

CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS

Caso No. CDH 10-2020

Brisa De Angulo Losada

vs.

Bolivia

AMICUS CURIAE

Presentado por:

EL CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS

Y

LA CLÍNICA DE DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS ALLARD K.
LOWENSTEIN INTERNATIONAL DE LA FACULTAD DE DERECHO DE LA UNIVERSIDAD DE
YALE

13 de abril de 2022

Catalina Martínez Coral

Carmen Cecilia Martínez

Edward Pérez

Milagro Valverde Jiménez

Centro de Derechos Reproductivos
Calle 73#7-31 Piso 8
Bogotá, Colombia.
Correo electrónico:
notificaciones@reprorights.org

James J. Silk, Esq.
Ryan Thoreson, Esq.

En el informe:
Alexandria Miskho
Megan Pearson
Jessica Tueller

Allard K. Lowenstein International Human Rights
Clinic
Yale Law School
P.O. Box 208215
New Haven, CT 06520-8215
Phone: 203-432-7480
Fax: 203-432-8260

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRESENTACIÓN.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
I. LOS NIÑOS Y NIÑAS TIENEN UNA CAPACIDAD QUE PUEDE EJERCERSE PROGRESIVAMENTE Y PARA SU PROTECCIÓN.....	4
II. BOLIVIA TIENE LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR QUE LOS NIÑOS Y NIÑAS TENGAN ACCESO A UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL QUE FOMENTE SU CAPACIDAD PARA RECONOCER Y RESPONDER A LA VIOLENCIA SEXUAL.....	7
A. La legislación internacional y la boliviana garantizan a los niños y niñas el derecho a recibir una educación sexual integral.....	7
B. Bolivia de proporcionar educación sexual integral conforme a los estándares internacionales en la materia.....	10
C. La educación sexual integral no está ampliamente disponible ni es accesible para NNA en Bolivia.....	11
D. La Corte debe garantizar que Bolivia proporcione una educación sexual integral y accesible a todos/as los niños y niñas, independientemente de que estén matriculados/as en una escuela pública o privada.....	12
III. BOLIVIA TIENE LA OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR SERVICIOS DE SALUD ASEQUIBLES Y DE CALIDAD QUE APOYEN A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL EJERCICIO DE SU AUTONOMÍA.....	13
A. El derecho a la salud se encuentra consagrado en las normas internacionales y en los precedentes de la Corte Interamericana, así como en la Constitución de Bolivia.....	13
1. El derecho a la salud abarca los servicios de salud sexual y reproductiva.....	14
2. El derecho a la salud abarca los servicios de salud mental.....	15
3. Siempre que sea apropiado, los servicios sanitarios deben ser accesibles sin autorización de terceros.....	15
B. Algunos de los servicios esenciales de salud no están ampliamente disponibles ni son accesibles en Bolivia.....	16
1. Las y los adolescentes en Bolivia suelen carecer de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.....	16
2. Adolescentes en Bolivia suelen carecer de un acceso adecuado a los recursos de salud mental.....	18
3. El acceso a los servicios sanitarios no debe verse obstaculizado por la autorización de terceros o la discriminación en Bolivia.....	19
C. Bolivia debe garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los servicios de salud mental, por parte de adolescentes, sin necesidad del consentimiento de un tercero.....	20
IV. BOLIVIA VIOLÓ EL DERECHO A LA AUTONOMÍA DE BRISA, AL NO BRINDARLE HERRAMIENTAS PARA EJERCER SU LIBERTAD RESPECTO A SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS.....	21
A. La legislación internacional y regional sobre derechos humanos protege el derecho a la autonomía sexual de las y los adolescentes.....	21
B. Bolivia violó el derecho de Brisa de ejercer sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos.....	23
C. Bolivia debe garantizar el derecho de las adolescentes de ejercer sus libertades sexuales libres de violencia de género y de violencia sexual.....	26
CONCLUSIONES.....	27

PRESENTACIÓN

El Centro de Derechos Reproductivos (“CRR” por sus siglas en inglés) y la Clínica de Derecho Internacional de los Derechos Humanos Allard K. Lowenstein International de la Facultad de Derecho de la Universidad de Yale (“la Clínica Lowenstein”) someten respetuosamente a la consideración de la Corte Interamericana de Derechos Humanos (“la Corte”, “el Tribunal” o “la Corte Interamericana”) este *amicus curiae* sobre el papel de los servicios de educación y salud en la construcción de la capacidad de los niños y niñas para ejercer sus derechos. Particularmente, se destaca la importancia de la Educación Sexual Integral en la provisión de herramientas que permitan a las niñas, niños y adolescentes (en adelante también “NNA”) desarrollar sus capacidades para comprender las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas basadas en el consentimiento -y sus vicios-, de modo que puedan ejercer sus libertades sexuales y reproductivas.

El Centro de Derechos Reproductivos es una organización internacional sin ánimo de lucro, que cuenta con más de 20 años de experiencia utilizando herramientas legales para promover la autonomía reproductiva como un derecho humano fundamental que todos los Estados están obligados a proteger, respetar y cumplir. El Centro, a través de su Oficina para América Latina y el Caribe, ha brindado información sobre los derechos humanos y los derechos reproductivos de las mujeres frente a los órganos de Tratados del Sistema de Naciones Unidas, ante los órganos del Sistema Interamericano de Derechos Humanos y ante Altas Cortes de toda la región. Asimismo, a través de sus demás oficinas regionales, el Centro ha ejercido funciones como experto técnico y amigo del tribunal en Altas Cortes domésticas de África, Asia y Europa, así como ante los Sistemas Europeo y Africano de Derechos Humanos.

