identidad propia, desenvolvimiento de la autonomía personal, convivencia democrática, entre otros.

Asimismo, reconoce un conjunto de enfoques que deben ser transversalizados en los distintos niveles de la educación (inicial, primaria, secundaria); tales como el enfoque intercultural, el enfoque de derechos y el enfoque de igualdad de género. Este último se refiere “a la igual valoración de los diferentes comportamientos, aspiraciones y necesidades de mujeres y varones”¹².

De acuerdo con el propio Currículo, el enfoque de género supone la prevención y atención de la violencia sexual en las escuelas, así como que docentes y directivos/as “fomenten la asistencia de las estudiantes que se encuentran embarazadas o que son madres o padres de familia”¹³.

En el 2019, la Corte Suprema de Justicia de la República ratificó la **constitucionalidad del enfoque de igualdad de género en la educación**, a través de la sentencia que puso fin al proceso de acción popular iniciado por el colectivo fundamentalista “Padres en Acción” que buscaba erradicar este enfoque. La Corte resaltó su importancia en la prevención de la violencia contra las niñas/os y en la transformación de la desigualdad contra mujeres y personas LGTBIQ.

18

LINEAMIENTOS DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL PARA LA EDUCACIÓN BÁSICA¹⁴

Estos fueron aprobados recientemente mediante Resolución Viceministerial N° 169-2021-MINEDU y reemplazaron los lineamientos sobre educación sexual existentes desde el 2008. Tienen por objetivo establecer orientaciones para la implementación de la educación sexual integral (ESI, en adelante) en las instituciones públicas y privadas, la capacitación docente sobre la materia y la incorporación de contenidos de ESI en los programas de tutoría.

¹² Currículo Nacional de Educación Básica. Página 23. Ministerio de Educación. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/curriculo/pdf/curriculo-nacional-de-la-educacion-basica.pdf>

¹³ Op cit. en nota anterior. Pág. 23

¹⁴ Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica. Ministerio de Educación. Disponible en: <http://www.grade.org.pe/creer/archivos/ESI-RVM-N%C2%B0-169-2021-MINEDU.pdf>

En el marco de estos lineamientos, las escuelas deben aprobar acciones anuales para promover la ESI en todos los niveles educativos, lo cual incluye capacitación docente. Asimismo, deben asegurar la atención de casos de violencia sexual garantizando el cumplimiento de los **“Lineamientos para la gestión de la convivencia escolar, para la prevención y la atención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes”**¹⁵. Estos lineamientos contienen protocolos para pautar la acción de los colegios públicos y privados en casos de violencia sexual, física y psicológica ejercida entre estudiantes, del personal del colegio hacia estudiantes y por familiares o terceros hacia estudiantes.

Asimismo, incluyen un enfoque de atención integral de la violencia, en tanto señala que las víctimas deben ser trasladadas desde los colegios a los CEM en toda situación de violencia sexual y a los establecimientos de salud cuando ocurra violencia física o psicológica entre estudiantes o contra estudiantes por parte de personal del centro educativo.

La educación sexual integral y la educación con enfoque de género son fundamentales para prevenir la violencia sexual. Por eso, urge que se fortalezca la implementación del Currículo Nacional de Educación Básica, los Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica y los Lineamientos para la gestión de la convivencia escolar para la prevención y la atención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes.

Un punto débil en las normas mencionadas es que, si bien abordan la problemática de la violencia sexual contra las niñas, no hacen mención expresa a los embarazos forzados como un riesgo posible a consecuencia de dicha agresión, el cual debe ser prevenido y atendido oportunamente desde el sector.

En el caso de los “Lineamientos de Educación Sexual Integral” se hace mención al embarazo adolescente como consecuencia de ausencia de ESI, más no se le distingue del embarazo forzado por violación en niñas. Resulta importante destacar que la diferencia entre estas problemáticas debe ser conocida y comprendida por las y los docentes.

En el caso de los protocolos establecidos en los “Lineamientos para la gestión de la convivencia escolar, para la prevención y la atención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes” no se hace mención al kit de emergencia en casos de violación sexual, ni al aborto terapéutico, como parte de la atención integral que debe garantizarse a las víctimas cuando son derivadas por las escuelas a los CEM o establecimientos de salud.

Como abordaremos más adelante, la implementación de estas normas se ha visto seriamente afectada por la pandemia debido a las brechas de acceso a la educación virtual, dichas brechas han tenido un impacto más grave en los territorios andinos y amazónicos.

Por ello, es fundamental que se fortalezcan los recursos para la implementación de la **Política de Atención Educativa para la Población de Ámbitos Rurales**¹⁶. Esta norma establece objetivos y estrategias para mejorar el acceso y disponibilidad de servicios educativos en el ámbito rural. Una de sus estrategias es garantizar la articulación entre el sector educativo y de salud para que adolescentes de estos territorios reciban información sobre salud sexual y reproductiva, con acceso a métodos anticonceptivos y atención prenatal en caso de embarazo.

¹⁵ Aprobados mediante Decreto Supremo 004-2018-MINEDU, establecen orientaciones en base a normas como Ley 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas. Estos lineamientos han sido actualizados en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID 19, a través de la R.M 274-2020 – MINEDU, que adecúa los procedimientos con las particularidades propias de la educación virtual: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1016158/RM_N_274-2020-MINEDU.pdf

¹⁶ Aprobada mediante Decreto Supremo N° 013-2018-Minedu. Disponible en: https://sital.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/decreto_supremo_no_013-2018-minedu._aprueba_la_politica_de_atencion_educativa_para_la_poblacion_de_ambitos_rurales.pdf

Sin embargo, al igual que las normas antes señaladas, esta Política no hace mención a los embarazos en niñas producto de violación sexual, ni conecta las estrategias de articulación entre sectores con el acceso a la AOE y el aborto terapéutico como parte de una atención integral que se debe garantizar a las niñas en el ámbito rural, objetivo al cual, desde el sector educativo, se debería contribuir.

En materia de prevención, además de las normas en el sector educativo, destacan también otras políticas con alcances amplios que buscan fortalecer las acciones de prevención de forma multisectorial, a todo nivel del Estado y en articulación con la sociedad civil:

- **Lineamientos Estratégicos de prevención de la violencia de género contra las mujeres.** Fueron aprobados mediante Resolución Ministerial N° 058-2021- MIMP, tienen por finalidad contribuir a los objetivos de la política pública que busca erradicar la violencia de género contra las mujeres.

Contienen orientaciones estratégicas dirigidas especialmente a las entidades públicas que forman parte del Sistema Nacional para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, creado por la Ley N° 30364. Busca “Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva” como uno de sus lineamientos programáticos; dispone que el MIMP debe coordinar con las entidades competentes para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Un punto débil es que no se pone énfasis en el acceso al aborto terapéutico o al kit de emergencia.

Otro de sus lineamientos programáticos es “Incorporar el enfoque de género en las entidades públicas que brindan bienes y servicios públicos” lo cual supone garantizar que los distintos servicios que brindan atención a las niñas y mujeres compartan conceptos compartidos sobre prevención de la violencia de género contra las mujeres en sus intervenciones.

- **Estrategia Nacional de Prevención de la Violencia contra las Mujeres.** Fue aprobada mediante Decreto Supremo N.° 022-2021-MIMP. Esta política busca generar intervenciones integrales, articuladas y efectivas de las instituciones públicas y privadas, respecto a la prevención primaria de la violencia contra las mujeres. Por intervención primaria se entenderá al abordaje de los factores que generan la violencia basada en género.

Establece como uno de sus servicios de prevención primaria a la “Producción y difusión de información a nivel nacional y con enfoque intercultural, sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida libre de violencia, incluyendo métodos anticonceptivos, la anticoncepción oral de emergencia (AOE), beneficios y riesgos, parto vertical, aborto terapéutico, consentimiento informado, libre y voluntario, violencia obstétrica, violencia sexual y derecho de los y las usuarias de los servicios de salud (MINSAs)”. Este servicio comunicacional debe dirigirse tanto a la comunidad como a los servidores y servidoras públicos; debe ser garantizado de forma articulada por los distintos sectores.

3.3. Sanción

En materia de sanción de la violencia sexual, se ha avanzado en los últimos años en el plano normativo, destacando la **Ley N° 30838**¹⁷. Esta ley fue promulgada en agosto del 2018. Contiene cambios importantes en materia de delitos contra la libertad e indemnidad sexual, tales como:

- **La imprescriptibilidad de la acción y sanción de los delitos sexuales**, como violación sexual, tocamientos no consentidos, acoso sexual, entre otros. Esta modificación va en la línea de respetar los tiempos propios de las víctimas para denunciar y no dejar en la impunidad los casos por más tiempo que haya transcurrido desde la agresión. Esto es especialmente relevante en los casos de violencia sexual infantil, pues las niñas, por diversas dificultades, suelen denunciar luego de mucho tiempo, en varios casos cuando llegan a ser adultas.
- **Cadena perpetua en todos los casos de violación sexual contra menores de 14 años**; antes de la modificatoria, la sanción de cadena perpetua sólo se aplicaba si la víctima tenía menos de 10 años. De acuerdo al Código Penal, todo acceso carnal con menores de edad es considerado violación sexual; es decir, mantener relaciones sexuales con una menor de 14 años se sanciona con cadena perpetua.
- En materia procesal, se dispuso la **prohibición de la terminación anticipada o reducción de la pena a favor de los procesados por estos delitos**.
- Se modificó la redacción de los tipos penales de violación contra adolescentes mayores de 14 años y personas adultas enfatizando que **la ausencia de consentimiento es el elemento más importante para la configuración de estos delitos**; además, se precisó que **la violencia ejercida para someter dicho consentimiento puede ser física, psicológica o involucrar cualquier entorno de coacción**.
- **Limitó el error de comprensión culturalmente condicionado para que no se aplique en delitos sexuales contra menores de 14 años**, ni contra mayores de esa edad cuando no haya existido consentimiento. Para ello, hace mención a los alcances del Acuerdo Plenario N° 1-2015/CIJ-116, que estableció criterios para la aplicación de esta figura penal, entre ellos, la incorporación del enfoque de género y el interés superior del niño/a.

Por todos estos cambios, la Ley N° 30838 ha sido considerada la más importante reforma legal en delitos sexuales desde el 2004. Sin embargo, tras más de dos años de vigencia, aún no se traduce en un mejor acceso a la justicia para las víctimas, incluidas las niñas afectadas por estas formas de violencia.

Como ha señalado el Comité para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW, en adelante) en su Recomendación General N° 33, garantizar el acceso a la justicia supone, más que incrementar las sanciones o respuestas punitivas, asegurar otros factores estructurales como la justiciabilidad, la disponibilidad y el acceso a los servicios, la buena calidad por parte de los/as profesionales, el suministro de recursos jurídicos para las víctimas y la rendición de cuentas de los sistemas de justicia.

¹⁷ Ley N° 30838.- Ley que modifica el Código Penal y el Código de Ejecución Penal para fortalecer la prevención y sanción de los delitos contra la libertad sexual. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-que-modifica-el-codigo-penal-y-el-codigo-de-ejecucion-pe-ley-n-30838-1677448-1/>

En el capítulo 4 abordaremos cómo dichos estándares no se están cumpliendo en el Perú y cómo esa falta de cumplimiento impacta directamente en la revictimización de las niñas víctimas de violencia sexual y embarazos forzados en las Comisarías, Ministerio Público, Poder Judicial y servicios de salud.

De otro lado, cabe mencionar que, en la legislación comparada, el Código Penal de Panamá, Bolivia y Uruguay establecen como agravante del delito de violación sexual el que la víctima quede embarazada producto de dicha agresión. En nuestra legislación, también se debería contemplar la inclusión de esa agravante en los casos de violación sexual tanto contra adolescentes mayores de 14 años como en mujeres adultas.

En materia de sanción de la violencia sexual, relacionada con el EIF, otro pendiente por resolver es la adecuada reparación civil de las víctimas. Desde Cladem Perú hemos identificado – tras la revisión de algunas sentencias en casos de niñas víctimas de violación sexual (embarazadas por esta agresión) – que las fiscalías y juzgados penales no valoran el embarazo como un elemento que agrava los daños contra las niñas agraviadas y que debería, por tanto, motivar a su favor una reparación integral y justa que considere el daño físico, psicológico y moral.

Cabe mencionar que esta problemática está enmarcada en otra mayor: la inexistencia de criterios orientadores para determinar la reparación civil en todos los delitos sexuales independientemente de la edad de la víctima. A esto se suma que, de acuerdo con la Defensoría del Pueblo¹⁸, la reparación de daños causados por el delito de violación sexual no constituye una prioridad para la mayoría de fiscales ni para los/as jueces/zas, lo cual se traduce en reparaciones civiles que no responden a las necesidades de justicia de las agraviadas.

3.4. Atención

En el campo de la atención es donde se han dado los mayores avances normativos contra el EIF en los últimos años, producto de la incidencia de diversos espacios feministas y de defensa de los derechos humanos, quienes visibilizan los problemas existentes cuando las víctimas eran atendidas en distintos servicios del Estado y éstos no articulaban entre sí.

Estas normas apuestan por fortalecer la articulación entre el MIMP y el sector salud, con el objetivo de brindar a las niñas, adolescentes y mujeres una protección integral. En ese sentido, tienen un papel fundamental en la prevención de los embarazos infantiles forzados; y, además, en el acceso al aborto terapéutico en los casos en que dichos embarazos se hayan generado.

Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros Emergencia Mujer-CEM y los Establecimientos de Salud- EE.SS ¹⁹.

Este protocolo fue aprobado en abril del 2019 mediante Decreto Supremo N° 008-2019-SA. Establece un conjunto de acciones que deben ser articuladas de forma obligatoria entre los CEM y los establecimientos de salud, a fin de garantizar un circuito de atención integral para las víctimas de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar.

¹⁸ Violencia sexual en el Perú: Un análisis de casos judiciales. Informe de adjuntía 004-2011-DP/ADM. Defensoría del Pueblo (2011). Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-adjuntia-004-2011-DP-ADM.pdf>

¹⁹ Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE. SS para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N° 30364 y personas afectadas por violencia sexual. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/309605/Decreto_Supremo_008-2019-SA.PDF

En el caso específico de violencia sexual, esta norma dispone que el personal del CEM, bajo responsabilidad, **debe trasladar de forma oportuna a la persona afectada al establecimiento de salud para la práctica de un examen médico y psicológico completo.** Asimismo, **debe informarle su derecho a recibir el kit de emergencia, el mismo que contiene la Anticoncepción Oral de Emergencia para la prevención de embarazos no deseados o forzados, pruebas de descartar de embarazo o enfermedades de transmisión sexual, así como antirretrovirales,** de acuerdo con la Resolución N° 227-2019/MINSA²⁰.

En caso de embarazo producto de la violación sexual, el personal del CEM debe informar a la víctima sobre su derecho a ser evaluada integralmente para que se determine si está en riesgo su vida o expone su salud a un mal grave o permanente. Cuando el embarazo forzado se ha producido en niñas o adolescentes, el personal del establecimiento de salud debe informar a sus padres o representantes legales el derecho de las menores de edad a ser evaluadas integralmente.

Dicha **evaluación integral** debe considerar: I) **Examen a su salud física y mental,** II) **La edad de la víctima.** En caso se determine en la niña o adolescente la existencia de un riesgo de vida o un mal grave y permanente en su salud, el personal sanitario debe aplicar el **procedimiento establecido en la Guía Técnica Nacional para la implementación del aborto terapéutico.** El primer paso es informar a los padres de la niña o sus representantes legales sobre el derecho a solicitar y autorizar esta forma legal de interrupción del embarazo.

La norma bajo comentario ordena, además, que el personal del EE.SS. debe brindar a la víctima atención psicológica de forma continuada. Asimismo, establece la creación de los Comités Intersectoriales Locales CEM-Establecimientos de salud por cada ámbito territorial donde se encuentre un CEM con el objetivo de hacer seguimiento al cumplimiento del protocolo de actuación conjunta. A través de estos, ambos servicios deben revisar de forma mensual los casos que han sido derivados para identificar barreras en la atención y mejorarlas.

En materia de capacitación al personal del CEM y EE. SS, establece que cada una de estas instituciones debe garantizar un curso de inducción sobre este protocolo a nuevos/as trabajadores/as. Asimismo, un curso anual dirigido a su personal para el fortalecimiento de capacidades sobre atención de casos de violencia sexual.

El Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y Establecimientos de Salud reconoce el derecho de las víctimas de violencia sexual a recibir una atención integral, que incluya atención legal, social pero también en salud. El personal de los CEM debe derivar a las víctimas a los EE.SS. y viceversa.

Las víctimas de violencia sexual tienen derecho a recibir información sobre el kit de emergencia en casos de violación sexual y sobre el aborto terapéutico cuando haya un embarazo producto de esta agresión. Todo embarazo en una niña menor de 14 años debe considerarse de alto riesgo para la salud y la vida (Organización Mundial de la Salud).

²⁰ Resolución Ministerial N° 227-2019-Minsa, que aprueba la Directiva Sanitaria N° 083-Minsa/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual". Disponible en https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297541/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_227-2019-MINSA.PDF

Las víctimas de violencia sexual deben recibir un examen médico y psicológico completo en los EE.SS. En caso se detecte un embarazo por violación en una menor de edad, el personal de salud informa a padres o representantes de la víctima, sobre su derecho a ser evaluada integralmente y solicitar el aborto terapéutico.

IMPORTANTE: El kit de emergencia contiene medicamentos que deben ser entregados gratuitamente a las víctimas de violencia sexual para proteger su salud y evitar una infección de transmisión sexual o embarazo por dicha agresión. De acuerdo a la **Resolución N° 227-2019/MINSA**, aprobada en marzo del 2019, el kit de emergencia debe contener, según nivel de atención, los siguientes insumos:

Figura 9:
Contenido Kit Básico y Kit Completo

Kit básico: Establecimiento de I Nivel	
Producto	Cantidad
Preservativos sin nonoxinol	20
Prueba rápida de hormona gonadotropina coriónica (HCG)	01
Penicilina G Benzatinica 2400000 UI - Inyectable	01
Azitromicina 500g Tableta	02
Jeringas descartables 3 ml y 10 ml	02
Vacuna contra la difteria y tétanos (DT Adulto)	01
Prueba rápida duales VIH/SÍFILIS	01
Prueba rápida para hepatitis B	01
Levonorgestrel 0,75 mg - Blister por 02 TAB	01

Fuente: MINSA / Elaboración propia

Kit básico: Establecimiento I-4 y Hospitales de II y III Nivel	
Producto	Cantidad
Preservativos sin nonoxinol	20
Prueba rápida de hormona gonadotropina coriónica (HGD)	01
Lopinavir 200 mg + Ritonavir 50 mg - Tableta	120
Emitricitabina 200 mg + Tenofovir 300 mg - Tableta	30
Cefixina 400 mg o Ceftriaxona 1 g - Inyectable	01
Penicilina G Benzatinica 2400000 UI - Inyectable	01
Azitromicina 500g Tableta	02
Jeringas descartables 3 ml y 10 ml	02
Vacuna contra la difteria y tétanos (DT Adulto)	01
Prueba rápida duales VIH/SÍFILIS	01
Prueba rápida para hepatitis	01
Levonorgestrel 0,75 mg - Blister por 02 TAB	01

Fuente: MINSA / Elaboración propia

Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA-2020-DGIESP para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual²¹.

Esta norma técnica fue aprobada en agosto de 2020 mediante la Resolución Ministerial N° 649-2020/MINSA. Complementa los alcances del Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y establecimientos de salud, pues dispone –entre otros aspectos– mejores directrices para la entrega del kit de emergencia y el acceso al aborto terapéutico en casos de EIF. Es aplicable a todos los servicios de salud públicos, privados o mixtos a nivel nacional.

²¹ Resolución Ministerial N° 649-2020/MINSA, que aprueba la Norma Técnica de Salud N°164-MINSA/2020/DGIESP- Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1256309/%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20649-2020-MINSA.PDF>

Para la atención de niñas, niños y adolescentes, la norma incorpora estándares del Reglamento de la Ley N° 30466²². Así, establece que **se les debe garantizar a ellas/os (y no sólo a sus representantes legales) el derecho a la información, la cual debe ser brindada de forma clara y sencilla; asimismo, se les debe garantizar el acceso a los servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva, sin que sea necesaria la autorización del padre, madre o representante legal para los procedimientos a favor de su interés superior.** En todos los casos **se debe tomar en cuenta su opinión en función a su grado de madurez.**

De otro lado, la norma reitera lo dispuesto en el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y EE. SS, en relación con la atención inmediata que debe brindarse a una víctima de violencia sexual que llega al establecimiento de salud dentro de las 72 horas en que ocurrió la agresión. Se le debe practicar de manera gratuita un examen integral, que incluya la atención a su salud mental y, además, se le debe entregar, previo consentimiento informado, el kit de emergencia para prevenir embarazos forzados y/o enfermedades de transmisión sexual. Para el caso de adolescentes víctimas de violación sexual, no se requiere autorización del representante legal para el suministro de la AOE.

En los casos de embarazos producto de violación sexual, la norma dispone que el equipo de salud debe informar a la víctima, bajo responsabilidad, su derecho a ser evaluada integralmente; dicha evaluación debe considerar la edad y salud física y mental de la agraviada como factores para determinar si se encuentra en riesgo su vida o se puede generar un mal grave o permanente en su salud.

Para los casos de niñas y adolescentes, la norma establece que, **si la madre, padre, responsable o tutor se niega a autorizar el aborto terapéutico, poniendo así en grave riesgo la salud o vida de la víctima, el personal de salud puede prescindir de aquella autorización y empezar el procedimiento de aborto terapéutico para proteger su interés superior.**

Otro aspecto importante de esta norma es que menciona que el responsable del EE.SS. debe designar un/a profesional encargado/a para realizar el seguimiento continuo a las víctimas cuando éstas son menores de edad; para dicho fin, este/a profesional tendrá que realizar coordinaciones con la institución educativa de la víctima u otras instancias de apoyo comunitario.

En cuanto a las capacitaciones al personal de los EE.SS., se dispone que cada establecimiento, a través de sus Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA, en adelante) o Gerencias Regionales de Salud (GERESA, en adelante), debe garantizar procesos de inducción y capacitaciones anuales sobre atención integral a víctimas de violencia sexual en el marco de las normas vigentes.

Las niñas víctimas de violación sexual atendidas en los servicios de salud tienen derecho a ser informadas sobre el kit de emergencia y el aborto terapéutico. La información debe ser clara, sencilla y acorde a su grado de madurez. La información también se brinda a sus representantes legales.

²² Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2018-MIMP

En los casos de embarazo infantil forzado, si la madre, padre o representante legal de la niña se opone a que se le practique el aborto terapéutico, el personal de salud puede prescindir de su autorización y aplicar la Guía Técnica de aborto terapéutico, haciendo prevalecer el principio del interés superior del niño/a.

El Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y EE.SS., así como la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP buscan establecer mejores pautas para la implementación de la Guía Técnica Nacional de Aborto Terapéutico²³, la cual está vigente desde 2014 y, si bien representó en su momento una conquista largamente exigida desde el movimiento feminista, tiene una serie de problemas en su diseño que obstaculizan el acceso de las niñas a este procedimiento:

- No tiene perspectiva de infancia, pues no incluye estándares de atención o evaluación integral diferenciados para los casos de las niñas y adolescentes, considerando sus necesidades específicas.
- Las once causales que reconocen para solicitar el aborto terapéutico se centran principalmente en el riesgo de la salud física de la gestante. No considera explícitamente la salud mental como causal de aborto terapéutico, aunque, desde un ejercicio de interpretación, puede invocarse en el marco de la causal 11 que es una causal amplia²⁴.
- Establece un plazo límite para solicitar la interrupción legal del embarazo, el cual no puede exceder las 22 semanas del embarazo. Se trata de un plazo inconstitucional pues impone una restricción de tiempo para acceder al aborto terapéutico que no está previsto en el Código Penal, norma de mayor jerarquía. Esto genera una barrera discriminatoria para acceder a los servicios de salud reproductiva, con impactos especialmente perjudiciales en los casos de las niñas, pues muchos casos de EIF suelen identificarse en etapas de gestación avanzadas.

Por todo lo señalado, el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y EE.SS., así como la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP son instrumentos que empiezan a romper la invisibilización casi absoluta de las niñas víctimas de EIF en las normas del sistema de salud. Antes de estas normas, se emitió la todavía vigente **Norma Técnica de Salud sobre Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente**, la cual fue aprobada por Resolución Ministerial N° 007-2017-MINSA²⁵. Esta norma es de aplicación obligatoria para todos los establecimientos de salud públicos y privados.

²³ Aprobado mediante Resolución Ministerial N° 486-2014-MINSA. 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.

²⁴ "VI. Consideraciones específicas:

Sobre la base de lo consensuado por sociedades médicas del Perú se consideran las siguientes entidades clínicas de la gestante, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo: (...) 11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica."

²⁵ Resolución Ministerial N° 007-2017-Minsa, que aprueba la Norma Técnica de Salud sobre Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5013.pdf>

Establece procedimientos para la atención de gestantes menores de edad, reconociendo dos grupos diferenciados: adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y adolescencia tardía (de 15 a 19 años). Se centra principalmente en la atención prenatal, la atención del parto y el acompañamiento postparto; aborda también un componente de atención a la salud mental de las adolescentes gestantes, así como el fortalecimiento de sus redes de soporte comunitarios y familiares. Sin embargo, no establece ninguna directriz para la atención del aborto terapéutico en menores de edad, a pesar de que, en el año en que se aprobó, se encontraba vigente la Guía Nacional para su implementación.

El personal de salud que omite, rehúsa o demora garantizar el acceso al aborto terapéutico comete faltas administrativas. Además, comete el **delito de omisión, rehusamiento o demora de actos funcionales**, regulado en el artículo N° 377 del Código Penal

Los hospitales y clínicas que niegan u obstaculizan el acceso al aborto terapéutico pueden ser sancionados con multa por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). En el caso de las clínicas, también pueden ser sancionadas con multa por el Instituto Nacional de Defensa del Competencia (INDECOPI)

Durante el Estado de Emergencia por la pandemia por Covid 19 se aprobaron una serie de normas, con implicancias en la atención de la violencia sexual contra las niñas, incluyendo el acceso al kit de emergencia y el aborto terapéutico. Estas son:

Decreto Legislativo N° 1470²⁶

Este decreto se emitió en abril de 2020; adapta los procedimientos de denuncia y otorgamiento de medidas de protección a favor de las víctimas de violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar de la Ley N° 30364 al contexto de Estado de Emergencia por la pandemia por Covid 19. Las medidas de protección deben dictarse en no más de 24 horas desde que se interpone la denuncia, deben priorizar la prohibición de contacto entre la víctima y el agresor, el patrullaje constante del domicilio de la víctima, así como el retiro de la persona denunciada del hogar.

De no ser posible el retiro, se debe trasladar a la víctima a un lugar seguro dentro de sus redes familiares o, en su defecto, a un Hogar de Refugio Temporal. En los casos de niñas, niños y adolescentes debe primar el principio de igualdad y no discriminación, e interés superior del/a niño/a. Para los casos de desprotección familiar, debe intervenir la Unidad de Protección Especial (UPE, en adelante) del MIMP.

En su artículo N° 5 dispone que los establecimientos de salud deben garantizar atención de urgencia a las mujeres e integrantes del grupo familiar víctimas de violencia, especialmente cuando son afectadas de violación sexual, adoptando todas las medidas sanitarias para evitar contagios por Covid 19.

²⁶ Decreto Legislativo N° 1470- Decreto Legislativo que establece medidas para garantizar la atención y protección de las víctimas de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar durante la Emergencia Sanitaria declarada por la pandemia por Covid 19. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-medidas-para-garantizar-la-decreto-legislativo-n-1470-1865791-1/>

Asimismo, este Decreto dispone que durante el Estado de Emergencia por la pandemia por Covid 19 se debe garantizar la continuidad de los servicios con responsabilidades en el marco de la Ley N° 30364²⁷, lo que incluye al sector salud y justicia, los cuales, además, deben habilitar canales de atención como correos electrónicos, teléfonos, celulares, etc.

Directiva sanitaria N° 094-MINSA/2020/DGIESP para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por Covid 19²⁸

Esta directiva se aprobó en abril de 2020 mediante Resolución Ministerial N° 2017-2020-MINSA; fue la primera normativa sobre salud sexual y reproductiva emitida durante el Estado de Emergencia. Reconoció que la salud sexual y reproductiva es un componente esencial de la salud pública cuya atención debe ser garantizada durante la pandemia. Dispuso que todos los establecimientos de salud públicos y privados deben ofrecer asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos y la AOE en los servicios de urgencia y emergencia para todas las usuarias que lo requieran, incluyendo adolescentes.

La norma señala que el personal de salud debe valorar la finalización del embarazo en cualquier momento, en caso se encuentre en riesgo la vida de la gestante infectada con el virus Covid 19. Este fue un aspecto negativo de la norma, pues restringe la atención solamente a la causal vida, dejando de lado la causal salud. Además, restringió de forma discriminatoria el acceso al aborto terapéutico solamente a las mujeres gestantes infectadas con el virus Covid 19. No incluyó medidas específicas para casos de embarazo forzado en niñas.

Cabe precisar que en abril del año 2021 se aprobó la Directiva Sanitaria N° 131-MINSA/2021/DGIESP "**Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la COVID-19**", la misma que derogó la directiva 094, antes comentada. Esta nueva directiva reitera la obligación de garantizar la entrega del kit de emergencia y la continuidad de la atención a la víctima de violencia sexual, a través del sistema de referencia y contrareferencia.

En atención a la salud sexual y reproductiva, prioriza el servicio de teleconsulta, telecomunicación y telemonitoreo. En relación a las gestantes, ordena que se practique tamizaje de violencia basada en género en las atenciones presenciales. En zonas de difícil acceso a servicios de salud, dispone la implementación de casas maternas para la atención del parto institucional o de complicaciones obstétricas. La creación de estas casas maternas está a cargo de las DIREAS en coordinación con los gobiernos locales. No desarrolla estándares expresos sobre aborto terapéutico. En cuanto al ámbito de aplicación, señala que es de obligatoria en lo público y mixto, pero solo referencial para los servicios privados.

²⁷ Ley N° 30364-Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer e integrantes del grupo familiar

²⁸ Resolución Ministerial N° 2017-2020-MINSA, que aprueba la "Directiva Sanitaria N° 094-MINSA/2020/DGIESP. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-sanitaria-n-094-minsa2020dgiesp-resolucion-ministerial-no-217-2020-minsa-1865711-1/>

Directiva Sanitaria N° 127-MINSA/2020/DGIESP, que establece el paquete básico para el cuidado integral de la salud de adolescentes en el contexto de la pandemia por Covid 19 ²⁹

Esta norma fue aprobada mediante Resolución Ministerial N° 1046-2020-MINSA; está dirigida a garantizar el cuidado integral de la salud de adolescentes de 12 a 17 años durante el Estado de Emergencia por la pandemia por Covid 19. Considera dentro del paquete básico de atención: El kit de emergencia en casos de violación sexual; consejería en salud sexual y reproductiva y en salud mental; test de descarté de embarazo; entrega de métodos anticonceptivos en caso la o él adolescente lo solicite. Además de la modalidad virtual y presencial, un punto importante en esta norma es que establece estrategias de atención pensadas en zonas sin acceso a internet. Así, dispone que el personal de salud debe realizar visitas a las comunidades para identificar casos de embarazo adolescentes y visitas domiciliarias con los equipos de protección necesarios. No dispone medidas específicas contra el EIF, pero su estrategia territorial puede contribuir a la detección de embarazos forzados en niñas de las zonas rurales.

3.5. Estándares Internacionales de los Comités de Naciones Unidas

El Perú como Estado parte del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) tiene obligaciones específicas en materia de derechos humanos de las mujeres; en ese sentido, está sujeto a las decisiones del Comité de Derechos Humanos y del Comité CEDAW respectivamente.

Ambos Comités han establecido estándares que son aplicables al Perú en los casos que han llegado a sus jurisdicciones como lo son el caso K.L, ante el Comité de Derechos Humanos y el caso L.C. ante el Comité CEDAW; a continuación, se muestra una tabla con los hechos del caso y los estándares establecidos.

²⁹ Resolución Ministerial N° 1046-2020-Minsa, que aprueba la "Directiva Sanitaria N° 127-Minsa/2020/DGIESP. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-sanitaria-no-127-minsa2020digesp-di-resolucion-ministerial-no-1046-2020minsa-1913018-3/>

Caso K.L. contra Perú

Hechos: En 2001, una adolescente de 17 años solicitó un aborto terapéutico pues presentaba un embarazo con feto anencefálico que ponía en riesgo su salud. El hospital que la atendió, rechazó su solicitud por considerar que el embarazo no ponía en riesgo su salud física; no se valoró el daño a su salud mental.

Luego de tener el parto, el personal de salud la obligó a amamantar al recién nacido, que falleció días después.

El año 2002, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer- DEMUS, junto al Centro para los Derechos Reproductivos (CDR) y el CLADEM presentaron una petición contra el Estado peruano ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.

El año 2005, el Comité emitió Dictamen sobre el caso, declarando que el Estado peruano vulneró en perjuicio de K.L., los derechos establecidos en los artículos N° 2 (no discriminación), N° 7 (no tortura ni penas o tratados crueles, inhumanos o degradantes), N° 17 (no injerencias en la vida privada) y N° 24 (protección de los derechos del niño sin discriminación) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Estándares:

-Se debe garantizar el acceso a los servicios legales de aborto en virtud del PIDCP.

- La prohibición del acceso al aborto legal en casos donde se pone en riesgo la salud mental constituye un acto de tortura, tratos crueles, inhumanos o degradantes.

- Los Estados deben adoptar un enfoque de género; asimismo, debe haber una especial protección en casos de menores de edad, cuando se trate de proveer acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

- Se debe brindar atenciones diferenciadas a las menores de edad, debido a la especial vulnerabilidad de las niñas y adolescentes; así como garantizar la atención integral, apoyo médico y psicológico necesarios para cada caso concreto.

- Los Estados tienen la obligación de adoptar medidas para garantizar que no se produzcan violaciones similares en el futuro.

Elaboración propia

Caso L.C. contra Perú

Hechos: En 2007, una niña de 13 años embarazada por violación sexual intentó suicidarse y sobrevivió. Fue trasladada a un hospital, donde informaron a su madre que necesitaba una operación en la columna para evitar una discapacidad permanente. Sin embargo, cuando los médicos se enteraron que estaba embarazada se negaron a practicarle la operación; la mamá de L.C. solicitó un aborto terapéutico a favor de su hija, pero éste también fue denegado.

Finalmente, la niña tuvo un aborto espontáneo y quedó parapléjica a falta de una operación oportuna.

El año 2009, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos- PROMSEX, en conjunto con el Centro de Derechos Reproductivos, presentó una comunicación ante el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) contra el Estado peruano por la vulneración de los derechos de L. C.

El año 2011, el Comité emitió Dictamen sobre el caso, declarando que el Estado peruano vulneró en perjuicio de L.C., los derechos establecidos en los artículos N° 2.c (protección jurídica de los derechos de la mujer sin discriminación); N° 2.f (modificar o derogar leyes, reglamentos, usos y prácticas de discriminación contra la mujer); N° 3 (asegurar el pleno desarrollo y adelanto de la mujer); N° 5 (modificar patrones socioculturales para eliminar la idea de superioridad o inferioridad de géneros, así como garantizar que en la educación familiar se incluya una comprensión adecuada de la maternidad) y N° 12 (no discriminación en la atención médica) junto al artículo N° 1 (definición de discriminación contra la mujer) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Estándares:

-La falta de un procedimiento eficaz y accesible para acceder al aborto terapéutico vulnera el derecho de las mujeres a la no discriminación en la esfera de la atención médica, lo cual se agrava por la edad y por la condición de violación sexual

- Los Estados deben reconocer que el aborto terapéutico se interpreta de forma amplia, teniendo en cuenta no solo el daño físico, sino también el daño a la salud mental de la víctima.

-Los Estados deben eliminar la discriminación contra las mujeres en los servicios de salud médica, garantizando la erradicación de patrones discriminatorios de género en el personal de estos servicios.

- Los Estados deben establecer un procedimiento eficaz y accesible que permita el acceso de las mujeres a un aborto legal; en ese sentido, adoptar las medidas necesarias para garantizar el acceso a servicios oportunos y adecuados en casos de aborto legal.

- Los Estados deben adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica, incluyendo aquello que refieren a la planificación familiar y servicios de salud reproductiva.

- Los Estados no deben anteponer la función reproductiva de las niñas ni mujeres a su derecho a la salud, la vida y la vida en condiciones dignas.

- Los Estados deben adoptar disposiciones de derecho interno, legislativas, medidas ejecutivas y políticas públicas a fin de garantizar los derechos de las mujeres y las niñas; en ese sentido, revisar la legislación existente a miras de establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico.

4.

PROBLEMAS EN LOS SERVICIOS PÚBLICOS DE PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y ERRADICACIÓN DEL EMBARAZO INFANTIL FORZADO

Como señalamos en la sección anterior, en el Perú contamos con un marco jurídico que establece obligaciones para prevenir, atender y sancionar la violencia sexual; además, se han generado avances normativos para la atención intersectorial del embarazo infantil forzado a través del Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y EE. SS y la Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA-2020-DGIESP.