La Clínica Lowenstein es un curso de la Facultad de Derecho de Yale a través del cual las y los estudiantes adquieren experiencia de primera mano en la defensa de los derechos humanos bajo la supervisión de abogados y abogadas especialistas en derecho internacional de los derechos humanos. La Clínica Lowenstein emprende cada trimestre una serie de proyectos de litigio, investigación y defensa en nombre de organizaciones de derechos humanos y de víctimas individuales de abusos contra sus derechos humanos. Los proyectos de la Clínica están diseñados para contribuir a los esfuerzos de protección de los derechos humanos proporcionando una asistencia valiosa a las organizaciones y a los clientes individuales, a la vez que proporcionan una experiencia práctica a las y los estudiantes sobre la gama de actividades en las que se comprometen a promover el respeto de los derechos humanos. La Clínica Lowenstein ha analizado y abordado con regularidad cuestiones relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como con los derechos de los niños y niñas.

INTRODUCCIÓN

Este caso presenta ante la Corte la importante cuestión de la prevención de la violencia sexual contra los niños y niñas. La representación de las víctimas, en su solicitud a la Corte, y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (“Comisión”), en su Informe de Fondo, han articulado estándares clave en relación con las obligaciones de Bolivia de prevenir, investigar y sancionar la violencia sexual contra la niñez, incluyendo la necesidad de adoptar una perspectiva de género, así como una perspectiva desde los derechos de los niños, niñas y adolescentes. Enfatizamos la importancia de estos estándares y apoyamos los argumentos presentados por la representación de las víctimas y la Comisión.

Intervenimos como *amicus curiae* para pedir a la Corte que, al momento de evaluar el caso, considere las obligaciones de los Estados de combatir la violencia sexual contra los niños y niñas, las cuales van más allá de las obligaciones derivadas del derecho penal de prevenir, investigar y castigar dicha violencia. Nos centramos específicamente en las obligaciones de los Estados de adoptar las medidas necesarias para que niñas y adolescentes puedan desarrollar sus capacidades para ejercer su autonomía mediante la prestación de servicios educativos y sanitarios que aborden las dinámicas de poder de género, y así permitir que los niños y niñas reconozcan la violencia sexual, minimicen los riesgos y busquen ayuda. Nuestro objetivo es promover estos estándares, invitar a la Corte a analizarlos y desarrollarlos en esta decisión y, como consecuencia, sugerir medidas de reforma estructural en Bolivia.

El *amicus* comienza con una revisión de las normas de derechos humanos sobre la capacidad de la niñez, explicando la relación entre su protección y su autonomía. Posteriormente, argumentamos, en primer lugar, que Bolivia tenía la obligación de fortalecer las facultades de Brisa y de otros niños y niñas proporcionándoles una educación sexual integral; en segundo lugar, que Bolivia tenía la obligación de proporcionarle acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de salud mental a Brisa y a otros niños y niñas para fortalecer sus capacidades; y, en tercer lugar, que la aparente carencia de servicios educativos y de salud dirigidos a fortalecer las facultades de los niños y niñas, refuerza los argumentos de la representación de la víctima y de la Comisión en cuanto a que Bolivia violó el derecho a la autonomía progresiva de Brisa en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Respecto a este último punto, en particular, se destaca la responsabilidad del Estado por la ausencia de una educación sexual integral que le permitiera conocer las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas, específicamente en relación con el consentimiento para tales vínculos. En cada sección, sugerimos potenciales medidas que la Corte podría ordenar para requerir que Bolivia construya las facultades de la niñez a través de servicios educativos y de salud y, por lo tanto, ayude a prevenir y abordar la violencia sexual contra ellos y ellas.

I. LOS NIÑOS Y NIÑAS TIENEN UNA CAPACIDAD QUE PUEDE EJERCERSE PROGRESIVAMENTE Y PARA SU PROTECCIÓN

El derecho internacional y regional de los derechos humanos protege el derecho a la capacidad jurídica.¹ El artículo 3 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos (“Convención Americana”) establece que “Toda persona tiene derecho al reconocimiento de su personalidad jurídica”.² En el caso *Guachalá Chimbó vs. Ecuador*, la Corte Interamericana dispuso que el contenido propio del derecho al reconocimiento de la personalidad jurídica es que se reconozca a la persona “en cualquier parte como sujeto de derechos y obligaciones, y a gozar de los derechos civiles fundamentales[; lo cual] implica la capacidad de ser titular de derechos (capacidad y goce) y de deberes; la violación de aquel reconocimiento supone desconocer en términos absolutos la posibilidad de ser titular de [los] derechos y deberes [civiles y fundamentales]”, por lo que la capacidad jurídica es un componente esencial de la personalidad jurídica.³