Lamentablemente, el cumplimiento del mencionado marco normativo no es garantizado en la gran mayoría de los casos de violencia sexual infantil y EIF que llegan a las instituciones. Uno de los factores que explica este incumplimiento son los problemas presentes en los servicios públicos encargados de ejecutar estas normas y la articulación de los sectores correspondientes de brindar una protección integral a las niñas. Esta realidad ocurre tanto en las zonas urbanas como rurales.

En esta sección, vamos a exponer los principales problemas que, desde CLADEM Perú, hemos identificado en estos servicios; en ese sentido, focalizaremos nuestro análisis en los centros educativos, establecimientos de salud, Centros de Emergencia Mujer; así como el Poder Judicial y el Ministerio Público. Cabe precisar que, cada vez que nos refiramos a “niña”, estaremos haciendo alusión a las menores de 14 años, que es la sujeta de derecho en la que estamos focalizando el análisis en este informe.

4.1. Anotaciones sobre las fuentes utilizadas

Los problemas que presentaremos han sido identificados colectivamente en las Mesas de Diálogo con representantes del Estado y organizaciones aliadas/os de la sociedad civil que Cladem Perú organizó desde 2020 hasta 2021 como parte del proyecto “Vigilancia e Incidencia para la Prevención, Atención y Sanción del Embarazo Infantil Forzado (EIF) en Perú”, financiado por el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas.

Dichas mesas tuvieron como objetivo identificar las principales barreras que impiden que las niñas víctimas de embarazo infantil forzado accedan a la justicia, reciban una atención integral a su salud y tengan restituidos otros derechos humanos como la educación. Estas se realizaron en Lima, Piura, La Libertad, San Martín, Junín, Arequipa y Cusco, regiones que anualmente reportan preocupantes cifras de violencia contra mujeres, niñas y adolescentes.

A continuación, precisamos información sobre dichas Mesas, así como de las integrantes de Cladem Perú que contribuyeron activamente en el desarrollo de estos procesos.

Región	Fecha de realización	Asistentes	Integrante de Cladem Perú responsable de la actividad
Macrocentro (Lima y Junín)	30.06.2020	20 asistentes (3 funcionarias públicas, 1 exfuncionaria, 14 integrantes de sociedad civil, 2 asesoras congresales)	Coordinación Nacional
Piura	18.08.20	23 asistentes (7 funcionarias/os públicas/os, 16 integrantes de sociedad civil)	Victoria Juárez Upiachihua Betty Arbulú Zuñiga Colectivo por la Igualdad de Género
Cusco	21.08.2020	35 asistentes (33 servidoras/es públicas/os, 2 representantes de universidades)	Katya Zamalloa Edelmira Ccoto
Macronorte (San Martín y La Libertad, excepcionalmente Amazonas, Cajamarca y Ancash)	24.08.2020	19 asistentes (6 funcionarias/os públicos, 13 integrantes de sociedad civil)	Irma Ganoza CPM Micaela Bastidas
Arequipa	27.08.2020	60 asistentes (entre funcionarias/os e integrantes de sociedad civil)	Catherine Rojas Asociación Civil Humanidad Libre
San Martín	06.03.2021	19 asistentes (13 funcionarias/os, 6 integrantes de sociedad civil)	Elvira Angulo Tuesta Promoción y Desarrollo de la Mujer
Lima	25.03.2021	20 asistentes (6 funcionarias/os, 14 integrantes de sociedad civil)	Coordinación Nacional
Cusco	21.04.2021	34 asistentes (13 funcionarias/os, 21 integrantes de sociedad civil)	Katya Zamalloa Edelmira Ccoto
La Libertad	22.04.2021	23 asistentes (8 funcionarias/os, 15 integrantes de sociedad civil)	Irma Ganoza CPM Micaela Bastidas
Junín	27.04.2021	21 asistentes (12 funcionarias/os, 9 integrantes de sociedad civil)	Ana Cosme Méndez Instituto de Desarrollo Rural
Arequipa	30.04.2021	Funcionarias/os e integrantes de sociedad civil	Catherine Rojas Asociación Civil Humanidad Libre
Piura	24.05.2021	15 asistentes (6 funcionarias/os, 6 integrantes de sociedad civil)	Victoria Juárez Upiachihua Betty Arbulú Zuñiga Colectivo por la Igualdad de Género

Estas mesas contaron con la presencia de la coordinadora de Cladem Perú Lisbeth Guillén (periodo 2019 a 2021) y con María Ysabel Cedano, consultora del proyecto “Vigilancia e Incidencia para la Prevención, Atención y Sanción del Embarazo Infantil Forzado (EIF) en Perú”, quien al inicio de las Mesas brindó a las y los asistentes una exposición de la problemática del EIF, así como de las normas existentes.

Aparte de las Mesas de Diálogo, también tendremos como fuente de información los hallazgos recogidos en los dos Diálogos Ciudadanos que el Cladem Perú organizó, respectivamente, el 11 de abril del 2019 y el 28 de agosto de 2019.

Los Diálogos Ciudadanos, a diferencia de las Mesas de Diálogo, estuvieron dirigidos principalmente a funcionarios/as y autoridades tomadores de decisión de los sectores educación, salud, justicia, así como mujer y poblaciones vulnerables, a fin de darles a conocer la problemática del EIF y comprometerlos/as con su erradicación.

4.2. Problemas comunes en todos los servicios para prevenir, atender y sancionar la violencia sexual y el EIF

Como hemos referido, a lo largo de las 12 Mesas de Diálogo realizadas se identificaron un conjunto de problemas que obstaculizan la prevención y atención efectiva de los embarazos infantiles forzados en los siguientes servicios: centros educativos, los Centros de Emergencia Mujer, establecimientos de salud, Poder Judicial y el Ministerio Público.

A continuación, presentamos un conjunto de problemas comunes en todos los servicios referidos, los cuales dan cuenta de una problemática transversal que demanda ser abordada de manera articulada e integral. Acto seguido, expondremos los problemas específicos en cada sector y las particularidades que adquieren, en algunos aspectos, según región.

Débil difusión de las políticas contra la violencia sexual y el EIF

Las normas y protocolos para la prevención y atención de la violencia sexual y el EIF no están siendo difundidos de manera efectiva. Existe un desconocimiento preocupante de estos instrumentos por parte de muchos/as servidores/as públicos del sector salud, justicia, mujer y educación; así mismo, por parte de la ciudadanía, lo cual incluye a las propias niñas y sus familias.

Este problema se hizo visible en las Mesas de Diálogo, donde –a pesar de que reunieron a funcionarias/os y representantes de sociedad civil comprometidas/os con los derechos humanos de las mujeres– el 57% de participantes de una mesa desconocía el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y establecimientos de salud; y, un 29% desconocía la Guía Nacional para la implementación del aborto terapéutico.

El caso más alarmante fue que en una Mesa de Diálogo sólo el 28% de las personas que participaron, conocía o habían escuchado sobre el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y los establecimientos de salud.

Teniendo en cuenta el contexto anterior, resulta preocupante la falta de difusión de la información en los diversos espacios, especialmente, en aquellos donde no existe una apropiación de los derechos de las niñas y mujeres.

Capacitaciones y procesos de sensibilización insuficientes

No se está garantizando en los/as servidores/as públicos una capacitación sostenida sobre las normas intra e intersectoriales para atender casos de violencia sexual y EIF como el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y establecimientos de salud y la Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA-2020-DGIESP. Tampoco se realizan procesos de sensibilización que promuevan en el personal de los distintos servicios la perspectiva de género, interseccionalidad, interculturalidad y el principio de Estado Laico.

Así, en el Diálogo Nacional realizado el 28 de agosto de 2019, una representante de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA informó que se tenía como meta para el 2020 capacitar a todas las personas que brindan servicios de salud a nivel nacional sobre el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los establecimientos de salud.

Sin embargo, en las Mesas de Diálogo—como la realizada en San Martín el 6 de marzo de 2021— se reportó que tales capacitaciones no se realizaron de forma suficiente en el 2020 y las veces que se realizaban no llegaban a todo el personal de salud, se destaca que quienes no tuvieron acceso dichas capacitaciones o contaron con un menor número de estas fue el personal del primer nivel de atención.

Se hace énfasis en que la mayoría de niñas víctimas de EIF tienen su primer contacto con los servicios de salud en el primer nivel de atención; por lo tanto, resulta importante que sean incluidos en las capacitaciones y programas de sensibilización para poder atender de manera eficiente esta problemática.

Débil articulación y coordinación entre servicios

Aunque de la Ley N° 30364 y su reglamento se desprende que la articulación entre servicios es una obligación primordial para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual o EIF, en la práctica, esta articulación no se garantiza en la mayoría de los casos atendidos. La capacidad de articulación entre los distintos servicios es muy deficiente y no suele ser supervisada ni fiscalizada.

Incumplimiento de la Ley N° 30466 que dispone la obligación de garantizar el interés superior del niño/a en todas las instituciones públicas

El principio de interés superior del niño/a no está siendo aplicado en los distintos sectores del Estado como establece la Ley N° 30466 y su reglamento. No existe un trato diferenciado para las niñas menores de 14 años que priorice su derecho a acceder al kit de emergencia y al aborto terapéutico de acuerdo con el interés superior de las niñas en la actuación de diversos funcionarios/as públicos de los distintos servicios que inciden en esta problemática.

Existe la idea equivocada que este principio sólo debe ser aplicado en el ámbito judicial.

No se prioriza la atención a la salud integral de las víctimas (lo cual incluye su salud sexual y reproductiva, así como mental)

Cuando se descubre un caso de violencia sexual contra una niña, las respuestas del sistema se suelen centrar inmediatamente en la denuncia penal, dejando de lado la atención a la salud integral de la víctima, que incluye la protección a su salud física y mental incluyendo su salud sexual y reproductiva. Asimismo, se deja de lado la dimensión social, puesto que no se garantiza un acompañamiento integral hasta la recuperación de la niña como sobreviviente de violencia.

Atención con estereotipos de género y perspectiva adultocéntrica

La atención que se brinda a las niñas está marcada por estereotipos de género y perspectivas adultocéntricas que asientan sobre ellas roles patriarcales y de cuidado que niegan su condición de sujeto de derecho. Cuando se descubre que existe un embarazo infantil forzado, se prioriza la maternidad y se busca desarrollar en la niña un apego hacia el producto de la violación, incluso si ello pone en grave riesgo su vida o salud física y mental.

Fundamentalismos y conservadurismos en el sector público

Los fundamentalismos y conservadurismos han impactado negativamente en el sistema de creencias de muchos/as profesionales que atienden en las instituciones públicas. Esto genera que, en la atención a las niñas, no se garanticen todos sus derechos humanos por prejuicios religiosos relacionados a la anticoncepción oral de emergencia y al aborto terapéutico, incluso por parte de profesionales que están adecuadamente capacitados/as y cuentan con información sobre esta problemática. Esto fue especialmente comentado en regiones como Cusco, Piura y Arequipa.

Normalización del embarazo infantil forzado

Existe una grave normalización del embarazo adolescente en distintos sectores del Estado, esta normalización se traslada también al embarazo infantil forzado, el cual no es percibido por muchos/as profesionales –en los distintos servicios– como un factor de riesgo en la vida de las niñas, ni es entendido como consecuencia de un delito de violación sexual, menos como una forma de tortura que afecta sus vidas.

Revictimización de las niñas en los distintos servicios de prevención y atención

Las niñas víctimas de violencia sexual y EIF están expuestas a revictimización en los distintos servicios del Estado. En lugar de asegurar una protección integral a su vida digna, las niñas se ven expuestas a nuevas situaciones de violencia por parte de las funcionarios/as públicos en los servicios de salud, educación y justicia a pesar del marco jurídico vigente.

Se ignora las consecuencias futuras del EIF para las niñas

Como consecuencia de la cultura adultocéntrica, que les exige responder a la violencia como mujeres adultas, y una cultura patriarcal, a las niñas víctimas de EIF se les impone la maternidad como destino, incluso si son niñas muy pequeñas. En ese sentido, las consecuencias de éste pueden ser la reproducción de las desigualdades económicas; por lo tanto, están más expuestas a círculos de pobreza y precariedad laboral que se profundizan a consecuencia de una maternidad infantil forzada que no considera sus deseos ni proyectos de vida.

Falta de un acompañamiento integral para las víctimas, que incluya la etapa postparto

En los servicios competentes no se garantiza un adecuado acompañamiento psicológico y social a las niñas víctimas de violencia sexual y EIF, situación que se agrava aún más si es que no se logra garantizar el aborto terapéutico y la niña lleva a término el embarazo. No existe un acompañamiento diferenciado ni políticas diseñadas específicamente para las niñas que asumen maternidades forzadas. Esta falta de soportes las expone a ellas y a sus familias a mayores círculos de pobreza, violencia y precariedad.

Débil Respuesta Intercultural para afrontar el EIF

Si bien existe el enfoque de interculturalidad, la respuesta de los/las funcionarios/as públicos no se condice con este enfoque; y, en algunos casos, resulta aplicado para justificar uniones forzadas entre la niña víctima de violencia sexual o EIF y su agresor.

Asimismo, faltan acciones interculturales con enfoque territorial que tengan en cuenta que existen lugares donde los servicios estatales aún no resultan accesibles. Se podrían articular acciones conjuntas con las comunidades campesinas, pueblos indígenas, rondas campesinas y defensores/as comunitarias.

Falta de acciones territoriales por gobiernos locales y regionales

Las normas incluyen a los gobiernos locales y regionales en las actuaciones para prevenir la violencia contra las mujeres; a pesar de ello, no se involucran de forma suficiente en la problemática de violencia contra las niñas.

Limitados recursos presupuestarios, humanos y logísticos en los servicios públicos

En las distintas instituciones que participan en la ruta de atención de las niñas, como el MIMP, el MINEDU, el MINSA, el Poder Judicial y el Ministerio Público se señala carencia de recursos humanos y logísticos en determinadas áreas, lo cual dificulta que se garantice una atención de calidad a las menores agraviadas.

Por ejemplo, se traduce en ausencia de espacios diferenciados y personal calificado que evite su revictimización la falta de implementación de Cámaras Gesell que garantice la entrevista única, entre otros.

4.2.1. Problemas en el sector educación

El sector educación cumple un papel clave en la prevención, detección y atención inicial de la violencia sexual; y, por ende, del embarazo infantil forzado. Como hemos señalado en este informe, en materia de prevención, los centros educativos deben cumplir con el Currículo Nacional de la Educación Básica y los Lineamientos para una Educación Sexual Integral, los cuales promueven la formación escolar y la ciudadanía desde el enfoque de género y derechos humanos.

En materia de **atención y denuncia** de la violencia identificada en el ámbito escolar, la cual incluye la violencia sexual, deben cumplir con las rutas de atención y derivación de casos dispuestas en los “Lineamientos para la Gestión de la Convivencia Escolar, la Prevención y la Atención de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescente”³⁰, así como reportar los casos en el portal virtual SíseVe.

En caso de EIF y maternidad infantil forzada, tiene la obligación de garantizar la continuidad educativa de la niña.

Corresponde al **Ministerio de Educación** (MINEDU), como ente rector de las políticas educativas nacionales, supervisar y garantizar la implementación de aquellas normas.

ACCESO DE LAS NIÑAS A LOS SERVICIOS DE EDUCACIÓN:

En las Mesas de Diálogo se identificó que un primer problema en materia de prevención, está en las dificultades que afrontan muchas niñas, principalmente en territorios rurales, para acceder a los servicios educativos. Se hizo hincapié en que este problema se agudizó con las medidas de confinamiento y de educación a distancia adoptadas a raíz de la emergencia sanitaria por la Covid 19, pues a las barreras geográficas que antes limitaban el acceso de las niñas a las escuelas, se sumaron las barreras digitales y además la profundización de roles de género que afectaron la continuidad educativa de muchas niñas.

Como señaló una representante de sociedad civil en la Mesa de Diálogo realizada en La Libertad el 24 de agosto de 2020 “(...) se está produciendo altos índices de deserción escolar no sólo porque las comunidades carecen de los medios (señal, equipos), sino porque las niñas y adolescentes deben asumir tareas del cuidado en sus hogares.”

IMPLEMENTACIÓN DE LA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL Y CON ENFOQUE DE GÉNERO:

Otro problema identificado, en el marco de la prevención, es que muchos centros educativos no están cumpliendo con garantizar la educación sexual integral y la educación con enfoque de género, en cumplimiento del Currículo Nacional de la Educación Básica y los Lineamientos para una Educación Sexual Integral.

Los factores que explican la débil implementación de la ESI y la educación con enfoque de género son muchos y se remontan a antes de la pandemia. En las Mesas de Diálogo se puso énfasis en las consecuencias de la arremetida fundamentalista que, desde 2016, hizo campañas contra la educación con enfoque de género. En esa línea, un representante de la UGEL de la provincia de Condesuyos en Arequipa manifestó:

“El enfoque de género aquí se ha satanizado por muchos docentes y también por varios padres de familia, si bien es cierto que está dentro del currículo, pero no lo toman en cuenta (...). No se puede trabajar con profesores con esos prejuicios, tiene que ser con especialistas en la materia de educación sexual para cambiar patrones machistas que todavía siguen fuertes y que existen mucho más en provincias.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa- 30 de abril del 2021).

³⁰ Aprobados mediante Decreto Supremo 004-2018-MINEDU, establecen orientaciones en base a normas como Ley 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas. Estos lineamientos han sido actualizados en el marco de la emergencia sanitaria por la COVID 19, a través de la R.M 274-2020 - MINEDU, que adecúa los procedimientos con las particularidades propias de la educación virtual.

Lamentablemente, la percepción de muchos/as asistentes en las Mesas de Diálogo –especialmente representantes de sociedad civil – es que desde el MINEDU no se están haciendo todavía esfuerzos suficientes para revertir los embates fundamentalistas, que han calado en docentes, directivos/as y padres/madres de familia. No se está garantizando todavía procesos de capacitación y sensibilización sostenidos, dirigidos al personal de los centros educativos, con enfoque de género e interculturalidad.

Otra de las barreras identificadas que explican la débil implementación de la ESI y la educación con enfoque de género es el machismo presente en muchos docentes, quienes no están calificados para enseñar con enfoque de igualdad, pues promueven en sus clases estereotipos de género y comentarios homofóbicos; en algunos casos se reporta que incluso son agresores sexuales y perpetradores de embarazos por violación. Sobre este punto, un Especialista de Convivencia Escolar de la UGEL de San Martín manifestó:

“(…) hay casos frecuentes de embarazo en la zona rural (…) es normalizado en las zonas rurales. Cuando se ha podido monitorear, se ha encontrado relaciones de pareja de los maestros con las niñas estudiantes, algunas incluso quedan embarazadas (…) la misma familia tiene conocimiento de ello y lo consienten.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual el 06 de marzo de 2021).

En el contexto de la pandemia, la educación sexual integral se ha debilitado aún más. Una representante de la Dirección Regional de Educación de Cusco manifestó que, en relación a la ESI, desde la Dirección de Tutoría se contaban con programas para la educación sexual; sin embargo, reconoció que “ahora con la pandemia no se ha estado implementando” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Cusco el 21 de agosto de 2020).

Respecto a la estrategia “Aprendo en Casa”, que se implementa en los colegios públicos, se mencionó que, si bien desarrolla algunos contenidos sobre igualdad de género, no aborda de manera suficiente temas relacionados al autocuidado y conocimiento del cuerpo, tampoco difunde las rutas que las niñas pueden seguir para denunciar un caso de violencia sexual. Sobre esto, una representante de un colectivo feminista en Arequipa mencionó: “En el Programa Aprendo en Casa hay algunos spots sobre prevención de violencia sexual, pero son pocos, entre los profesores tampoco es un tema que sea tratado con frecuencia” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa- 30 de abril de 2021)

Lo anterior es particularmente preocupante, considerando que en el contexto de emergencia sanitaria muchas niñas siguen confinadas permanentemente con sus agresores. En ese sentido, como manifestó una trabajadora del Hospital Regional de La Libertad:

“(…) Se tiene que fortalecer ESI desde un enfoque de prevención de la violencia sexual. Tenemos un gran problema ahí. Tiene que darse más herramientas a las niñas para cuidar su cuerpo y prevenir las violencias, hasta ahora no se consigue a pesar que hay programas de educación sexual”. (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en la Libertad- 22 de abril de 2021)

CAMPAÑAS DE PREVENCIÓN CONTRA LA VIOLENCIA SEXUAL Y EL EIF:

En las Mesas de Diálogo también se puso de manifiesto que desde hace décadas no se contaba con una gran campaña nacional de prevención de la violencia sexual infantil y las señales para identificarla, dirigida a la ciudadanía en general, con énfasis en las propias niñas y sus familias.

Se recalcó la importancia de difundir mensajes diseñados y dirigidos específicamente a las niñas, para promover su autonomía como sujetos de derecho y su empoderamiento; esta estrategia de prevención es clave, pues, como refirió una integrante de sociedad civil en la Mesa de Diálogo realizada el 27 de abril de 2021 en Junín: “(...) las niñas tienen mucho miedo, no hablan de lo que les pasó, mucho menos en zonas rurales, en que se normaliza y no se denuncian estos hechos”

Se evocó a la antigua campaña “Yo sé cuidar mi cuerpo” y se mencionó que el MINEDU, en articulación con el MIMP, MINSA y los medios de comunicación, debe promover campañas en ese sentido, que incluyan información sobre embarazo infantil forzado y el derecho de las niñas a acceder a la anticoncepción oral de emergencia y al aborto terapéutico. Se manifestó, además, que estas campañas deben realizarse de forma descentralizada y en articulación con los Gobiernos Locales y Regionales para tener un impacto en los distintos territorios a nivel nacional. Al respecto, una participante en la Mesa de Diálogo realizada en Piura manifestó:

“Se debe diseñar y ejecutar un programa de educación sexual integral con énfasis en la prevención para que niños y niñas conozcan y sepan cuidar su cuerpo, y sepan que pueden recurrir a alguien de confianza que les va a creer en caso de violencia. Por eso campañas como fue “Yo sé cuidar mi cuerpo” es un buen ejemplo (...)” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Piura el 18 de agosto de 2020)

DETECCIÓN, ATENCIÓN Y DERIVACIÓN DE CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL INFANTIL Y EIF:

En el ámbito de la detección y derivación de casos de violencia sexual y embarazos infantiles forzados también se identificaron problemas.

En principio, muchos/as participantes en las Mesas de Diálogo coincidieron en que no existen estrategias efectivas para detectar oportunamente los casos de violación sexual en las escuelas, así como los embarazos a consecuencia de esta agresión. Desde el ámbito educativo tampoco se activan oportunamente mecanismos de seguimiento ante señales de alerta. Una directora de una organización de la sociedad civil en Arequipa manifestó al respecto:

“Hemos encontrado casos en los que las niñas ya tenían entre 8 o 9 meses de gestación. Los primeros meses pasan desapercibidos. Si las niñas faltan al colegio, nadie se pregunta porque están faltando a clases, no hay seguimiento domiciliario. Tampoco hay comunicación de los colegios a las Demunas o MIMP y así las niñas quedan aisladas hasta el momento del parto. El Ministerio de Educación tiene que corregir esto.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa el 27 de agosto de 2020)

De otro lado, en las Mesas de Diálogo se manifestó que muchas instituciones educativas no denuncian los casos de violencia sexual identificados, como establece la Ley N° 30364, lo cual se ha agravado durante la pandemia, especialmente en las zonas rurales. De acuerdo con una representante de la Dirección General de Educación Básico Regular:

“En el ámbito urbano hay una disposición mayor a hacer denuncias, pero tenemos mayores problemas con el ámbito rural donde suele pasar que el que agrede es el compadre del padre de la niña, es un profesor, un director de escuela, donde además en el centro de salud tienen compadrazgo con el agresor, esto hace que sea difícil.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Lima el 30 de junio de 2020)

En relación a las razones por las cuales no se denuncia, una Especialista de Convivencia Escolar de la UGEL de San Martín manifestó en relación a la realidad en esta región:

“(…) Se ve mucho temor en los docentes, directores para reportar estos casos. El procedimiento es tedioso, hay mucha burocracia de por medio, no hay reacción inmediata de otras autoridades, y muchas veces se han visto involucrados de manera inadecuada, no hay medidas de protección hacia las menores, se han quedado para ser cuidados por los maestros, por eso se callan, cuando detectan una situación de esta naturaleza” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en San Martín el 6 de marzo de 2021)

Por otra parte, en regiones como Junín se mencionó que muchos/as docentes no denuncian porque se tiene arraigada la idea que los casos de violencia o de embarazos adolescentes son temas que deben resolverse dentro de la familia, a pesar que la mayoría de agresores están en esos entornos; además, muchos docentes normalizan que “(…) los padres prefieran sacarlas de los colegios y ocultar el caso.” (Mesa de Diálogo Macrocentro realizada de forma virtual el 30 de junio de 2020)

La falta de información sobre los procedimientos a seguir es otra de las razones que generan el incumplimiento del deber de denunciar por parte de docentes y directores/as del centro educativo. Una trabajadora de la Dirección Regional de Educación de Cusco manifestó, en la Mesa de Diálogo realizada el 21 de agosto de 2020, que en Cusco y en la mayoría de departamentos a nivel nacional “(…) hay bastante desconocimiento de los protocolos de denuncia de casos de violencia por parte de docentes.”

Se mencionó, en consecuencia, que no se cumple con derivar a las niñas a servicios especializados como los CEM, tal como establece el protocolo 6 de los “Lineamientos para la Gestión de la Convivencia Escolar, la Prevención y la Atención de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescente”. La falta de derivación expone a las niñas a embarazos forzados.

CONOCIMIENTO SOBRE EL KIT DE EMERGENCIA Y EL ABORTO TERAPÉUTICO EN LOS CENTROS EDUCATIVOS:

En las Mesas de Diálogo se señaló que uno de los problemas que origina que las niñas no sean derivadas a los servicios especializados es el desconocimiento de normas como el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los establecimientos de salud,³⁰ así como la Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA-2020-DGIESP, los cuales son percibidos por docentes y directivos/as como “normas de otros sectores” que no les corresponde conocer.

Esto trae como consecuencia que se desconozca, en el ámbito educativo, el derecho de las niñas a recibir la anticoncepción oral de emergencia en casos de violación sexual, así como el derecho a ser examinadas integralmente en los establecimientos de salud y solicitar el aborto terapéutico en casos de EIF.

En la Mesa de Diálogo Macrocentro, realizada el 30 de junio de 2020, una representante de la Dirección General de Educación Básica Regular manifestó que se ha incluido información sobre el kit de emergencia en los libros de tutoría; si bien dicha medida es importante, la estrategia de difusión tiene que fortalecerse mucho más.

LIMITACIONES DEL PORTAL SÍSEVE:

De acuerdo a los protocolos del MINEDU, los casos de violencia deben ser registrados obligatoriamente en el portal Síseve. En la Mesa de Diálogo realizada en Arequipa el 30 de abril de 2021 se mencionó que se debe difundir más el portal Síseve y vincularlo con los casos de violencia sexual. Como refirió una directora de una organización de sociedad civil en esta región:

“El Síseve en sus orígenes se creó para denunciar casos de bullying, luego actualizaron sus protocolos para denunciar casos de violencia sexual; sin embargo, todavía muchos/as docentes no logran comprenderlo así”.

Desde CLADEM Perú también hemos advertido deficiencias respecto a la forma en que este sistema está procesando la información de casos de violencia sexual, debido a que en la estadística que se presenta en su página web no se brinda información sobre la edad de las víctimas; además, no se incluye la posibilidad de reportar los embarazos a consecuencia de los hechos de violación sexual.

EIF EN LOS CENTROS EDUCATIVOS:

En algunas regiones se informó que cada año se reportan índices preocupantes de embarazos en menores de 14 años. Fue el caso de Piura, donde un Especialista de Convivencia de la Dirección Regional de Educación de esta región, informó en la Mesa realizada el 18 de agosto de 2020 que han identificado casos desde el primer año de secundaria, en niñas de 12 a 13 años. Asimismo, manifestó que, en el 2020, “se han registrado 67 casos de embarazos en adolescentes, 54 de ellas continúan en el programa “Aprendo en Casa” y 13 adolescentes no participan del mismo y no cuentan con información de su situación”.

La normalización del EIF es bastante extendida en los centros educativos. En muchos casos el embarazo de una menor de 14 años no se interpreta como producto de una violación sexual, por lo cual no se denuncia. Además, es común que en algunas regiones esta normalización se afiance en base a mitos o creencias culturales, lo cual da cuenta de la necesidad de promover estrategias interculturales contra el EIF. Así, en la Mesa de Diálogo realizada en San Martín el 6 de marzo de 2021, una representante de la Defensoría del Pueblo informó que:

“(…) en el distrito de Soritor, provincia de Moyobamba, a través del libro de incidencias del centro educativo se tomó conocimiento que 9 menores adolescentes quedaron embarazadas el 2017 luego de ataques sobrenaturales debido a que en la institución educativa estaría enterrado

un curaca de la cultura Chachapoyas que cada 2 años busca víctimas en su mayoría alumnas a quienes dejaría embarazadas.”

En San Martín, como hemos referido, se reportaron casos de niñas con embarazos producto de violaciones cometidas por sus propios docentes. Estos casos suelen ser naturalizados por las familias de las niñas, las escuelas y las comunidades. No se tiene en cuenta el peligro que un embarazo forzado representa para la salud y vida de la niña.

EIF Y DESERCIÓN ESCOLAR:

En materia educativa, una de las consecuencias más graves de un embarazo infantil forzado es que las niñas están expuestas a deserción escolar. Por ello, desde el 2010 la Ley N° 29600 Ley que fomenta la reinserción escolar por embarazo y su reglamento, tienen como misión garantizar la continuidad educativa de las niñas sin discriminación.

Lamentablemente, en las Mesas de Diálogo quedó en evidencia que esta norma no se está cumpliendo de manera suficiente. Por ejemplo, no se cuenta con una base de datos sobre embarazos en niñas reportados en los centros educativos como prescribe el artículo 7.J. de la Ley N° 29600. Así, lo constató Cladem Perú a través de un pedido de acceso a la información pública en que se nos informó que el sector educación no sistematizaba esta información³¹.

En la Mesa realizada en Junín el 27 de abril de 2021 se mencionó que una de las razones por las cuales se dificulta garantizar la continuidad educativa de las niñas es que “(...) los padres prefieren sacarlas de los colegios y ocultar el caso”. En la Mesa realizada en San Martín, se documentó que los casos de deserción escolar están vinculados a que las niñas son unidas de forma forzada con sus agresores, que suelen ser mucho mayores que ellas.

LIMITADOS RECURSOS PARA BRINDAR UNA ATENCIÓN INTEGRAL:

Otro de los problemas que se identificó es la ausencia de psicólogos y psicólogas que brinden una atención integral a las niñas víctimas de violencia sexual y EIF en los propios espacios educativos. Si bien en el marco de la Ley N.º 29719³² y su reglamento existe la obligación de proveer orientación y atención psicológica en los centros educativos, no se están destinando recursos presupuestarios suficientes para contratar al personal que se necesita.

Al respecto, un Especialista de Convivencia Escolar de la UGEL del departamento de San Martín explicó: “El presupuesto en educación es limitado para tener un psicólogo que dé soporte en los casos de violencia sexual”.

Aunado a ello, otra problemática que se desprende desde la zona rural es la deficiencia al momento de realizar el seguimiento de los casos desde el sector educativo, puesto que en dichas zonas existe una brecha en cuanto al acceso al Internet, a la conectividad; y, en algunos casos, al teléfono.

³¹ Se infiere de acuerdo a OFICIO N° 03150-2021-MINEDU/SG-OACIGED que registra la respuesta de la solicitud de acceso a la información respecto a la deserción por EIF realizada por Cladem Perú, en la que señala que dicha información no es recogida por el sector educativo.

³² Ley N.º 29719, Ley que promueve la convivencia sin violencia en las instituciones educativas. 21 de junio de 2011. Disponible en <https://espij.minjus.gob.pe/spij-ext-web/detallenorma/H1034168>

4.2.2. Problemas en el sector justicia

El acceso a la justicia es un derecho fundamental para las niñas víctimas y sus familiares; y, los operadores de justicia como fiscales, juezas y jueces del Poder Judicial tienen un rol importante para lograr que las niñas víctimas de violencia sexual y EIF puedan alcanzar justicia, recibir protección y reparación integral.

La Ley N°30364 dispone que todos los/las operadores que intervienen en el sistema de justicia deben actuar de acuerdo a las normas y protocolos establecidos, evitando la revictimización, los juicios de valor contra la víctima o la aplicación de estereotipos que generen discriminación o afectación a principios como el interés superior del niño y la niña.

4.2.2.1. Ministerio Público

De acuerdo con el Código de Niños y Adolescentes en los casos en que se tenga como afectados a niños, niñas y adolescentes será la fiscalía de familia la que intervenga desde la etapa policial.

Si bien el Ministerio Público se encarga de conducir la investigación en sede fiscal o en sede policial, en el marco de la Ley N° 30364 también tiene el deber de articular acciones con entidades del Estado para garantizar una atención integral a favor de las víctimas.

Según el Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, el Ministerio Público debe coordinar con el MIMP para la atención de la víctima en los CEM; además, atendiendo al nivel de riesgo, deriva a la agraviada a los servicios de salud para su atención integral (física y mental).

Aunque el protocolo anteriormente citado no lo diga expresamente, los embarazos infantiles forzados deben interpretarse como casos de riesgo grave.

Posibilidad de realizar una denuncia a favor niñas víctimas de violencia sexual e EIF

En algunas comunidades o centros poblados pertenecientes a regiones como Junín, Arequipa y Cusco, se ha reportado que no existen comisarías o fiscalías cercanas donde denunciar. Las distancias físicas son grandes y las familias de las niñas no cuentan con recursos para trasladarse a las localidades que sí cuentan con estas instituciones. En algunas localidades, tampoco existe acceso a internet para interponer una denuncia de forma virtual por los canales de WhatsApp y correo electrónico que habilita el Decreto Legislativo N° 1470. Esto demuestra la necesidad de fortalecer la perspectiva territorial e intercultural para optimizar el acceso a la justicia.

Investigación fiscal y niñas víctimas de violencia sexual e EIF

A nivel de la investigación fiscal, un problema que se encontró es que las niñas víctimas de violencia sexual y embarazos forzados no son tratadas como sujetos de derecho, sino como un instrumento de la actuación fiscal. Como indicó una representante de organización de sociedad civil en Lima: "(...) La víctima es tratada como un medio de prueba y si está embarazada o es niña, todo se convierte en un medio de prueba" (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual el 25 de marzo de 2021).

Derivación a establecimientos de salud: kit de emergencia y aborto terapéutico

Este enfoque de la actuación fiscal centrado únicamente en la persecución del delito, genera que las primeras diligencias fiscales se centren en recoger pruebas de los hechos denunciados y que no se priorice la atención a la salud física y mental de la niña agraviada.

En consecuencia, un problema que se identificó en las Mesas de Diálogo es que muchas niñas que son atendidas inicialmente en el Ministerio Público no son derivadas de forma oportuna a los establecimientos de salud, lo cual puede ser fatal en los casos en que la violación sexual ha sido denunciada dentro de las primeras 72 horas de ocurrida la agresión.

Esta falta de articulación entre servicios obstaculiza que el embarazo infantil forzado sea prevenido a través del acceso al kit de emergencia en casos de violación; en casos de EIF, obstaculiza que las víctimas puedan llegar a tiempo a los establecimientos de salud para ser informadas de su derecho a solicitar el aborto terapéutico y ser evaluadas integralmente.

Esta situación se buscó remediar con una propuesta que planteaba que los kits de emergencia fueran entregados por las Fiscalías o el Instituto de Medicina Legal; sin embargo, en las Mesas de Diálogo se advirtió que no era viable porque la aplicación de los medicamentos que componen el kit de emergencia sólo podía ser administrado por el personal de salud. Como indicó una juez suprema del Poder Judicial

“(…) Creo que no podríamos conciliar lo que es la función fiscal con esto que significa una atención en salud, por la propia misión del servidor o servidora, por la naturaleza del servicio de salud, la capacidad de atención se vuelca entonces en una optimización de la persona que así lo requiera. El fiscal no puede hacer eso porque no tiene la capacidad, no está predispuesto ni preparado para eso.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Lima el 25 de marzo de 2021)

Las Fiscalías deben fortalecer su capacidad de articulación con otros servicios del Estado para garantizar una atención integral. Para ello, es fundamental capacitar a fiscales sobre el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los establecimientos de salud, así como la Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA-2020-DGIESP, especialmente a quienes laboran en la especialidad de familia y el sistema especializado en violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar.

En relación al aborto terapéutico, una fiscal provincial Especializada en Delitos contra la Mujer e Integrantes del Grupo Familiar de Arequipa mencionó que atendió un caso de embarazo infantil forzado. Desde su despacho, encontraron dificultades de coordinación con el sector salud cuando derivaron el caso a un hospital:

“En la práctica tenemos dificultades, no hemos podido ubicar con quién contactarnos del sistema de salud. Es necesario que el sistema de salud haga visibles y públicos los canales de comunicación porque ese tema no espera, si bien el Código Penal no establece un plazo, en el protocolo [de aborto terapéutico] sí y los días cuentan” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa el 27 de agosto de 2020)

La fiscal no dio mayores detalles sobre el caso en concreto. Cabe mencionar que de acuerdo a la Guía Nacional para la implementación del aborto terapéutico es la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia la encargada de recibir la solicitud de aborto terapéutico y convocar a la junta médica encargada de evaluar el caso. Sin embargo, no se precisan los canales institucionales para que, desde la Fiscalía, puedan derivar estos casos.