Los niños y niñas tienen la capacidad de ser reconocidos/as tanto con personalidad jurídica como con la capacidad de actuar, aunque pueden ejercer la capacidad de actuar en menor grado que las personas adultas.⁴ La Corte ha establecido que los niños y niñas ejercen su capacidad de actuar de una “manera progresiva” que aumenta a medida que “desarrollan un mayor nivel de autonomía personal”.⁵ La Comisión similarmente “reconoce que durante las diversas etapas de la infancia y posteriormente en la adolescencia, los NNA desarrollan progresivamente su autonomía personal, social y jurídica, que se da en consonancia con su crecimiento y el desarrollo de sus facultades”.⁶ La concepción de la Corte y de la Comisión sobre la capacidad de actuar de la niñez que se ejerce progresivamente de acuerdo con el aumento de su autonomía personal se alinea con el principio de “evolución de las facultades” o “capacidades evolutivas” contenido en la Convención sobre los Derechos del Niño (“CDN”).⁷ El Comité de los Derechos del Niño (“Comité CRC” por sus siglas en inglés) ha descrito las capacidades evolutivas como “un principio habilitador que aborda el proceso de maduración y aprendizaje por medio del cual los niños adquieren progresivamente competencias, comprensión y mayores niveles de autonomía para asumir responsabilidades y ejercer sus derechos”.⁸ El derecho internacional y regional de los derechos humanos exige, pues, que los Estados reconozcan y den cuenta de la autonomía de la niñez en el ejercicio de sus derechos. En las secciones que siguen,

¹ Véase, p. ej., Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, art. 12, 13 de diciembre de 2006, 2515 U.N.T.S. 3 (ratificada por Bolivia el 16 de noviembre de 2009); Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer art. 15, 18 de diciembre de 1979, 1249 U.N.T.S. 1 (ratificada por Bolivia el 8 de junio de 1990) [en adelante, CEDAW]; Organización de Estados Americanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos art. 3, 22 de noviembre de 1969, O.A.S.T.S. No. 36, 1144 U.N.T.S. 123 (ratificada por Bolivia el 20 de junio de 1979) [en adelante, Convención Americana].

² Convención Americana, art. 3.

³ *Guachalá Chimbó y Otros vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 423, párr. 111 (26 de marzo de 2021).

⁴ Véase, Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño, Opinión Consultiva OC-17/2002, Corte IDH (ser. A) No. 17, párr. 41 (28 de agosto de 2002) (“La mayoría de edad conlleva la posibilidad de ejercicio pleno de los derechos, también conocida como capacidad de actuar. Esto significa que la persona puede ejercitar en forma personal y directa sus derechos subjetivos, así como asumir plenamente obligaciones jurídicas y realizar otros actos de naturaleza personal o patrimonial. No todos poseen esta capacidad: carecen de ésta, en gran medida, los niños”).

⁵ *Gelman vs. Uruguay*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 221, párr. 129 (24 de febrero de 2011); véase también *V.R.P., V.P.C. y otros vs. Nicaragua*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 350, párrs. 156, 161 (8 de marzo de 2018); *Furlan y Familiares vs. Argentina*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 246, párr. 230 (31 de agosto de 2012) (observando que “los niños y las niñas ejercen sus derechos de manera progresiva a medida que desarrollan un mayor nivel de autonomía personal”); *Atala Riffo y Niñas vs. Chile*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 239, párr. 199 (24 de febrero de 2012) (observando que “los niños y las niñas ejercen sus derechos de manera progresiva a medida que desarrollan un mayor nivel de autonomía personal”).

⁶ *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección*, CIDH, OEA/Ser.LV/II.166, doc. 206/17, párr. 275 (30 de noviembre de 2017); véase también, *id.* párrs. 276, 279, 280, 338.

⁷ Convención sobre los Derechos del Niño arts. 5, 14(2), 20 de noviembre de 1989, 1577 U.N.T.S. 3 [en adelante, CDN] (ratificada por Bolivia el 26 de junio de 1990). La CDN ha sido incorporada a la jurisprudencia de la Corte a través del artículo 19 de la Convención Americana. Véase *V.R.P., V.P.C. y Otros*, párr. 155; *Rochac Hernández y Otros vs. El Salvador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 285, párr. 107 (14 de octubre de 2014); *Hermanos Gómez Paquiyuari vs. Perú*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 110, párr. 166 (8 de julio de 2004).

⁸ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General Núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia*, párr. 18, U.N. Doc. CRC/C/GC/20 (6 de diciembre de 2016) [en adelante, Comité CRC, Observación General Núm. 20].

desarrollaremos cómo los Estados pueden cumplir con esta obligación proporcionando servicios educativos y de salud que fortalezcan las facultades de los NNA que les permita comprender las implicaciones de las relaciones sexuales y afectivas a partir del consentimiento, de modo que puedan ejercer su autonomía progresiva, incluyendo su libertad sexual frente a sus capacidades evolutivas.

Sin embargo, antes de entrar en nuestro análisis, enfatizamos que nuestro argumento sobre la autonomía de los niños y niñas no desplaza ni debe desplazar el marco de protección presente en los argumentos de la peticionaria y de la Comisión. En el caso *Guzmán Albarracín vs. Ecuador*, la Corte señaló que “la autonomía progresiva de las niñas, niños y adolescentes en el ejercicio de sus derechos, [...] no los priva de su derecho a medidas de protección”.⁹ Asimismo, el Comité CRC “hace hincapié en que el derecho a ejercer niveles cada vez mayores de responsabilidad no anula las obligaciones que incumben a los Estados de garantizar protección”.¹⁰ La Comisión, constatando esto, ha defendido un equilibrio entre la autonomía y la protección: “el derecho a ejercer niveles cada vez mayores de autonomía y de responsabilidad en la toma de decisiones por parte de los NNA, no anula las obligaciones que incumben a los Estados de garantizar su protección. Debe por tanto asegurarse un equilibrio adecuado entre el respeto al desarrollo evolutivo de los adolescentes y unos niveles de protección apropiados”.¹¹

Es decir, si bien los Estados deben lograr un equilibrio entre la protección y la autonomía, esto no debe interpretarse como una indicación de que la autonomía funciona en oposición a la protección. Por el contrario, la autonomía y la protección son principios que se refuerzan mutuamente. La autonomía, por ejemplo, puede reforzar la protección al capacitar a los niños y niñas para que sean capaces de reconocer situaciones potencialmente peligrosas o abusivas, tomar medidas inmediatas para minimizar los riesgos para su seguridad y saber a dónde acudir en busca de ayuda.¹²

De tal forma, mantener la línea jurisprudencial desarrollada en el caso *Guzmán Albarracín*, enfatizando que la autonomía de los NNA no desplaza el deber de protección estatal, favorecerá el proceso de comprensión y elaboración de las capacidades de la niñez en el contexto de la violencia sexual en Bolivia.