Revictimización de las niñas víctimas de EIF

En las Mesas de Diálogo se mencionó que las niñas afectadas por violencia sexual e EIF suelen ser sometidas a constantes episodios de revictimización a lo largo de la investigación fiscal. No se procede en salvaguarda de su interés superior.

En la Mesa realizada en Piura el 18 de agosto de 2020, una representante de una organización de sociedad civil informó que, en el marco de sus acciones de vigilancia a los casos de EIF en esta región, encontraron que, a nivel de las Fiscalías: “(...) las autoridades no reciben las denuncias, porque dudan de las niñas, solicitan pruebas de ADN para formalizar las denuncias y se niega la aplicación de los protocolos (...)”.

En Junín, una representante del Ministerio Público informó que: “Muchos casos cuando se descubren no son en flagrancia”, lo que genera que, al no existir evidencias de lesiones físicas recientes, algunos fiscales consideren la prueba de ADN como el medio probatorio más idóneo para presentar a juicio cuando el producto del EIF nazca con vida. No se otorga la misma relevancia a las pericias psicológicas, que son elementos de corroboración válidos para otorgar verosimilitud al testimonio de la víctima, como se desprende del Acuerdo Plenario N° 2-2005 y Acuerdo Plenario N° 1-2011.

La revictimización también se expresa cuando, por falta de debida diligencia y cumplimiento de los requisitos de ley en la toma de declaraciones a las niñas, se les hace declarar más de una vez sobre los mismos hechos de violencia sexual sufridos. Sobre esto, una fiscal provincial de familia en Huancayo manifestó:

“Hay deficiencia para toma de declaraciones a nivel policial, fiscal, lo que hace que tengamos que volver a pedir declaraciones ampliatorias o testimoniales, lo que hace que haya retardo en avance del proceso.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Junín el 27 de abril de 2021).

El derecho a la declaración única de las víctimas tampoco es garantizado debido a una descoordinación entre el Poder Judicial y el Ministerio Público respecto a la programación de las entrevistas por Cámara Gesell. Sobre este punto se pronunció una representante del Ministerio Público de la región Arequipa:

“Tenemos limitaciones con las Cámaras Gesell (...). Dificultades en cuanto a la aplicación de las entrevistas únicas, para dar cumplimiento al artículo 19 de la Ley 30364, artículo 242 del Código Procesal Penal, que indica que estas cámaras Gesell deben de llevarse en las instalaciones de medicina legal de cámara Gesell del Ministerio Púnico, pero el Poder Judicial, que también tiene un protocolo, pide que psicólogos de Medicina Legal se constituyan a la cámara Gesell del Poder Judicial. Anteriormente ellos actuaban con sus propios psicólogos del sistema especializado, pero de pronto dejaron de hacerlo (...)” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa el 30 de abril de 2021)

Limitados recursos para una celeridad de atención de calidad

Otro de los problemas que se identificó en las Mesas de Discusión fue la carencia de recursos para la labor fiscal, lo cual repercute directamente en la calidad y celeridad de la atención.

Una representante del Ministerio Público mencionó que existe “(...) un limitado número de médicos legistas, lo que origina que las víctimas tengan que esperar tiempo prolongado para que sean evaluadas. Tampoco hay psicólogos y además carecemos de psiquiatras forenses” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Junín el 27 de abril de 2021.)

La revictimización también se expresa cuando, por falta de debida diligencia y cumplimiento de los requisitos de ley en la toma de declaraciones a las niñas, se les hace declarar más de una vez sobre los mismos hechos de violencia sexual sufridos. Sobre esto, una fiscal provincial de familia en Huancayo manifestó:

“Hay deficiencia para toma de declaraciones a nivel policial, fiscal, lo que hace que tengamos que volver a pedir declaraciones ampliatorias o testimoniales, lo que hace que haya retardo en avance del proceso.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Junín el 27 de abril de 2021).

Otro problema que se identificó y que afecta el derecho al acceso a la justicia de las niñas con discapacidad víctimas EIF fue el siguiente:

“(...) el problema de la falta de intérpretes debe ponerse en la agenda, tanto del Poder Judicial como del Ministerio Público, para que pueda contar con un intérprete de señas porque esto es sumamente importante. Por lo pronto el Ministerio de la Mujer tiene por CONADIS, un pool de peritos, profesionales especialistas en este lenguaje” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Piura el 24 de mayo de 2021.)

4.2.2.2. Poder Judicial

- Tiene un rol central en la ruta de protección estatal frente a la violencia contra niñas, niños y adolescentes. En el marco de la Ley 30364 y su reglamento, así como el Decreto Legislativo 1470 se encargan de dictar las medidas de protección y medidas cautelares a favor de la denunciante a través de los juzgados de familia.
- Si la denuncia por violencia se ha interpuesto directamente en el juzgado de familia y tiene como víctimas a los niños, niñas y adolescentes, comunica de inmediato a la Fiscalía de Familia o Mixta para su participación en el proceso especial.
- El juzgado de familia o especializado dispone lo necesario para supervisar el cumplimiento de las medidas de protección en todos los casos, en coordinación con las entidades pertinentes.
- Según el Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, debe coordinar con instituciones como los centros de salud, los CEM y otros involucrados en la protección de la víctima

Impunidad y dilación de los procesos

En un gran número de las Mesas de Diálogo se señaló que uno de los grandes problemas que afrontan las niñas víctimas de violencia sexual y embarazos forzados es la impunidad de sus agresores, muchos permanecen prófugos de la justicia o sin sanción penal a pesar de haber transcurrido muchos años desde la agresión sexual que originó el embarazo infantil forzado.

Justicia centrada en el agresor y no en la víctima

Con excepción de los juzgados de familia, las respuestas del Poder Judicial suelen centrarse principalmente en los agresores, ya sea en la determinación de una condena o en su absolución. La situación de vulnerabilidad de las víctimas no suele valorarse por los juzgados o salas penales que emiten sentencia, a menos que sea para tratarlas como medios de prueba o revictimizarlas a través de estereotipos de género.

En muchas sentencias no se examina el interés superior de la niña, lo cual contribuye con la impunidad y con el arraigo de una perspectiva adultocéntrica en la administración de justicia. Como señaló una funcionaria de la Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes del MIMP:

“Existe una ausencia de criterios para determinar el interés superior de la niña (...), no hay indicadores que establezcan lo que deben abordar las sentencias para determinar la correcta aplicación de este principio para garantizar los derechos de las niñas” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual el 30 de junio de 2020)

Como referimos antes, desde Cladem Perú hemos advertido esta ausencia de enfoque basado en los derechos de las niñas en la determinación de la reparación civil en sentencias por violaciones sexuales contra niñas menores de 14 años que quedaron embarazadas. Estas no suelen valorar el embarazo como un hecho que incrementa el daño en el proyecto de vida de la niña.

Medidas de protección para las niñas víctimas de violencia sexual y EIF

Frente a aquel errado enfoque de la justicia penal, centrado únicamente en el agresor, una jueza de familia de Huancayo resaltó la importancia del rol de protección de las juezas y los jueces de familia en el marco de los deberes establecidos por la Ley N° 30364 y su reglamento:

“Cuando escuchamos un hecho de violencia sexual en menores de edad y su posterior embarazo, siempre se piensa en el agresor, en cuántos años de pena privativa le han dictado, etcétera, pero pocos nos interesamos en lo que ocurrió con la víctima. (...) es ahí donde el juez de familia muchas veces trabaja para poder activar un sistema de protección que permita garantizar los derechos de las víctimas” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual el 27 de abril de 2021)

En las Mesas de Diálogo se manifestó que, lamentablemente, a pesar de su importancia, muchas medidas de protección se suelen emitir de forma tardía o no se hacen efectivas para proteger a las niñas víctimas de violencia sexual y embarazos forzados. Al respecto, se mencionaron casos de niñas víctimas de EIF que eran hostigadas por sus agresores luego de que se realizó la denuncia.

Los actos de hostigamiento y amenazas afectan no solo a la niña, sino también a su grupo familiar. En algunos casos, estos actos obligan a las niñas y sus familiares a desplazarse forzosamente a otros distritos o provincias, con el objetivo de tomar medidas eficientes de autocuidado y poder proteger su integridad física y mental ante el fracaso de las medidas de protección del Poder Judicial.

Pese a ello, se resaltó su potencialidad para proteger a las niñas frente a situaciones concretas de riesgo o violencia. Al respecto, un juez de la Subespecialidad de Violencia contra la Mujer y el entorno familiar de la Corte Superior de Justicia de Arequipa refirió sobre la función que podrían cumplir las medidas de protección para garantizar el acceso de las niñas a los servicios de salud sexual y reproductiva:

“Frente al hecho concreto de la violencia sexual contra las niñas menores de 14, podríamos nosotros disponer dentro de las medidas de protección que la Posta o Centro de Salud, quien atiende a estas niñas aplique el protocolo al que hizo referencia la Dra. María Ysabel Cedano [Protocolo de Actuación Conjunta], podríamos disponer que se aplique el D.S. 018-2019. Podría ser una medida adicional para los casos de violación contra las niñas y aportar desde nuestra posición- frente a los hechos consumados” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa el 27 de agosto de 2020)

En ese sentido, la efectivización y fortalecimiento de las medidas de protección resulta una tarea pendiente y muy importante en relación a la protección de las niñas víctimas de violencia sexual y EIF. Además, deben promoverse medidas de protección enfocadas en proteger el derecho a la salud integral de las niñas, lo que incluye el acceso a la AOE y al aborto terapéutico en caso de EIF.

Estereotipos de género en la administración de justicia

Otro de los problemas que se identificó en el Poder Judicial fue la existencia de estereotipos de género que obstaculizan el acceso a la justicia de las niñas. Por ejemplo, de acuerdo a un juez de familia de San Martín:

“El argumento de que en la selva las mujeres inician su vida sexual a temprana edad es un argumento recurrente en juicio y lo curioso es que son varias abogadas a las que se las escucha hablar así.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en San Martín el 6 de marzo de 2021)

En regiones como Piura se mencionó que existen operadores de justicia que revictimizan a la persona que ha sufrido violencia: “(..)diciéndoles, por ejemplo, por qué no te has cuidado, dónde has estado, que tus padres no te cuidan, tú haces lo que te da la gana, que hacías tan tarde en la calle, entonces esta situación, permite que estos embarazos se den en el silencio, estas violaciones se den en silencio” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Piura el 24 de mayo de 2021).

Fundamentalismos en el Poder Judicial

Además de los estereotipos de género, otra problemática que persiste en el Poder Judicial es el fundamentalismo que ha tenido un fuerte impacto en el pensamiento de muchos operadores de justicia, lo que se replica en sus sentencias. Sobre esto, una jueza de familia de Junín señaló que hacen falta estudios y capacitaciones sobre enfoque de género y derechos sexuales y reproductivos en la labor judicial porque “el conservadurismo ha calado e implica un retroceso; y, por eso, es necesario volver a actualizar y analizar qué cosa se ha plasmado en la jurisprudencia”.

Falta de capacitación en normatividad sobre derechos sexuales y reproductivos

De la misma manera que el punto anterior, la falta de capacitación a jueces sobre normas de Salud Sexual Integral y Salud Reproductiva, y el EIF son problema en el acceso a la justicia. De acuerdo a un Juez de Junín: “Existe un desconocimiento en los operadores de justicia porque no se les capacita lo establecido en la Guía Nacional sobre plazo máximo dentro de las 22 semanas de gestación para acceder al aborto terapéutico, por ello no se dictan las medidas desde sus judicaturas”.

Por otro lado, una jueza de familia de Lima sostuvo que: “Desde la Comisión de mujeres juezas, se tiene un proyecto de derechos sexuales y reproductivos, necesario para la actualización y perfeccionamiento de los operadores de justicia sobre enfoque de género”. Esto confirma que el problema es aún latente.

Estas capacitaciones deben incluir todo lo relacionado con su sector y los otros sectores que permitan una conexión armónica de todos los servicios de atención a las niñas víctimas de violencia y EIF con el objetivo de dar una respuesta adecuada para garantizar los derechos de las niñas.

Resulta importante destacar la participación de las juezas en las mesas de diálogo puesto que tenían un amplio conocimiento del EIF; así como de los estándares del sistema interamericano y de los pronunciamientos de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.

Derivación a otros servicios

Asimismo, se debe garantizar la derivación al CEM cuando la denuncia sea realizada en un juzgado de paz o de familia, y el equipo multidisciplinario debe confirmar que la niña haya tenido acceso al kit de emergencia en los centros de salud y que se dé cumplimiento a las medidas que disponga el juez o la jueza.

En las Mesas de Diálogo se hizo énfasis y fue un comentario frecuente la deficiencia de la articulación y comunicación entre los servicios públicos. Por lo tanto, resulta necesario fortalecer la articulación entre el Poder Judicial, el CEM y el sistema de salud y otros servicios; en ese sentido, debe implementarse eficazmente el Protocolo de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar para que se establezca un flujo integral de protección a las niñas víctimas de violación sexual y EIF, y se pueda garantizar sus derechos.

4.2.3. Problemas en el sector mujer y poblaciones vulnerables

En esta sección nos vamos a centrar principalmente en los Centros Emergencia Mujer (CEM) implementados por el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar (Programa AURORA) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Pero también haremos alusión a algunos problemas identificados en otros servicios como la Línea 100 y las Unidades de Protección Especial (UPE).

Los CEM son servicios públicos especializados, interdisciplinarios y gratuitos que tienen por finalidad garantizar atención integral que contribuya a la protección, recuperación y acceso a la justicia de las mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia; y, para ello, ofrecen consejería psicológica, defensa judicial y asistencia social a favor de las víctimas.

En el marco de la Ley 30364, tienen el estatus de órganos de apoyo al sistema de justicia porque otorgan a los juzgados de familia o especializados los informes psicológicos o sociales que permiten establecer medidas de protección.

INFORMACIÓN SOBRE EL KIT DE EMERGENCIA

Como se mencionó, de acuerdo al Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y Establecimientos de Salud es obligación del personal de los CEM brindar información sobre el kit de emergencia en casos de violación sexual a las víctimas o sus representantes legales; así como, acompañar y derivar a las víctimas a los establecimientos de salud.

Lamentablemente, uno de los problemas identificados en las Mesas de Diálogo fue que, en algunos casos, el personal de los CEM no está cumpliendo con informar a las niñas y a sus familiares sobre el derecho a recibir el Kit de emergencia, especialmente la AOE, para prevenir un embarazo forzado. Este incumplimiento de obligaciones suele hacerse por prejuicios y estereotipos de género sobre la maternidad que se busca imponer a las niñas.

Desde el acompañamiento que, como Cladem Perú, hemos brindando a algunas víctimas de embarazo infantil forzado en Lima y otras regiones, también hemos podido constatar dicho problema.

De otro lado, en los casos en que el personal del CEM sí ha brindado información a las víctimas y sus familias sobre el kit de emergencia, se han advertido situaciones en que la información ha sido incompleta, sesgada e insuficiente. Por ejemplo, en algunos casos no se informó a la niña, ni a sus representantes o familiares que, a pesar de haber recibido la AOE, no deben dejar de estar atentos/as a señales de embarazo, pues no es un método 100% efectivo. En muchos casos, el personal de salud tampoco cumple con precisar dicha información

INFORMACIÓN SOBRE ABORTO TERAPÉUTICO

En materia de acceso a la información, se identificó que, pese a los avances normativos, muchos CEM siguen sin garantizar información a las niñas y sus familiares sobre el derecho a ser evaluadas integralmente y solicitar, a través de los representantes legales de la niña, un aborto terapéutico.

En las Mesas de Diálogo se puso énfasis en que uno de los principales problemas que generan este incumplimiento es el sistema de creencias del personal de los CEM y los estereotipos de género sobre la maternidad que se imponen a las niñas. Como refirió una profesional de la salud mental del Instituto Nacional Materno Perinatal:

“(...) tengo la oportunidad de ver a varias, demasiadas niñas que tienen embarazos, y que han ido a los CEM y les han dicho que no llevar para adelante sus embarazos y no recibir a sus “angelitos” es un crimen. Así se pasa el tiempo y nosotras las vemos cuando tienen ya 32 semanas aproximadamente, lo único que queda es esperar el nacimiento, y asistir a la destrucción de la vida de estas jovencitas.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Lima el 25 de marzo de 2021)

Dentro del sistema de creencias, se identificó que el estigma sobre el aborto y los prejuicios religiosos del/a servidor/a público/a son factores que obstaculizan la garantía del derecho a la información de las víctimas. Como manifestó una fiscal provincial Civil y de Familia de Sullana:

“(...) las graves dificultades que se presentan se deben precisamente a los estereotipos de género, porque están enraizados, tanto en una forma ideológica-conceptual, que hacen que predomine concepciones religiosas, éticas. (...) Y eso ha sido uno de los problemas que verificamos en la omisión, precisamente de los responsables del CEM” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Piura el 24 de mayo de 2021)

En materia de información sobre aborto terapéutico, una abogada especialista en derechos humanos de las mujeres advirtió que la Línea 100 no está brindando información sobre aborto terapéutico, que cuando se llama para consultar acerca de este procedimiento, le indican que debe comunicarse con la Línea 113 del MINSA, la cual tampoco brinda la información sobre el acceso al aborto terapéutico. (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Lima el 25 de marzo de 2021)

Desde Cladem Perú hemos revisado el Protocolo de Atención de la Línea 100. Si bien este instrumento indica que se debe brindar información sobre la AOE, no exige el mismo tratamiento de la información respecto del aborto terapéutico, del cual no brindan pronunciamiento o información.

DERIVACIÓN DE CASOS A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Otro problema que se identificó fue que, en algunos casos, el personal del CEM no cumple con derivar a las víctimas a los establecimientos de salud, vulnerando así su derecho a ser atendidas de forma integral. Este incumplimiento de funciones suele quedar impune, pues no se abre procedimientos disciplinarios o penales hacia estos servidores/as públicos, que suelen actuar en base a prejuicios y estereotipos de género sobre la maternidad.

En otros casos, sólo se brinda información a las niñas y sus familiares, pero no se cumple con acompañarlos hasta el establecimiento de salud para garantizar una derivación efectiva. Como indicó una representante de la sociedad civil: “Tiene que haber un acompañamiento real como se ha dicho antes, no se trata de decirle: “vaya usted a un establecimiento”, hay que ir al

establecimiento”.

En los casos en que el personal del CEM sí cumplió con derivar a las víctimas a los establecimientos de salud, también se encontraron problemas con el acceso a la AOE y otros relacionados con los servicios en el sector salud como veremos más adelante.

ACOMPAÑAMIENTO SOCIAL A LAS VÍCTIMAS DE EIF

Otro de los problemas que se identificó fue que, en muchos casos, los CEM no aseguran un seguimiento sostenido a las víctimas en el plano social y de su salud mental. Las niñas quedan expuestas a nuevas situaciones de violencia, embarazos no deseados o forzados; así como a entornos familiares precarizados por el episodio de violencia sufrido. Además, se identificó que luego de derivar a las niñas a los centros de salud comunitarios no se hace un seguimiento a su recuperación socioemocional.

Esta falta de acompañamiento se intensifica cuando las niñas han tenido que asumir maternidades forzadas, debido a que no se les garantizó el aborto terapéutico. Las niñas que han tenido que asumir una maternidad forzada son tratadas como mujeres y no más como niñas. Como refirió una integrante de sociedad civil, respecto al caso de una niña víctima de EIF a la que no se garantizó un acompañamiento integral desde el CEM:

“La falta de acompañamiento tiene como consecuencia que las víctimas estén más expuestas a nuevos embarazos forzados, maternidad infantil forzada o no deseada, así como a deserción escolar, círculos de pobreza y discriminación que las marcan de por vida.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Lima el 25 de marzo de 2021)

LIMITADOS RECURSOS PARA UNA ATENCIÓN DE CALIDAD EN LAS ZONAS RURALES

Otro problema identificado es que muchos CEM, especialmente aquellos ubicados en zonas andinas y amazónicas, cuentan con escasos y limitados recursos humanos y logísticos. Estos obstaculizan las intervenciones en zonas rurales y debilitan las estrategias con enfoque intercultural y territorial.

Además, se evidenció el debilitamiento y falta de difusión de la Estrategia Rural del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar – AURORA, el cual tiene por finalidad garantizar la prevención y acceso a la justicia de en los casos de violencia de género desde el trabajo articulado entre comunidades campesinas o indígenas, equipos itinerarios del MIMP, así como centros educativos, familias y otros servicios de la localidad. En las Mesas realizadas en Junín y Cusco se reportó que durante la pandemia se incrementaron los obstáculos para la implementación de esta estrategia, lo que se traduce en muchas niñas indígenas expuestas a más violencia sexual y dificultades para acceder a la atención de su salud sexual y reproductiva.

Se mencionó que existe una ausencia de profesionales especializados- como traductores, intérpretes y otros - para intervenir en casos de violencia y explotación sexual contra niñas en estos territorios. Al respecto, la Coordinadora Regional de Programa Aurora en Junín manifestó:

“Aquí se requiere un nivel especializado de intervención, teniendo en cuenta inclusive determinados perfiles porque la zona de la selva central se hablan también otros idiomas, tienen también otras culturas, otros patrones que implican que nosotros tenemos que tener capacidades adicionales para sumar nuestro perfil para ingresar a esa zona o los otros profesionales de los otros operadores.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Junín el 27 de abril de 2021).

DESCOORDINACIÓN ENTRE SERVICIOS DENTRO DEL PROPIO MIMP

Otro problema identificado es que falta fortalecer la articulación entre los servicios del MIMP que intervienen en casos de niñas víctimas de violencia sexual y EIF.

Al respecto, en el Diálogo Nacional organizado por Cladem el 11 de abril de 2019 una exasesora congresal manifestó que, cuando un caso de embarazo infantil forzado se hacía mediático, acudían distintas instituciones del Estado (Defensoría del Pueblo, Defensa Pública, CEM y UPE) a reportar el caso y entrevistaban sobre los mismos hechos a las niñas agraviadas y sus familiares. En consecuencia, se les hacía repetir una y otra vez los hechos de violencia sufridos, lo que generaba revictimización.

De acuerdo a la especialista, esto refleja la falta de protocolos de actuación unificados para abordar los casos de EIF, problemática que debe ser solucionada por el MIMP como ente rector de políticas públicas contra la violencia hacia las mujeres.

4.2.3. Problemas en el sector salud

En esta sección nos vamos a centrar en los problemas identificados en los servicios de salud. Cabe resaltar que este es el sector donde más problemas se han identificado por parte de las y los participantes en las Mesas de Diálogo, por su implicancia directa en la garantía del acceso al kit de emergencia y el aborto terapéutico.

En el marco de la Ley N° 30364, su reglamento, tiene un rol central en la articulación intersectorial para la atención y protección de las niñas, adolescentes y mujeres frente a la violencia, particularmente la de índole sexual. En ese marco, se han emitido diferentes normas y protocolos para establecer la actuación del personal de salud y su articulación con los demás servicios, especialmente del sector justicia y mujer y poblaciones vulnerables.

Actualmente, el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y establecimientos de salud, así como la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP son las normas más importantes para garantizar el derecho de las mujeres y niñas a la información, así como su derecho al acceso al kit de emergencia y al aborto terapéutico. Establecen estándares específicos para la atención de las niñas, que están invisibilizadas de la Guía Nacional para la implementación del aborto terapéutico.

El derecho a la salud es el disfrute máximo de la salud física y mental este derecho se encuentra reconocido en la Constitución Política del Perú, en tratados internacionales de Derechos Humanos y en la Convención sobre derechos del niño/a.

DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Un problema identificado en las Mesas de Diálogo se relacionó con la falta de disponibilidad de postas y hospitales públicos, particularmente en zonas rurales. Las niñas que viven en estos territorios enfrentan la falta de disponibilidad de estos servicios y otros relacionados al sector justicia como las Comisarías, Fiscalías, Poder Judicial o servicios como los CEM. Como mencionó una representante de la Defensoría del Pueblo en Cusco:

“(…) los hospitales que implementan el aborto terapéutico están en las grandes provincias o en la ciudad de Cusco. Si se registran menos casos en zona rural, es porque las niñas son referidas a lugares donde hay hospitales, por eso registran como lugar de parto lo urbano y no rural.” (Mesa de Discusión realizada de forma virtual en Cusco el 21 de octubre de 2020)

Sin embargo, trasladarse a los establecimientos demanda tiempo y recursos económicos con los que no siempre cuentan las niñas y sus familiares; esto muestra que las niñas de estos territorios están más expuestas al EIF por cuanto sufren una triple discriminación por su género, etnia y condición económica.

ESTRATEGIAS TERRITORIALES FRENTE A LA FALTA DE DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS DE SALUD

Estas distancias geográficas respecto a los servicios, genera que las niñas de estas zonas tengan menos oportunidad de acceder a la anticoncepción oral de emergencia, dentro del plazo de 72 horas de ocurrida la agresión sexual o al aborto terapéutico, en el plazo máximo de 22 semanas que establece la Guía Nacional para su implementación.

Por eso, son fundamentales las estrategias territoriales que lleguen a las comunidades que no cuenten con servicios de salud disponibles. Al respecto, un fiscal provincial Civil y de Familia de Sullana en Piura resaltó la importancia de la Resolución Ministerial 127-2020-MINSA, en tanto dispone que un equipo multidisciplinario realice visitas a las comunidades para identificar casos de embarazos adolescentes:

“Sullana detenta muchos casos que vienen de las comunidades, casi la mayor parte. Hubo un caso (de embarazo infantil forzado de una niña abusada por su padrastro) en un caserío llamado El Murciélagos. En esos caseríos, no se tiene comisaria, no se tiene un puesto de salud. Se tiene un puesto de salud en Lancones, que para llegar tenía que caminar dos horas para internarse en los caseríos. (...) Ayudó en ese caso la Resolución Ministerial N° 127-2020 donde se crea un equipo multidisciplinario que debe concurrir a los lugares a hacer un tamizaje, en los términos médicos, una evaluación a aquellas personas, mujeres, niñas, niños, adolescentes que pudieran estar en esas circunstancias. Una visitadora identificó así el caso y se pudo empezar la atención”. (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Piura el 24 de mayo de 2021)

En la sección 3 de este informe hemos detallado los alcances de la Resolución Ministerial 127-2020-MINSA, diseñada para el contexto de la Covid 19. Aunque expresamente no se refiere a casos de EIF, sino a embarazos adolescentes, la estrategia territorial que plantea para garantizar la salud sexual y reproductiva de las adolescentes puede aplicarse y es necesaria en los casos de EIF.

Otro de los problemas que se comentaron en las Mesas son las dificultades para que los casos lleguen a tiempo a los servicios de salud competentes según necesidad de la niña agraviada. Por un lado, están los problemas ya mencionados de falta de derivación de las víctimas desde los otros servicios (CEM, Poder Judicial, Fiscalías, escuelas). Pero también contribuye a este problema la falta de referencia dentro del propio sector salud.

Recordemos que los kits de emergencia, de acuerdo a la Resolución N° 227-2019/Minsa, contienen distintos medicamentos según nivel de atención (la AOE distribuirse en todos); además, según la Guía Técnica para la implementación de aborto terapéutico, solamente los hospitales de segundo nivel deben proveer la interrupción legal de embarazo.

Lamentablemente, en las Mesas se evidenció que existe un grave problema de derivación de casos dentro del propio sector salud, especialmente en los servicios del primer nivel de atención, a los cuales suelen llegar inicialmente la mayoría de víctimas de violencia sexual e EIF. Como refirió un representante del Hospital Belén en Trujillo:

“El problema principal radica en la periferia, no se aplican estos protocolos [Protocolo de Actuación Conjunta CEM y EESS, Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP] en los establecimientos de primer nivel. Hay demora y no se siguen los canales adecuados. ¿Qué pasa con las gestantes adolescentes? Normalmente cuando llegan a los hospitales, llegan para la atención del parto”. (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en La Libertad el 22 de abril de 2021)

Capacitación sobre Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y EE. SS, y la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP

El problema señalado en el punto anterior se relaciona a otro: la insuficiente capacitación al personal de salud sobre las normas vigentes que facilitan el acceso de las niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violación sexual al kit de emergencia y el aborto terapéutico.

En el Diálogo Nacional realizado el 28 de agosto de 2019, una representante de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA informó que el sector tenía como meta para el 2020 capacitar a todo el personal de salud sobre el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y establecimientos de salud.

Así mismo, una de las metas del Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021 era que “el 100% de profesionales en establecimientos de salud de segundo nivel de atención y de acuerdo a la Guía Técnica de Salud R.M. 486/2014-MINSA, conocen y aplican el protocolo”.

En las Mesas de Diálogo quedó en evidencia que aquellas metas no se han cumplido. Se expresó en la mayoría de ellas (Lima, Junín, Cusco, Arequipa, San Martín) que no todo el personal de salud ha sido capacitado sobre las mismas, especialmente quienes trabajan en el primer nivel de atención.

DISPONIBILIDAD DEL KIT DE EMERGENCIA EN CASOS DE VIOLACIÓN SEXUAL

Los kits de emergencia son insumos fundamentales en la atención de las víctimas de violencia sexual y en la prevención del embarazo infantil forzado cuando los casos llegan al sistema dentro de las primeras 72 horas en que ocurrió la agresión sexual.

En cuanto a la disponibilidad del kit de emergencia, en las Mesas de Diálogo de Cusco y Arequipa funcionarios/as mencionaron que la mayoría de medicamentos que contiene están disponibles en los establecimientos de salud a nivel nacional, pues forman parte de otros paquetes de atención. Como manifestó una funcionaria de la Defensoría del Pueblo en Cusco:

“De acuerdo a una supervisión realizada por la Defensoría del Pueblo en provincias, Informe N° 21, se ha hecho una constatación, una consulta de la entrega de los kits en hospitales de nivel 2. La mayoría tenían el kit de emergencia, otros no lo tenían, algunos estaban incompletos o el kit no estaba debidamente armado en el área de emergencia, en los EESS de primer nivel informaron que sí tenían en el kit.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Cusco el 21 de abril de 2021)

Sin embargo, en algunas Mesas de Diálogo se informó la falta de ciertos insumos que integran el kit de emergencia, por lo cual no siempre se lo encuentra completo en los hospitales y establecimientos de salud. Fue el caso de Piura, Arequipa y La Libertad. Al respecto, un funcionario de la Estrategia Sexual y Reproductiva en Piura informó de las dificultades que existieron durante la pandemia:

“Sí, hemos tenido dificultades en el año 2020 porque muchos de estos insumos son provistos desde el nivel nacional y nosotros como parte del gobierno regional de Piura, no podemos hacer la compra de algunos insumos como, por ejemplo, anticonceptivo de emergencia, por ejemplo, los retrovirales que se utilizan para la post exposición no ocupacional al virus del VIH (...). Entonces esos son provistos del nivel central.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Piura el 18 de agosto de 2020)

El mismo funcionario mencionó en la misma Mesa “(...) los procesos de compra a nivel nacional se dejaron de prestar mucha atención, porque se le otorgó mayor atención a la emergencia por Covid. Esto pasó también en la región, al igual que en el nivel central.”

En el caso de Arequipa, se informó que para la entrega de la AOE en la mayoría de casos las víctimas deben ser conducidas al hospital, pues “en las Postas no cuentan con este Kit, hay uno a dos Kit de Emergencia y no completos.” (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en Arequipa el 30 de abril de 2021)

ENTREGA DE LOS KITS DE EMERGENCIA A LAS NIÑAS VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN

La falta de entrega de los kits de emergencia a las víctimas que llegan a los establecimientos de salud fue otro de los problemas identificados. De acuerdo a una funcionaria del MIMP:

“(…) el kit de emergencia no está siendo distribuido [entregado a víctimas de violación]. Ya desde el año 2019, dentro del Plan de Acción Conjunta verificamos que el MINSA no estaba garantizando la distribución (...)” (Mesa de Diálogo Macrocentro realizada de forma virtual el 30 de junio de 2020)

En la Mesa de Diálogo realizada en Arequipa el 27 de agosto de 2020, un representante de la Unidad Territorial del Programa Nacional Aurora manifestó que en esta región todavía hay problemas en la entrega del kit de emergencia "(...) no se garantiza si no hay alguien del MIMP presionando. Se tiene un sesgo cuando se trata de mujeres adultas".

En algunas regiones, esta resistencia para brindar información y garantizar el kit de emergencia, se vincula a una resistencia general que existe en el personal de salud en materia de salud sexual y reproductiva, pero que en las niñas tiene un impacto diferenciado. En la Mesa de Diálogo realizada el 30 de junio de 2020 en Junín, una representante de sociedad civil mencionó:

"Sigue habiendo enormes obstáculos para que las mujeres jóvenes obtengan anticonceptivos de parte del MINSA, por un tema de prejuicios que persiste. Y si esto ocurre con las mujeres adultas, las niñas con EIF deben estar enfrentando obstáculos aún mayores".

Entre las razones que explican el incumplimiento de esta obligación por parte del personal de salud, se resaltó, además de la falta de capacitación, el sistema de creencias conservador y discriminatorio contra las mujeres. En Cusco se mencionó que en ciertos establecimientos no se brinda información sobre la AOE por considerarla abortiva. Como señaló una representante de sociedad civil en la Mesa de Diálogo realizada en esa región el 21 de abril de 2021:

"Las normativas llegan, pero no se aplican por consideraciones religiosas que vienen desde las universidades y no quieren enfrentar esa responsabilidad. Hay resistencia para hacer lo que les corresponde frente a lo que consideran correcto".

Junto al factor de creencias, se reportaron también otras barreras que imposibilitan el acceso de las niñas al kit de emergencia, impuestos por el propio personal de salud. En Cusco y Arequipa, se reportó que algunos establecimientos se niegan a entregar los kits de emergencia los fines de semana.

En La Libertad, en algunos servicios de salud se exigió la necesaria presencia de los padres de la niña para entregarle el kit de emergencia, cuando con la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP el personal de salud está facultado para garantizar la administración del kit sin autorización de los padres, en salvaguarda del interés superior de la niña.

ABORTO TERAPÉUTICO

Como vimos en la parte inicial de este informe, la implementación del aborto terapéutico a favor de las niñas menores de 14 años es crítica. De acuerdo a datos del MINSA, de 2018 a 2020 solamente se practicaron a nivel nacional 10 abortos terapéuticos en niñas menores de 14 años.

De las 7 regiones en que se realizaron las Mesas de Diálogo, solamente en Lima (1) y en San Martín (1) se reportaron interrupciones legales del embarazo. En Piura, La Libertad, Junín, Arequipa y Cusco ninguna niña tuvo acceso a este derecho.

Como vimos en un punto previo de esta sección, la falta de capacitación sobre los protocolos y normas existentes es uno de los factores que explican este preocupante incumplimiento de la Guía Nacional para aplicación del aborto terapéutico. A continuación, presentamos otras problemáticas identificadas en las Mesas.

ESTIGMAS SOBRE EL ABORTO

Aunque el aborto terapéutico es legal, prevalece una estigmatización profunda del mismo en muchos/as servidores públicos, que pueden estar debidamente capacitados/as, pero no por ello garantizar su aplicación. Esta estigmatización se relaciona a una comprensión pecaminosa de la interrupción voluntaria del embarazo, que no la entienden como un derecho.

Como refirió una representante de sociedad civil en la Mesa de Diálogo realizada en Arequipa el 30 de abril de 2021: “Se ve al aborto como un crimen o pecado; no se distingue la diferencia entre participar del procedimiento, dar información y acompañar”.

Tal cual hemos explicado en el punto 3 de este informe, de acuerdo a la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020-DGIESP el aborto terapéutico debe ser garantizado desde un enfoque de prevención para no generar mayor daño en la niña, quien previamente ya ha sufrido la vulneración de su derecho a vivir una vida libre de violencia.

NORMALIZACIÓN DEL EIF EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Otro problema que se identificó es la grave normalización del EIF en el sector salud, que deriva de la normalización bastante extendida que existe sobre el embarazo en adolescentes mayores de 15 años. Detrás de esta normalización subyacen estereotipos de género asociados a la maternidad como destino de las mujeres, incluso si son niñas; asimismo, una falta de comprensión del grave daño que un embarazo forzado genera en la vida y salud física y mental de la niña. En esa medida, se desconoce su condición de sujeto de derecho de especial protección. En las Mesas de Diálogo se compartieron testimonios que grafican este problema.