En su Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, Bolivia observó que:

Hasta el momento, para el ejercicio del derecho de las niñas, niños y adolescentes a ser protegidas y protegidos contra la violencia sexual se ha comprendido a estos como receptores (pasivos) de medidas y prestaciones o servicios a su favor. En cambio, la participación constituye una innovación, pues explícitamente, concibe a las y los niños como actores activos y los reconoce como sujetos con capacidad de actuar, y pensamientos propios, lo que implica un fortalecimiento de su estatus social en relación con las personas adultas. Entonces, se trata de tener una mirada integral de la niña, niño o adolescente víctima de violencia sexual, quien no deja de ser persona porque su derecho a la integridad sexual haya sido vulnerado y, por el contrario, tiene capacidades y potencialidades que deben ser fortalecidas para enfrentar las adversidades.¹³

⁹ *Guzmán Albarracín y Otros vs. Ecuador*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 405, párr. 124 (24 de junio de 2020).

¹⁰ Comité CRC, *Observación General Núm. 20*, párr. 19.

¹¹ *Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes*, párr. 346.

¹² International Planned Parenthood Federation, *Are Protection and Autonomy Opposing Concepts? (¿Son la protección y la autonomía conceptos opuestos?)* [traducción propia] (febrero de 2012), (disponible en inglés): https://www.ippf.org/sites/default/files/ippf_right_to_decide_03.pdf.

¹³ Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, *Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes* (8 de mayo de 2017), <https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PROTOCOLO-sancion-integridad-sexual.pdf> [en adelante, *Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes*].

Al pensar de manera integral en la prevención de la violencia sexual contra la niñez, la Corte puede colaborar con Bolivia en su cambio hacia el fortalecimiento de las facultades de los niños y niñas como una estrategia importante para prevenir la violencia sexual contra esa población.

También observamos que cualquier debate significativo sobre la capacidad de los niños y niñas para ejercer su derecho a la autonomía sexual debe tener en cuenta los estereotipos presentes en las construcciones sociales respecto de la infancia y, en particular, de las niñas, quienes tradicionalmente se han visto particularmente afectadas por la discriminación derivada de la perpetuación de estereotipos de género.

Como se desarrollará más adelante, la ausencia de educación sexual integral favorece la perpetuación de la discriminación y el uso de estereotipos de género que interfieren en la capacidad de las niñas y adolescentes para ejercer sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, la prevalencia de estereotipos sobre las niñas puede llevar a situaciones en las que, incluso si toman medidas para reivindicar sus derechos denunciando la violencia sexual, no se les cree. Ya en el caso *Guzmán Albarracín* se visibilizó y rechazó el estereotipo de la “adolescente seductora” que contribuyó a la normalización de los hechos de violencia sexual que ocurrían en contextos escolares y que favorecían que se mantuvieran en la impunidad dichos hechos. La Comisión ha señalado que “[l]a influencia de patrones socioculturales discriminatorios puede dar como resultado una descalificación de la credibilidad de la víctima durante el proceso penal en casos de violencia y una asunción tácita de responsabilidad de ella por los hechos”.¹⁴ De hecho, en Bolivia, las adolescentes son estereotipadas como manipuladoras y seductoras, que se aprovechan de los hombres adultos indefensos.¹⁵ Estas actitudes culturales sobre las niñas suponen importantes barreras para la justicia de las víctimas de la violencia sexual en Bolivia.

Entre los factores que perpetúan esos estereotipos se encuentra el delito de “estupro”. Al respecto, debe tomarse en cuenta que, tal y como fue determinado por la Corte en el caso *Guzmán Albarracín*, el delito de estupro se basa en estereotipos de género que resultan discriminatorios¹⁶. Tal y como ha sido señalado por Brisa y sus representantes, el delito de estupro es discriminatorio por cuanto la existencia de este tipo penal diferenciado del de violación minimiza la violencia sexual contra niñas y adolescentes bajo la creencia de que hombres adultos son incapaces de resistir la “seducción” de éstas y por tanto se les concede una suerte de atenuante.

En el mismo sentido, en sus Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia emitidas en diciembre de 2021, el Comité contra la Tortura señaló con preocupación “la alta incidencia de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes” y manifestó que “lamenta la vigencia del delito de estupro ya que vulnera la integridad de los adolescentes y contribuye a la impunidad al contemplar penas inferiores a las aplicables por violación”¹⁷. Por ello, urgió a Bolivia “derogar el delito de estupro”¹⁸. En sentido similar, el Comité de Derechos Humanos en sus recientes observaciones finales, emitidas el 30 de marzo de 2022, manifestó su preocupación por las informaciones que “dan cuenta de que este fenómeno continúa extendido en el Estado parte, incluyendo feminicidios y violencia sexual, incluso contra niñas y adolescentes”, y en particular, que “la definición del delito de violación no se adapte a los estándares internacionales así como el delito de estupro, que según información disponible implicaría en la práctica impunidad por casos de violación y

¹⁴ Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, Comisión IDH, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, párr. 155 (20 de enero de 2007).