“La idea de la maternidad como un destino biológico y no como una decisión, influye mucho en la obstaculización de parte de los operadores de salud para la atención adecuada.” Activista feminista en Huancayo (Mesa de Diálogo Macrocentro realizada de forma virtual el 30 de junio de 2020)

“(…) el obstetra, a pesar que era ginecología pediátrica, dijo “acá yo tengo embarazadas de 15 años que están en su segunda cesárea y no pasa nada” o “tener aquí a una mujer embarazada de 40 años es más riesgoso que el de una adolescente de 15 años”, entonces su argumento era que los cuerpos de las adolescentes se recuperan rápidamente. De modo que, los propios obstetras, los médicos asumen que el embarazo y el parto en adolescentes es normal.” Ex asesora congresal (Mesa de Diálogo Macrocentro realizada de forma virtual el 30 de junio de 2020)

“Cuando tuve la oportunidad de ir a un hospital y estábamos en una reunión de madres que estaban en periodo de puerperio, la enfermera llegaba a dar la capacitación, como son los cuidados del recién nacido y etc., y su ejemplo de madre emblemática para esa enfermera era una madre de doce años (...) tenía un discurso que valoraba la maternidad como principal función de las mujeres y si tienes 12 años, ya no eres niña, ya eres mamá. (...) Podemos tener las normas, el protocolo, pero si las personas que van a recibir a las víctimas siguen normalizado la violencia y no hay cambio de mirar”. (Mesa de Diálogo Macronorte realizada de forma virtual el 24 de agosto de 2020)

"En la selva ocurre igual (sobre uniones forzadas), pero está tan normalizado que, en mi caso, iba a pasar los controles de mi hija y tenía a mi costado una niña de 12 años con un segundo hijo. Era totalmente normal, no había ningún tipo de reparo por parte de servidores de salud." (Mesa de Diálogo realizada de forma virtual en la Libertad el 22 de abril de 2020)

ATENCIÓN SIN ENFOQUE DE NIÑEZ Y GÉNERO

Otro de los problemas identificados en la atención del aborto terapéutico es que cuando el personal de salud atiende a niñas con embarazos forzados, se les exige una respuesta de persona adulta. No se toman en cuenta los factores de riesgo o vulnerabilidad que justifica un abordaje diferenciado en la atención de una niña, quien no solo no es una mujer adulta sino que siempre debe ser considerada como víctima de violencia sexual.

Esta atención sin enfoque de niñez y género trae como consecuencia que en muchos centros de salud no existan consultorios diferenciados para atender a las niñas, lo cual se reiteró frecuentemente en las Mesa de Diálogo organizadas de forma virtual en Cusco.

De otro lado, también genera que el maltrato o situaciones de violencia obstétrica contra las niñas víctimas de EIF sea una constante. Se reportan casos en que el personal de salud las induce a una conexión emocional con el feto. Se les exige actuar como si fueran mujeres adultas con una maternidad deseada. Si las niñas llegan a tener partos, se las hace "dar a luz" de forma vaginal y no por cesárea, lo cual refuerza un trato cruel y degradante contra las niñas. Esto último fue reportado en Piura, según una organización de sociedad civil que participó en las Mesas de Diálogo, el 40% de partos en la región en niñas menores de 14 años se realizan vía vaginal.

DILACIÓN EN TRÁMITES DE SOLICITUDES DE ABORTO TERAPÉUTICO

Otro de los problemas identificados fue la prolongación intencional con que personal de salud tramita las solicitudes de aborto terapéutico. Debido a prejuicios sobre la interrupción legal del embarazo, algunos profesionales, actuando de mala fe, prolongan innecesariamente el tiempo para dar respuesta a las solicitudes, sobrepasando el plazo de 06 días para el acceso a este procedimiento. Los/as servidores/as que obstaculizan el acceso de las niñas al aborto legal no suelen ser sancionados por dichas conductas.

OBJECCIÓN DE CONCIENCIA

También se identificó como problema que algunos proveedores de los servicios de salud realizan continuamente una "objección de conciencia de hecho" u objeción de conciencia indirecta; en tanto, debido a sus convicciones personales, no garantizan información ni atención oportuna a las víctimas, lo que deviene en una práctica obstruccionista que retarda injustificadamente la atención o no es posible visibilizar y contabilizar sus efectos de forma oportuna. Esta problemática se observó en casos reportados regiones como Junín, Arequipa y Cusco, en las que de 2018 a 2020 no se practicó ningún aborto terapéutico.

ATENCIÓN SIN ENFOQUE DE NIÑEZ Y GÉNERO

Otro problema identificado aludió a los criterios con que las Juntas Médicas deniegan las solicitudes de aborto terapéutico. Muchas solicitudes son rechazadas, pues se exige que las víctimas presenten un “grave problema de salud actual”, sin considerar los riesgos y las consecuencias del embarazo forzado en la vida de la niña.

No se tiene claro que, en los casos que involucran a las niñas, no se les debe exigir los mismos criterios para evaluar la afectación de la salud o la vida que en los casos de mujeres adultas. Como señaló una representante de sociedad civil en Lima:

“[Es necesario] reconocer el abordaje de la interrupción del embarazo desde la perspectiva de la niñez. A las niñas se les está exigiendo estándares de salud como si fueran mujeres adultas, que tienen que demostrar daños a la salud, cuando la propia edad está demostrada como un factor de riesgo como muestran las evidencias. La edad ya es un daño para el desarrollo de un embarazo (...)” (Mesa de Diálogo Macrocentro realizada de forma virtual el 30 de junio de 2020)

Como en el caso de la adolescente K.L. y de la niña L.C (detallados en el punto 3 del informe), el estándar sigue siendo en muchos casos la valoración únicamente de la salud física, dejándose de lado la valoración de la salud mental de las niñas y las implicancias en su salud social; además, se identifican casos en que incluso la salud física de la niña no es evaluada adecuadamente.

Esto se reflejó en el caso de una niña en la región de Iquitos víctima de EIF. Cuando se ingresó una solicitud para que se le practicara el aborto terapéutico en un hospital de su localidad, la Junta Médica indicó que no había ningún problema en su salud en términos físicos. Sin embargo, cuando se le hizo una evaluación en Lima se encontraron graves problemas físicos porque se trataba de un embarazo ectópico, que afectaba gravemente su salud física y mental.

ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL DE LAS NIÑAS VÍCTIMAS DE EIF

Teniendo en cuenta el contexto detallado en el punto anterior, no hay una adecuada evaluación ni atención a la salud mental de las víctimas que, en la mayoría de los casos, ni siquiera es tomada en consideración como factor para determinar el acceso al aborto terapéutico en niñas víctimas de EIF. Si bien los centros de salud mental comunitarios han sido fortalecidos, aún no se cuenta con suficientes psicólogos debidamente capacitados/as para atender a las niñas. Sin ese soporte emocional, muchas están expuestas a nuevas situaciones de violencia, depresión u otras enfermedades que afectan a la salud mental.

SANCIÓN A SERVIDORES/AS PÚBLICOS QUE NO CUMPLEN CON SUS OBLIGACIONES

En las Mesas de Diálogo también se enfatizó en la necesidad de sancionar a los/as funcionarios/as públicos que obstaculicen o nieguen injustificadamente el acceso al kit de emergencia y al aborto terapéutico, especialmente cuando no cumplen con su deber de garantizar información debido a sus prejuicios o estereotipos de género.

4.3. Problemas en el registro y difusión de información sobre embarazos y maternidades forzadas en niñas

Otro de los problemas identificados en las Mesas de Diálogo fue la ausencia de información estadística sobre embarazos y maternidades forzadas en niñas menores de 14 años, así como la falta de datos unificados sobre violencia sexual infantil.

Los embarazos en niñas menores de 14 años no son registrados por el Estado, a diferencia del embarazo en adolescentes mayores de 15 años que son reportados cada año por la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, en adelante)³³; lo cual permite hacer seguimiento cuantitativo a su evolución e incluso establecer metas porcentuales en las políticas públicas para reducir su prevalencia.

No obstante, en el caso de las niñas pertenecientes al rango etario de 0 a 14 años, solamente se cuenta con datos sobre maternidades. La fuente de consulta más accesible – y abierta al público – es el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo (CNV) en línea del MINSA. Aunque, este sistema no registra la totalidad de partos atendidos en el sector salud, pues su uso no es accesible en los territorios sin conexión a internet. Además, no está instalado en todos los establecimientos de salud a nivel nacional y no contiene data de aquellos casos en los que el producto del embarazo no nace con vida.

Esta dificultad fue expresada con mucha claridad por una funcionaria de la GERESA de Cusco³⁴:

“La estadística del CNV en línea tiene un sesgo de información, porque este sistema en línea sólo está en establecimientos de salud que tienen conectividad a internet y atienden un gran número de partos. Hay un 20% de registro de nacimientos que se hace todavía en los registros civiles de las municipalidades y esto es más en zonas eminentemente rurales. Ahí el problema es mayor, porque persiste el hecho que, si una niña ha llevado a término el embarazo, es su madre o ambos padres los que terminan registrando el nacimiento. De ahí la necesidad que en Cusco haya mayor cobertura de establecimientos que cuenten con CNV en línea”.

Estas limitaciones en el CNV en línea también fueron comentadas en las Mesas realizadas en las regiones de Arequipa, Cusco y Junín³⁵.

El subregistro de maternidades infantiles forzadas también se relaciona con otros factores de desigualdad estructural, como la distancia geográfica que muchas niñas afrontan para acceder a los servicios de justicia y de salud, incluyendo las postas médicas. Esto genera que muchas niñas tengan partos en sus propias casas o en sus comunidades; por consiguiente, no reciben atención institucionalizada durante el parto, situación que se ha agudizado a consecuencia de la pandemia³⁶.

Esta realidad muestra la urgencia de respuestas integrales de prevención y atención con enfoque intercultural. Como señaló un representante de la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza en la región de La Libertad³⁷: “El número de casos de niñas embarazadas en la sierra es muy grande pero no se da a conocer o se oculta porque no llegan al sector salud, también hay muertes durante el parto que se desconocen por las autoridades, porque se entierran en el campo.”

³³ Cabe precisar que, a partir de la ENDES del año 2018, se ha ampliado el rango de edad para medir los embarazos en mujeres en edad fértil (de 12 a 49 años); sin embargo, la prevalencia de embarazos en menores de edad (de 12 a 17 años) no se desglosa y se reporta en bloque, lo cual impide conocer los embarazos en menores de 14 años.

³⁴ Intervención hecha en la Mesa de Diálogo de la región de Cusco realizada el 21 de abril de 2021 vía plataforma Zoom

³⁵ Mesa de Diálogo realizada de forma conjunta entre Lima y Junín el 30 de julio de 2020

³⁶ Aumenta la mortalidad materna: el impacto silencioso de la Covid 19 en América Latina. Portal Ojo Público. 25 de marzo de 2021. Disponible en: <https://ojo-publico.com/2582/aumenta-la-mortalidad-materna-en-america-latina-en-pandemia>

³⁷ Intervención hecha en la Mesa de Diálogo de la región La Libertad realizada el 22 de abril de 2021 vía plataforma Zoom

Las cifras de maternidades infantiles forzadas que no son reportadas por el sistema de salud se hacen visibles si se realiza un contraste entre las cifras reportadas por el CNV en comparación con los datos del Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC, en adelante). Esta entidad reportó al Cladem Perú que registró 8 045 nacimientos de niños/as cuyas madres tenían de 0 a 14 años durante el periodo de 2015 a 2018, algunas de ellas tenían 7 u 8 años. Esta cifra resulta notoriamente superior a los 4 966 partos en niñas menores de 14 años reportados por el sistema CNV en línea esos mismos años.

Aunque pareciera que la fuente más confiable de datos sobre maternidades forzadas en niñas es el RENIEC, lo cierto es que esta entidad ha visto comprometida su capacidad de registro a consecuencia de las medidas adoptadas para controlar la pandemia³⁸. Sobre este punto, dio cuenta una representante del MIMP:

“[En el 2020] hubo un recorte presupuestal para el Reniec y para otras instituciones, incluso el propio MIMP, y por eso hubo una restricción de la dación de las partidas de niños recién nacidos de parte de Reniec. (...) ese es un problema que desde la Comisión del Plan multisectorial de Acción por la Infancia y la Adolescencia se ha advertido por su gravedad (...). Por otro lado, hay una gran cifra oculta de casos de hijos e hijas de menores de edad que no están siendo registrados. Se tendría que ver la dimensión de esta problemática a partir de estudios de casos, que no los hay, sobre embarazo de menores de edad y de embarazo infantil que no están siendo reportados hacia el Reniec.”

De manera análoga, también se identificaron problemas en el registro de información respecto a los casos de violación sexual contra niñas y mujeres en general. Si bien las distintas instituciones que atienden este delito cuentan con estadísticas sobre su incidencia (como el MIMP, Ministerio Público, Policía Nacional, Poder Judicial, etc.), no existe un registro unificado que armonice toda esta información; además, estas instituciones manejan distintas variables, omitiendo muchas veces aquellas que permitirían un análisis interseccional de la violencia sexual en las niñas, tales como etnia, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, entre otros.

Al respecto, una representante de sociedad civil en la región Arequipa³⁹ comentó: “Desde nuestra experiencia, nos hace falta data sobre muchos aspectos, además, la data que existe está dispersa y se debe unificar, pues se tiene información de diversos ministerios que no coinciden, se duplican o no están actualizados. Los softwares que las distintas entidades usan para el manejo de información y las variables que consideran son distintos entre sí”.

Esta falta de datos unificados y actualizados sobre violación, y violencia sexual en general ha motivado el pronunciamiento del Comité de los Derechos del Niño/a de las Naciones Unidas que, en sus últimas observaciones finales dirigidas al Estado peruano, ha recomendado solucionar este problema por sus implicancias negativas en las estrategias para prevenir y atender la violencia sexual⁴⁰.

³⁸ El Reniec, como muchas otras entidades públicas, cerró sus oficinas registrales de marzo a junio de 2020, debido a la cuarentena estricta que se decretó en ese periodo, lo cual limitó la inscripción de muchos/as recién nacidos/as. El recorte presupuestal a esta entidad fue de más de 22 millones de soles, lo cual impactó en los recursos para la continuidad de la estrategia de inscripción itinerante en zonas rurales que se implementa antes de la pandemia. Fuente: <https://www.gob.pe/institucion/reniec/noticias/340834-reniec-atiende-tramites-de-identificacion-de-menores-de-edad>

³⁹ Intervención hecha en la Mesa de Diálogo de la región de Arequipa realizada el 27 de agosto de 2020 vía plataforma Zoom

⁴⁰ Recomendación: “15. Aunque toma nota de los importantes esfuerzos realizados por el Estado parte para reunir y analizar datos sobre la infancia, el Comité está preocupado por el hecho de que los datos no estén suficientemente desglosados ni consolidados, lo que puede constituir un obstáculo para comprender y evaluar adecuadamente el caso de los niños que se encuentran en situaciones vulnerables y marginales” Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú. Disponible en: <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2016/05/G1604059.pdf>

Otro problema en materia de información, es la carencia total o parcial de datos sobre atenciones brindadas a niñas víctimas de violencia sexual o con embarazos forzados en los servicios públicos. Como manifestó una representante de una organización feminista en la región de La Libertad⁴¹: “(...) se deben sincerar los datos que se dan solo de manera general, no se sabe por ejemplo cuantas niñas han sido atendidas con el kit de emergencia y están accediendo al aborto terapéutico. No es fácil que te den esta información”.

Desde el Cladem Perú hemos hecho eco de esta dificultad, pues la hemos constatado en nuestra labor de vigilancia. Es problemático que no exista un portal público de acceso libre en Internet que informe mensualmente sobre los kits de emergencia entregados y los abortos terapéuticos aplicados; garantizando, por supuesto, la confidencialidad de datos privados de las niñas y mujeres atendidas. Para tener esta información, desde la sociedad civil debemos ingresar solicitudes de acceso a la información pública, lo cual dificulta un seguimiento sostenido y transparente de esta información que es de interés público.

Además, hemos identificado que algunos ministerios no están recogiendo datos esenciales para el abordaje adecuado de la violencia sexual y el EIF.

⁴¹ Intervención hecha en la Mesa de Diálogo de la región de La Libertad realizada el 24 de agosto de 2020.



CONCLUSIONES

Los hallazgos expuestos en el presente informe nos permiten arribar a las siguientes conclusiones:

1. En el Perú, el embarazo infantil forzado presenta una prevalencia alarmante. Si bien existe un subregistro de casos y falta de información sobre diversas aristas de esta problemática, la estadística que hemos obtenido del Ministerio de Salud muestra que:

- De 2018 hasta agosto de 2021 se reportaron 4 483 partos en niñas menores de 14 años a nivel nacional. Considerando esa cantidad de casos y otros reportados desde el 2016, tenemos que cada día 5 niñas menores de 14 son obligadas a llevar a término embarazos producto de una violación sexual.
- En el 2020, se registró un descenso de partos en niñas menores de 14 años reportados, a consecuencia de las mayores barreras que afrontaron las niñas para acceder a los servicios. Sin embargo, ese mismo año los partos en el grupo específico de niñas menores de 10 años se triplicaron respecto a años anteriores, lo cual sugiere que el incremento de la violencia sexual durante el confinamiento fue especialmente dramático en ellas.
- A pesar de que las niñas son sujetos de derecho de especial protección y el sistema en su conjunto debe garantizar su interés superior, son las que menos acceso están teniendo al kit de emergencia y al aborto terapéutico: Por ejemplo, en el 2020, el Ministerio Público registró 3 027 denuncias de violación contra niñas menores de 14 años; sin embargo, de acuerdo al MINSA, solamente 21 niñas accedieron a la Anticoncepción Oral de Emergencia. Ese mismo año, según información compartida en la plataforma de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, se practicaron 321 abortos terapéuticos⁴² y solamente 4 se realizaron en niñas menores de 14 años.
- En regiones como Piura, La Libertad, Junín, Arequipa y Cusco ninguna niña ha accedido al aborto terapéutico en los últimos tres años de acuerdo al MINSA. En Lima y San Martín solo se reporta un caso en ese mismo periodo.

2. En los últimos años se han generado avances normativos para mejorar la atención y prevención del embarazo infantil forzado. En materia de atención, en el 2019 se aprobó el Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros Emergencia Mujer y

⁴² Nota: Pandemia impactó en el acceso al aborto terapéutico. Disponible en página web de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia: <http://www.spog.org.pe/figo/proyecto/pedro-keiko-y-el-aborto-2/>

Establecimientos de salud; en el 2020, se emitió la Norma Técnica N°164-MINSA-2020. Ambos instrumentos buscan mejorar las condiciones para el acceso al aborto terapéutico y el kit de emergencia, que incluye la anticoncepción oral de emergencia, antirretrovirales y otros insumos importantes; en ese sentido, reconocen el derecho de las niñas y sus familiares a recibir información oportuna sobre estos servicios; además, reconocen el derecho de las niñas víctimas de violación sexual a una evaluación y atención integral de su salud física y mental.

En materia de prevención, en el 2021 se actualizaron los Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica, los cuales buscan fortalecer la prevención de la violencia sexual en las escuelas a través de la educación sexual integral, así como mejorar la atención de los casos de violencia sexual identificados a través de la implementación del protocolo 06 de los “Lineamientos para la gestión de convivencia escolar, para la prevención y la atención de la violencia contra niños, niñas y adolescentes”, lo mismos que fueron actualizados en el año 2020. El protocolo 06 dispone la derivación de las víctimas a los servicios especializados como los CEM para su atención integral.