¹⁵ Comunicado de prensa, Equality Now, La Corte Interamericana de Derechos Humanos escuchará un caso trascendental sobre la violencia sexual endémica contra las adolescentes en Bolivia (11 de agosto de 2020) (en referencia a la explicación de Bárbara Jiménez Santiago sobre el origen misógino de las leyes de estupro, que imponen sanciones penales más leves a los hombres adultos por violar a niñas adolescentes que las que se impondrían por violar a personas más jóvenes o mayores).

¹⁶ *Guzmán Albarracín*, párr. 126.

¹⁷ Comité contra la Tortura, *Observaciones finales sobre el tercer informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia*, párr. 30 (2 de diciembre de 2021).

¹⁸ Íd. párr. 31.

abuso sexual de menores”.¹⁹ Por ello el Comité de Derechos Humanos exigió la revisión del tipo penal de estupro para que se adecúe al derecho internacional de los derechos humanos.²⁰

A lo largo del informe, hacemos hincapié en las formas en que la prevalencia de los estereotipos y la discriminación contra las niñas han limitado el cumplimiento de las obligaciones asumidas por Bolivia en materia de educación sexual integral y atención de la salud sexual, reproductiva y mental. Por lo tanto, sostenemos que cada una de las obligaciones del Estado esbozadas en el escrito conlleva el deber de tomar medidas para eliminar los estereotipos perjudiciales de género que interfieren en la evolución de las facultades de los NNA.

II. BOLIVIA TIENE LA OBLIGACIÓN DE GARANTIZAR QUE LOS NIÑOS Y NIÑAS TENGAN ACCESO A UNA EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL QUE FOMENTE SU CAPACIDAD PARA RECONOCER Y RESPONDER A LA VIOLENCIA SEXUAL

A. La legislación internacional y la boliviana garantizan a los niños y niñas el derecho a recibir una educación sexual integral

Fomentar la capacidad y la autonomía de los niños y niñas mediante una educación sexual integral es un componente importante de la obligación del Estado de protegerles de la violencia sexual. Un manual técnico sobre educación sexual integral redactado conjuntamente por varios organismos de la ONU, entre ellos la UNESCO y la Organización Mundial de la Salud (“OMS”), define la educación sexual integral como un

proceso que se basa en un currículo para enseñar y aprender acerca de los aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales de la sexualidad. Su objetivo es preparar a los niños, niñas y jóvenes con conocimientos, habilidades, actitudes y valores que los empoderarán para: realizar su salud, bienestar y dignidad; desarrollar relaciones sociales y sexuales respetuosas; considerar cómo sus elecciones afectan su propio bienestar y el de los demás; y entender cuáles son sus derechos a lo largo de la vida y asegurarse de protegerlos.²¹

El Estado de Bolivia tiene la obligación de asegurar que todos los niños y niñas tengan acceso a una educación sexual integral. Esta obligación se deriva del derecho de los niños y niñas a la educación según el artículo 13 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”).²²

La Corte reconoció en el caso *Guzmán Albarracín vs. Ecuador* que “el derecho a la educación sexual y reproductiva integra el derecho a la educación”, y que “[d]icha educación debe ser apta para posibilitar a las niñas y los niños un adecuado entendimiento de las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas, particularmente en relación con el consentimiento para tales vínculos y el ejercicio de las libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos”.²³ En concreto, la educación sobre el consentimiento debe capacitar a los niños, niñas y adolescentes para reconocer las situaciones en las que una dinámica de poder desigual limita su posibilidad de consentir una actividad sexual. En las directrices basadas en la edad para la educación sobre el consentimiento, la privacidad y la integridad corporal, la UNESCO señala que los y las adolescentes mayores de 15-18 años deben ser capaces de “analizar los factores (por ej., alcohol y otras sustancias, violencia de género, pobreza, dinámica de

¹⁹ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia*, párr. 14, CCPR/C/BOL/CO/4 (30 de marzo de 2022).

²⁰ *Íd.*, párr. 15.

²¹ UNESCO, *Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia* (2018), <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/265335spa.pdf> [en adelante, *Orientaciones de la UNESCO*].

²² Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Protocolo de San Salvador”) art. 13, 17 de noviembre de 1988, 69 O.A.S.T.S.

²³ *Guzmán Albarracín*, párr. 139.

poder) que pueden afectar la capacidad de reconocer o dar el consentimiento”.²⁴ Las directrices también señalan que la violencia de género tiene sus raíces en el poder y el dominio.²⁵

Asimismo, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI) emitió el 7 de diciembre de 2021 su Recomendación No. 3 sobre “la figura del consentimiento en casos de violencia sexual contra las mujeres por razones de género”²⁶, en memoria de Paola Guzmán Albarracín. En ella, el MESECVI destaca la importancia de que la currícula educativa en materia de educación sexual y salud reproductiva en todos los niveles de los sistemas educativos incluyan un concepto amplio del consentimiento, donde se tomen en cuenta factores como la intimidación, la detención y/o privación de la libertad, la opresión psicológica, el abuso de poder y la incapacidad de entender la violencia sexual²⁷.