3. Lamentablemente, identificamos serios problemas en la implementación de estas normas en los servicios públicos, lo cual dificulta el acceso de las niñas al kit de emergencia y al aborto terapéutico: por un lado, existe resistencia por parte de servidores/as públicos para cumplir las normas sobre el kit de emergencia y aborto terapéutico debido a un sistema de creencias patriarcal, colonial, racista, capitalista y adultocéntrico que niega a las niñas su condición de sujetos de derecho, así como el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos; este sistema de creencias les impone la maternidad como un destino y refuerza un estigma social en relación al aborto terapéutico, a pesar que éste es legal.

Por otro lado, no se están realizando capacitaciones sostenidas con enfoque de género, laicidad, interseccionalidad e interculturalidad dirigido a las y los servidores públicos, especialmente en cuanto a la atención de niñas indígenas, afrodescendientes, lesbianas, bisexuales, transexuales, no binaries, niñas con discapacidad y que sufren otras formas históricas de discriminación. Tampoco se están aplicando sanciones a las y los servidores públicos que no están garantizando los servicios. De otro lado, no se está realizando un acompañamiento efectivo a las niñas que son víctimas de embarazos forzados y asumen maternidades producto de esta forma de tortura. Finalmente, tampoco se está garantizando presupuesto público suficiente en los distintos servicios públicos que atienden a las niñas, ni se está asegurando de que cuenten con personal libre de prejuicios y estigmas



MEDIDAS URGENTES

Frente a la situación descrita, desde el Cladem Perú **DEMANDAMOS:**

Al Congreso de la República y al Poder Ejecutivo: Despenalizar el aborto para garantizar los derechos humanos, tales como el derecho a la integridad, salud, libre desarrollo, igualdad y dignidad de las niñas y niños, incluyendo a las niñas indígenas, afrodescendientes, lesbianas, bisexuales, trans, no binaries, niñas con discapacidad y que sufren otras formas históricas de discriminación. Exigimos que esta demanda histórica, necesaria para la justicia social, la democracia y la igualdad material, sea garantizada por estos poderes del Estado a través de las facultades legislativas, propias o delegadas, que les reconoce la Constitución Política.

Al Ministerio de Educación: Defender y fortalecer la implementación de la Educación Sexual Integral en todo el territorio nacional, con perspectiva de género, interculturalidad, interseccionalidad y derechos humanos, poniendo énfasis en la prevención de la violencia sexual y el embarazo forzado en las niñas.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y al Ministerio de Salud: Potenciar estrategias conjuntas para la implementación del Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros Emergencia Mujer y Establecimientos de salud, así como la Norma Técnica N° 164-MINSA-2020, a fin de que se garantice el acceso oportuno de las niñas víctimas de violencia sexual al kit de emergencia y al aborto terapéutico. Urge fortalecer la implementación de estas normas con enfoque intercultural, interseccionalidad y de diversidad sexual, que garantice el acceso a los servicios de las niñas que viven en zonas rurales, de pueblos indígenas, afroperuanos, trans, bisexuales, lesbianas, no binaries, niñas con discapacidad y que sufren otras formas históricas de discriminación. Así mismo, es urgente que el MIMP fortalezca su rectoría en la implementación de la Política Nacional de Igualdad de Género, a fin de que se garanticen los lineamientos y metas relacionados a la provisión del kit de emergencia e información sobre el aborto terapéutico. Es necesario incluir más presupuesto en el Programa Presupuestal orientado a Resultados de Reducción de la Violencia contra la Mujer – PPor, para fortalecer los servicios de prevención y atención de la violencia de género que sufren las niñas, garantizando personal idóneo en los distintos servicios.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables: Diseñar e implementar políticas que garanticen un acompañamiento integral y políticas de restitución de derechos vulnerados a favor de las niñas que han atravesado embarazos forzados y que han sido obligadas a ser madres producto de una violación. Debe garantizarse su derecho a la educación, protección social, atención a su salud mental y salud sexual y reproductiva, así como el acceso a la justicia sin revictimización.

ANEXO

RECOMENDACIONES DE LAS MESAS DE DIÁLOGO

Teniendo en cuenta los obstáculos y problemáticas identificadas, a continuación, presentamos un conjunto de propuestas para enfrentar el EIF y la violencia sexual contra las niñas. Estas propuestas han sido construidas conjuntamente en los espacios de diálogo entre la sociedad civil y aliados/as en el Estado.

En cuanto al manejo y producción de la data:

- Registrar anualmente la prevalencia de embarazos en niñas menores de 14 años, como se hace con los embarazos de adolescentes de 15 a 19 años a través de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar-ENDES.
- Armonizar la data existente sobre maternidades infantiles forzadas, proporcionada desde el MINSA y RENIEC.
- Incluir y difundir data sobre violación sexual y embarazos y maternidades infantiles forzadas en el Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar que tiene el MIMP. Se debe contar con información actualizada, estandarizada y con variables desagregadas por origen étnico, condición económica, relación y diferencia de edad con el agresor, entre otros, que permitan conocer el perfil de las víctimas y sus agresores.

Normas y políticas:

- Avanzar en el diseño y aprobación de estrategias específicas para la prevención y atención de casos de embarazos forzados en niñas menores de 14 años, que articulen con los mecanismos de la Ley N° 30364.
- Diseñar y aprobar un protocolo diferenciado que garantice un acceso oportuno y seguro al aborto terapéutico de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, cuyas vidas, salud física y mental están en riesgo.
- Desarrollar políticas de prevención del EIF más estructuradas desde el MIMP en articulación con los distintos sectores del Estado; además, urgen políticas centradas en el acompañamiento a las niñas que han asumido maternidades forzadas, para garantizar su no deserción escolar, así como programas de reparación económica y laboral que les permita tener una vida digna.
- Diseñar políticas de prevención y acompañamiento de casos de EIF desde los gobiernos locales (provinciales y distritales), pues se encuentran más cerca a la población y pueden contribuir con la difusión de información a la ciudadanía y con el enlace con servicios del Estado.
- Garantizar la despenalización legal y social del aborto para proteger los derechos humanos de la diversidad de mujeres y personas con capacidad de gestar. Mientras el derecho a decidir siga siendo un delito, se afianzará el estigma social y la discriminación.

Articulación entre sectores e instituciones del Estado:

- En la ruta de atención de los casos, se debe priorizar la atención de la salud física y mental de las niñas víctimas de violación sexual y EIF. Debe dejarse de anteponer la respuesta punitiva contra el agresor sobre el derecho a la salud integral de las víctimas, que incluye la salud sexual y reproductiva.
- Urge difundir las normas existentes de manera multisectorial, articulando no sólo los esfuerzos del gobierno central a través de los Ministerios competentes, sino a los gobiernos regionales y locales. Se debe identificar mensajes claves en estas normativas y difundirlos desde un enfoque de género, derechos humanos, interculturalidad, interseccionalidad y laicidad.
- Entre las normas cuya difusión se debe potenciar está el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y establecimientos de salud, la Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSA-2020-DGIESP y la Guía Técnica Nacional para la implementación del aborto terapéutico. Se deben difundir a todo el personal de salud en los distintos niveles de atención, especialmente a nivel operativo, así como a los CEM, Poder Judicial, Ministerio Público y MINEDU. Se deben elaborar infografías o manuales amigables de estas normativas y difundirlas a través de distintos canales virtuales y presenciales.
- Para difundir las normativas y sensibilizar a las y los distintos profesionales que intervienen en la ruta de atención y protección, es necesario un rol activo y más protagónico desde sectores como el MINSA, MIMP y los gremios profesionales.
- Promover procesos de capacitación conjuntos entre profesionales de los diversos servicios, con énfasis en justicia, salud y educación. Se les debe fortalecer en la aplicación de los protocolos y normas con enfoque de género, infancia, interculturalidad e interseccionalidad; además, con criterio de curso de vida a fin de que se comprenda lo determinante que es la atención que se brinde en este momento para la vida en desarrollo de la niña y sus posibilidades futuras.
- Las capacitaciones deben tener un enfoque que parta del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las niñas, y respeto a su autonomía progresiva. Se debe priorizar la sensibilización para que las y los profesionales en los distintos servicios respondan con empatía a las víctimas, evitando revictimizarlas o tratarlas como si fueran mujeres adultas. Es importante que las capacitaciones tengan un componente de talleres vivenciales, que permita avanzar en la modificación de los imaginarios discriminatorios contra las niñas.
- En aquellas comunidades en que los servicios estatales no están disponibles, se debe involucrar en el acompañamiento de las víctimas a las defensoras comunitarias, para ello es necesario capacitarlas en las normativas existentes y potenciar sus capacidades para identificar oportunamente casos de niñas abusadas sexualmente y embarazadas producto de dicha agresión.
- Se sugiere impulsar un solo registro de atención de casos de violencia sexual, de tal forma que si llega una niña primero al CEM se le asigne un número o código de registro que seguirá vigente en la atención que se le brinde en los otros servicios del Estado (interoperabilidad). Esto permitirá hacer seguimiento a las respuestas del sistema, en lo correspondiente al acceso a justicia, atención del derecho a la salud, entre otros.
- Es necesario trabajar y promover una estrategia articulada por parte del MINSA, MIMP, PNP, Poder Judicial y Ministerio Público para garantizar la entrega del kit de emergencia en casos de violación sexual.
- Las instancias de representación política, como congresistas y consejeras municipales, deben fiscalizar el cumplimiento de las normas, en lo que respecta al acceso al kit de emergencia y al aborto terapéutico. Esa fiscalización debe reforzarse a nivel de las zonas rurales, donde se advierten grandes dificultades para el acceso a los servicios y la derivación oportuna.

- A fin de contar con mejores profesionales en los distintos servicios es necesario que desde la SUNEDU, SERVIR y los Colegios Profesionales se promueva la formación en temáticas vinculadas a género, derechos humanos e interculturalidad, así como ética de la función pública.

Empoderamiento de las niñas:

- Las estrategias para prevenir los embarazos infantiles forzados deben partir de un enfoque de niñez, que fortalezca las capacidades y liderazgos de las propias niñas, empoderándolas a través del conocimiento de sus derechos y tomando en cuenta sus voces o propuestas en torno a la problemática, respetando su autonomía progresiva.
- Las niñas, adolescentes y sus comunidades deben ser parte del diseño de las políticas públicas que aborden la problemática del EIF.
- Promover espacios de incidencia y participación de las niñas sobre prevención y atención de violencia sexual y EIF a través de los Consejos Consultivos de Niñas, niños y adolescentes (MINEDU).

Al Poder Judicial y Ministerio Público:

- Fortalecer el sistema de justicia con perspectiva de género e infancia para que no se revictimice a las niñas que llegan a estas instituciones. Es necesario que se capacite a jueces y fiscales sobre las normativas entorno al EIF y los derechos sexuales y reproductivos, lamentablemente muchos de ellos/as no las conocen ni consideran como herramientas de trabajo.
- Promover mayor implementación de Cámaras Gesell, especialmente en territorios con menor acceso a servicios, para que los testimonios de las víctimas sean recogidos a través de entrevista única en esta metodología y se evite la revictimización.
- Las medidas de protección que el Poder Judicial dicta en el marco de la Ley N° 30364 deben pensarse también para la protección de la salud sexual y reproductiva de las niñas y evitar daños graves y permanentes en su salud. En ese sentido, se propone que los y las juezas emitan medidas de protección dirigidas a garantizar el acceso al kit de emergencia y al aborto terapéutico.
- En muchos casos de EIF los agresores siguen impunes y hasta prófugos de la justicia. Desde el Ministerio Público y el Poder Judicial se deben redoblar esfuerzos para garantizar el oportuno acceso a la justicia de las víctimas.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables:

- Fortalecer las capacidades de funcionarios/as de los CEM, para que brinden una atención oportuna y sin revictimización a las niñas y sus familiares. Se debe garantizar un acompañamiento integral y sostenido, en el ámbito legal y social que brinda este servicio. Ese acompañamiento debe continuar y potenciarse si es que la niña asume una maternidad forzada, la cual la expone a un mayor círculo de pobreza, deserción escolar y violencia.
- En las zonas donde no hay CEM, se debe fortalecer la estrategia rural del MIMP para identificar oportunamente casos de violencia sexual en las comunidades y facilitar el acceso de las víctimas a los servicios de salud, el kit de emergencia o aborto terapéutico, según corresponda.
- Coordinar una estrategia con el MINSA a fin de medir el grado de cumplimiento de la entrega de los kits de emergencia en casos de violación sexual y hacer seguimiento al cumplimiento de las normativas a través de los Comités Intersectoriales Locales en el marco del Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y establecimientos de salud.
- Promover estudios sobre casos de violencia sexual contra niñas que traen como consecuencia embarazos forzados para tener evidencia de las características de esta problemática.

- Diseñar y promover políticas de acompañamiento integral a las niñas que llevaron a término un embarazo forzado y tuvieron que asumir una maternidad infantil forzada. Esta política debe garantizar el fortalecimiento de los vínculos familiares, atención integral a la salud mental, continuidad en el sistema de justicia, así como vivir en un entorno libre de violencia. Dentro de este acompañamiento es importante garantizar consejería en salud sexual y reproductiva para evitar que las niñas asuman nuevos embarazos.

Al Ministerio de Salud:

- Garantizar capacitaciones desde un enfoque de derechos humanos, interculturalidad y de género. Es necesario estandarizar los procesos de fortalecimiento de las y los proveedores de salud, pues se brindan capacitaciones que no llegan a todos los niveles de atención del sistema de salud.
- Fortalecer a las/los profesionales desde el primer nivel de atención, pues muchas niñas víctimas de violencia sexual e IEF llegan primero a los centros médicos o postas; se tiene que garantizar que desde estos servicios sean derivadas a los establecimientos de salud con la logística para dar atención integral a las víctimas.
- Promover estrategias para que el personal de salud deje de naturalizar los embarazos en niñas menores de 14 años y los asuma como producto de una violación sexual, que pone en riesgo la salud física y mental de la agraviada. Las capacitaciones sostenidas deben apuntar a esa dirección.
- Priorizar la valoración de la salud mental de las niñas en las solicitudes de aborto terapéutico. No se debe restringir únicamente a la valoración de la salud física.
- Se debe garantizar una atención adecuada a las niñas y sus familiares, brindándoles toda la información para el uso correcto de la AOE y su derecho a solicitar una evaluación integral en caso se haya producido un embarazo forzado.
- Garantizar el abastecimiento de insumos que componen el kit de emergencia en los centros de salud a nivel nacional. Asimismo, se debe fiscalizar que el personal de salud atienda las emergencias por violencia sexual los fines de semana y que no condicionen la atención de las víctimas a que vivan en la misma jurisdicción en que se encuentra el centro de salud.
- El MINSA necesita mejorar la atención de casos de violencia sexual, fortaleciendo los centros de salud mental comunitarios en los que no siempre existe suficiente personal o si lo hay, no está adecuadamente capacitado.
- Garantizar el cumplimiento de la Norma Técnica Sanitaria N.º 164-MINSA-2020-DGIESP a fin que no se impongan trabas para la atención de las niñas y adolescentes cuando no se cuenta con el consentimiento del padre o la madre y se atente contra su interés superior.
- Establecer responsabilidades administrativas y penales para operadores de salud que se niegan, obstaculizan o demoran la atención con enfoque de género, de niñez y de derechos humanos a las niñas con EIF.

Al Ministerio de Educación:

- Impulsar campañas nacionales y locales que masifiquen información sobre el embarazo forzado en niñas y las políticas existentes para enfrentar la problemática. Estas campañas deben apuntar a la prevención.
- Fortalecer las capacidades de las y los docentes para la atención de casos de violencia sexual contra las niñas y cómo proceder en caso de embarazo forzados. Se tiene que incidir para que comprendan que el EIF es una problemática distinta al embarazo adolescente y está asociado principalmente a la violencia sexual.

- Capacitar al personal de los centros educativos sobre el derecho de las niñas a recibir el kit de emergencia o a acceder al aborto terapéutico, en el marco del Protocolo de Actuación conjunta entre CEM y establecimientos de salud y la Norma Técnica Sanitaria N° 164-MINSA-2020-DGIESP.
- Desde los centros educativos, se debe trabajar con las madres y padres de familia, sensibilizándolos sobre la problemática y fortaleciendo capacidades de soporte y detección oportuna de casos de violencia sexual.

A los Gobiernos regionales y locales:

- Seguir trabajando para posicionar el tema del embarazo infantil forzado en las regiones; pues todavía se invisibiliza dentro de la problemática del embarazo adolescente. Se deben aprobar políticas regionales de prevención contra el EIF, con programa presupuestal propio e indicadores de cumplimiento.
- Fortalecer y dinamizar las Instancias regionales, provinciales y distritales de Concertación para la prevención, sanción y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar-Ley 30364.
- Incidir en los gobiernos locales para que brinden servicios de alimentación o acompañamiento social, a fin de que las niñas con maternidades forzadas no dejen de estudiar.
- Contar mecanismos regionales que permitan que instancias de gobierno como los Consejos Regionales, cuenten con recursos y puedan realizar funciones de fiscalización en torno a la problemática en cada distrito, provincia o comunidad.
- Implementación de observatorios regionales contra el EIF y la violencia sexual hacia las niñas.
- Brindar seguimiento a la problemática a través de Mesas de Concertación Locales que permitan idear estrategias de forma articulada con otros sectores.
- Conformación de Comisión Local contra el EIF para articular a los distintos sectores con responsabilidad en prevención, atención y erradicación del EIF y la violencia sexual.
- Declarar mediante Ordenanzas que es de Interés Regional el problema del Embarazo Infantil Forzado, a fin de fortalecer un marco de exigibilidad regional para el diseño e implementación de políticas locales.

A la Sociedad civil:

- Creación de una Mesa Multisectorial e interinstitucional, con participación de sociedad civil, para proponer, articular y hacer vigilancia al cumplimiento de políticas contra la violencia sexual y el embarazo forzado en niñas.
- Es clave seguir con la vigilancia ciudadana para el cumplimiento de las normativas existentes y para exigir mejores respuestas desde las autoridades.
- Demandar mayor presupuesto para la implementación del Protocolo de Actuación conjunta entre los CEM y los Establecimientos de salud y la Norma Técnica Sanitaria N° 164-MINSA-2020-DGIESP; por ejemplo, presupuesto para garantizar la adquisición de los kits de emergencia.
- Es importante seguir articulando redes desde organizaciones feministas, colectivos barriales y activistas de distintas regiones para posicionar el EIF en la agenda pública y en los medios de comunicación.
- Formar y fortalecer redes de tele-activistas para acompañar casos de EIF y orientar a las víctimas y familiares sobre las rutas de atención en los servicios.

En un país justo, las niñas no son madres.
Luchemos por un futuro en el que todas las niñas peruanas
crezcan seguras, sanas y fuertes y que puedan tomar
decisiones libres e informadas sobre su salud y su proyecto
de vida.



Twitter:

<https://twitter.com/clademperu>

<https://twitter.com/CLADEM>

Facebook:

<https://www.facebook.com/ClademPeru>

<https://www.facebook.com/REDCLADEM>