Por ello, el MESECVI recomendó a los Estados Parte generar cambios legislativos, procedimentales y desarrollo jurisprudencial para que se introduzca la definición de consentimiento para los delitos de violencia sexual en los términos en los que se tome en cuenta que el consentimiento: a) no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando la fuerza, la amenaza de la fuerza, la coacción o el aprovechamiento de un entorno coercitivo hayan disminuido su capacidad para dar un consentimiento voluntario y libre; b) no podrá inferirse de ninguna palabra o conducta de la víctima cuando esté imposibilitada de dar un consentimiento libre; c) no podrá inferirse del silencio o de la falta de resistencia de la víctima a la violencia sexual, d) no podrá inferirse cuando exista una relación de poder debido a la influencia indebida, y d) es reversible²⁸. En el mismo sentido, recomendó “establecer todas las medidas necesarias para otorgar una educación sexual integral adecuada para su edad, sobre derechos sexuales o reproductivos, incluyendo la importancia del consentimiento en las relaciones sexuales”²⁹.

Por otro lado, la obligación del Estado de proporcionar una educación sexual integral también se basa en el derecho a la educación articulado en la CDN,³⁰ el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“PIDESC”)³¹ y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (“CEDAW”).³²

Al describir las obligaciones de los Estados para garantizar la salud y el bienestar general de los y las adolescentes, el Comité CRC ha señalado que “[l]os programas de los estudios obligatorios deben incluir educación sobre salud sexual y los derechos reproductivos que sea apropiada a la edad de sus destinatarios, amplia, incluyente, basada en evidencias científicas y en normas de derechos humanos y diseñada con la colaboración de los adolescentes. Dicha educación debe dirigirse también a los adolescentes no escolarizados”.³³ El Comité ha explicado que, leídos conjuntamente, los artículos 3, 17 y 24 de la CDN exigen que los Estados “deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS)”.³⁴ Además, los Estados deben poner esta información a disposición de los y las adolescentes “independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento

²⁴ Orientaciones de la UNESCO, pág. 59.

²⁵ *Íd.* pág. 52.

²⁶ Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará (MESECVI), Recomendación General No. 3 (2021): *la figura del consentimiento en casos de violencia sexual contra las mujeres por razones de género*, disponible en: [OEA: MESECVI : Reuniones: Reuniones del Comité de Expertas \(oas.org\)](https://www.oas.org/en/nea/meecvi/Reuniones/Reuniones_del_Comite_de_Expertas_oas.org)

²⁷ *Íd.* pág. 35.

²⁸ *Íd.* págs. 36 y 37.

²⁹ *Íd.* pág. 38.

³⁰ CDN, art. 28.

³¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art. 13, 16 de diciembre de 1966, 993 U.N.T.S 3.

³² CEDAW, art. 10.

³³ Comité CRC, *Observación General Núm. 20*, párr. 61.

³⁴ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General N° 4 (2003): La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño*, párr. 28, UN Doc. CRC/GC/2003/4 (1 de julio de 2003) [en adelante, Comité CRC, *Observación General No. 4*].

de sus padres o tutores”.³⁵ El Comité también hace hincapié en que dicha información “debería estar disponible en formatos alternativos para garantizar la accesibilidad a todos los adolescentes, especialmente a los que presentan discapacidad”.³⁶ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“CESCR” por sus siglas en inglés) ha explicado que “[e]l ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva requiere que los Estados partes cumplan también sus obligaciones con arreglo a otras disposiciones del Pacto. Por ejemplo, el derecho a la salud sexual y reproductiva, junto con el derecho a la educación (artículos 13 y 14) y el derecho a la no discriminación y la igualdad entre hombres y mujeres (artículos 2.2) y 3), entraña un derecho a una educación sobre la sexualidad y la reproducción que sea integral, que no sea discriminatoria, que esté basada en pruebas, que sea científicamente rigurosa y que sea adecuada en función de la edad”.³⁷ El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (“Comité CEDAW”) ha observado que los Estados deben “garantizar los derechos de los adolescentes de ambos sexos a educación sobre salud sexual y genésica por personal debidamente capacitado en programas especialmente concebidos que respeten sus derechos a la intimidad y la confidencialidad”.³⁸

Las orientaciones de otros sistemas regionales reconocen igualmente la importancia de la educación sexual integral y obligatoria como medida de protección que refuerza la capacidad de los niños y niñas para reconocer y responder a la violencia sexual. El artículo 6 del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, por ejemplo, exige a cada Estado Parte que adopte

las medidas legislativas o de otro tipo que sean necesarias para que los niños reciban, durante su educación primaria y secundaria, información sobre los riesgos de explotación y abuso sexual, así como sobre los medios para protegerse, adaptada a su etapa evolutiva. Esta información, proporcionada, en su caso, en colaboración con los padres, se inscribirá en el contexto de una información de carácter más general sobre la sexualidad y prestará especial atención a las situaciones de riesgo, especialmente las derivadas de la utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación.³⁹

En una decisión que defiende la educación sexual obligatoria en las escuelas públicas, el Tribunal Europeo de Derechos Humanos (“Tribunal Europeo”) ha señalado igualmente que los objetivos de la educación sexual incluyen la prevención de la violencia y la explotación sexual y la preparación de los niños, niñas y adolescentes para la realidad social.⁴⁰ En la Unión Africana, los Estados parte del Protocolo de Maputo de la Carta Africana están obligados a “garantizar la provisión de información y educación completas sobre la sexualidad humana, la reproducción y los derechos sexuales y reproductivos. El contenido debe basarse en hallazgos clínicos y en los derechos, sin juicios de valor, y tener en cuenta el nivel de madurez de adolescentes y jóvenes” [traducción propia].⁴¹

³⁵ *Íd.*

³⁶ Comité CRC, *Observación General Núm. 20*, párr. 61.

³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva*, párr. 9, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016) [en adelante, CESCR, *Observación General núm. 22*].

³⁸ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general 24 (1999) sobre el artículo 12 de la Convención (La mujer y la salud)*, párr. 18, U.N. Doc. A/54/38/Rev. 1/cap.I (1999) [en adelante, Comité CEDAW, *Recomendación general No. 24*].

³⁹ Consejo de Europa, Convenio para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, art. 6, 25 de octubre de 2007, 2680 U.N.T.S. 249.

⁴⁰ *A.R. y L.R. vs. Suiza*, App. No. 22338/15, TEDH (19 de diciembre de 2017).

⁴¹ Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, *Observación General No. 2 (2014) sobre el artículo 14.1(a),(b),(c) y (f) y el artículo 14.2(a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África*, párr. 51.

B. Bolivia de proporcionar educación sexual integral conforme a los estándares internacionales en la materia

Como parte de su obligación de proporcionar una educación sexual integral, Bolivia debe garantizar que esta educación se base en un enfoque de igualdad de género. Esta obligación se enmarca en el deber general del Estado de adoptar medidas, incluida la educación, para eliminar la violencia y la discriminación contra las mujeres y niñas.⁴² Este deber requiere garantizar tanto que los materiales educativos aborden y contrarresten el uso de estereotipos de género y otras prácticas discriminatorias, como que la educación sea igualmente accesible para todos los niños y todas las niñas, independientemente de su sexo.

En primer lugar, el contenido de los materiales educativos debe tener como objetivo, en parte, erradicar los estereotipos perjudiciales. El artículo 8.b de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”) exige a Bolivia

modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitimizan o exacerban la violencia contra la mujer[.]⁴³

El Comité CRC ha reconocido la importancia de abordar estos factores sociales a través de la educación sexual integral, haciendo hincapié en que dentro del plan de estudios, “[s]e debe prestar atención a la igualdad de género, la diversidad sexual, los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, la paternidad y el comportamiento sexual responsables, así como a la prevención de la violencia, los embarazos precoces y las enfermedades de transmisión sexual”.⁴⁴ Los Comités CRC y CEDAW han señalado la importancia de la educación desde una edad temprana para cambiar los estereotipos perjudiciales, observando que “[l]a infancia, y la adolescencia temprana a más tardar, son puntos de entrada para ayudar tanto a las niñas como a los niños y apoyarlos para que cambien las actitudes basadas en el género y adopten roles y formas de comportamiento más positivos en el hogar, en la escuela y en la sociedad en general”.⁴⁵

En segundo lugar, todos los NNA, independientemente de su sexo, deben tener el mismo acceso a una educación sexual integral. El Comité CRC ha señalado que “[t]odos los programas y políticas que afecten a la salud del niño deben fundarse en un enfoque amplio inspirado en la igualdad de género que garantice [...] la igualdad en el acceso a la información, la educación, la justicia y la seguridad, incluida la eliminación de todas las formas de violencia sexual y basada en el género”.⁴⁶

Además de estas normas internacionales, la legislación nacional boliviana contiene varias disposiciones que reafirman el derecho a la educación sexual integral. La Constitución boliviana garantiza que “[t]oda persona tiene derecho a recibir educación en todos los niveles de manera universal, productiva, gratuita, integral e intercultural, sin discriminación”.⁴⁷ El Código del Niño, Niña y

⁴² Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”) art. 8.b, 9 de junio de 1994.

⁴³ *Íd.*

⁴⁴ Comité CRC, *Observación General Núm. 20*, párr. 61.

⁴⁵ Comité de los Derechos del Niño y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas*, adoptadas de manera conjunta, párr. 67, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/31/Rev.1-CRC/C/GC/18/Rev.1 (8 de mayo de 2019) [en adelante, Comité CRC y Comité CEDAW, *Recomendación general conjunta núm. 31*].

⁴⁶ Comité de los Derechos del Niño, *Observación General Nº 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 10, U.N. Doc. CRC/C/GC/15 (17 de abril de 2013) [en adelante, Comité CRC, *Observación General Nº 15*].

⁴⁷ Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia de 2009, art. 17 [en adelante, Constitución de Bolivia].

Adolescente reafirma este derecho a la educación y otorga específicamente a los niños y niñas el derecho a recibir información sobre salud sexual y reproductiva de sus padres, tutores y del sistema educativo.⁴⁸ El Código de Educación boliviano establece que uno de los objetivos de la educación en Bolivia es preparar a los niños y niñas para que vivan su sexualidad de forma sana y ética,⁴⁹ y una ley de educación promulgada en 2010 describe la educación como una medida de capacitación y como un medio para “[p]romover una sociedad despatriarcalizada, cimentada en la equidad de género, la no diferencia de roles, la no violencia y la vigencia plena de los derechos humanos”.⁵⁰ En virtud de la Ley para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, el Ministerio de Educación está obligado a desarrollar programas de prevención e intervención integral de la violencia contra las mujeres, lo que incluye la prohibición de los libros de texto y otros materiales con contenido sexista y la promoción de la difusión de materiales educativos centrados en la igualdad y la equidad de género.⁵¹

C. La educación sexual integral no está ampliamente disponible ni es accesible para NNA en Bolivia

A pesar de que existe un marco legal internacional y nacional robusto que afirma el derecho de los NNA a una educación sexual integral, la falta de implementación ha significado que este tipo de educación no sea ampliamente difundido o accesible en Bolivia.⁵² Como resultado, esta población se encuentra en una situación de mayor vulnerabilidad a la violencia sexual.

En Bolivia, la cultura de estigmatización en torno a la actividad sexual de las y los adolescentes es a la vez un obstáculo y una razón importante para proporcionar una educación sexual integral.⁵³ Por ejemplo, aunque la legislación nacional afirma que los niños y niñas tienen derecho a recibir educación sexual de sus padres, un informe de 2017 encontró que muchos padres en Bolivia eran reacios a hablar de sexualidad con sus hijos e hijas. Esta reticencia se debía a la creencia de que los niños y niñas interpretarían esa comunicación como un permiso para empezar a mantener relaciones sexuales.⁵⁴ La falta de comunicación sobre la sexualidad afecta especialmente a las niñas, que a menudo se ven desanimadas a la hora de aprender sobre sexualidad debido a la expectativa estereotipada según la cual deben abstenerse de la actividad sexual hasta el matrimonio.⁵⁵ Cuando las adolescentes inician su actividad sexual, suelen sufrir las consecuencias derivadas de la falta de educación sexual integral en la adolescencia. Las altas tasas de embarazo adolescente y de mortalidad materna en Bolivia son claros indicadores de que los y las adolescentes no están recibiendo una educación adecuada sobre salud sexual y reproductiva.⁵⁶

Dentro de este contexto social, es fundamental que el sistema educativo imparta una educación sexual integral. No basta con confiar en que los padres informen a sus hijos e hijas. La educación sexual integral también debe abordar los estereotipos de género perjudiciales sobre las niñas que dificultan su acceso a la información sobre la sexualidad y la reproducción.

El Estado también debe garantizar que los niños y niñas que no están matriculados/as en el sistema educativo boliviano tengan acceso a una educación sexual integral. En el presente caso, la propia Brisa

⁴⁸ Código Niño, Niña y Adolescente, arts. 22, 115, 14 de octubre de 1999 (Bol.).

⁴⁹ Código de la Educación Boliviana, art. 2.3.

⁵⁰ Ley N° 070 arts. 4.2, 5.2, 4.6, 20 de diciembre de 2010 (Bol.) https://sea.gob.bo/digesto/CompendioII/D/28_L_70.pdf.

⁵¹ Ley No. 348 art. 19.1, 9 de marzo de 2013 (Bol.) https://sea.gob.bo/digesto/CompendioII/J/69_L_348.pdf.

⁵² Boris Miranda, *Por qué Bolivia es el país con mayor cantidad de embarazos adolescentes en América Latina*, BBC Mundo (5 de abril de 2017), <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39485257>.

⁵³ Josefin Edberg, *Stigma of Adolescent Pregnancy and Motherhood in Bolivia: Examining How Pregnant and Mothering Adolescents Experience Stigma in the City of Cochabamba, Bolivia* (Estigma del embarazo y la maternidad adolescente en Bolivia: examinando cómo las adolescentes embarazadas y madres experimentan el estigma en la ciudad de Cochabamba, Bolivia) [traducción propia] (2019) (tesis de maestría inédita, Universidad de Lund) [en adelante, Edberg, *Estigma del embarazo y la maternidad adolescente en Bolivia*].

⁵⁴ *Íd.* (citando a Save the Children in Bolivia, Campaña Hasta La Última Niña – El Embarazo Adolescente desde una Mirada Joven: Sistematización de Conversatorios realizados en La Paz, Beni y Cochabamba (2017)).

⁵⁵ *Íd.*

⁵⁶ Boris Miranda, *Por qué Bolivia es el país con mayor cantidad de embarazos adolescentes en América Latina*.

fue educada en su casa a través de un programa de educación a distancia porque sus padres trabajaban en comunidades rurales.⁵⁷ La falta de acceso a la educación sobre los derechos sexuales, incluyendo el consentimiento y la autonomía personal, socava la facultad de los niños y niñas en la situación de Brisa para entender cuando esos derechos han sido violados, o para tomar medidas para protegerse y denunciar los casos de violencia sexual. De hecho, debido a la cultura del silencio en torno al incesto en Bolivia, Brisa no era consciente de que estaba enfrentando violaciones reiteradas por parte de su primo-hermano, y que éste estaba cometiendo un delito castigado por la ley.⁵⁸

El propio Estado de Bolivia ha reconocido su incapacidad para garantizar el derecho a la educación sexual integral. En el Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes de 2017, el Estado reconoce que por falta de recursos y de institucionalidad, queda mucho por hacer en la implementación de sus leyes.⁵⁹ También reconoce que la falta de educación sexual adecuada para niños y niñas es un factor que favorece la violencia sexual contra ellos/as, y que la prevención primaria incluye el desarrollo de la capacidad de los niños y niñas para reconocer situaciones de violencia sexual, tomar medidas para minimizar los riesgos para su seguridad y buscar ayuda.⁶⁰

D. La Corte debe garantizar que Bolivia proporcione una educación sexual integral y accesible a todos/as los niños y niñas, independientemente de que estén matriculados/as en una escuela pública o privada

Por las razones detalladas anteriormente, Bolivia no ha cumplido con su obligación de proporcionar educación sexual integral, en violación del artículo 13 del Protocolo de San Salvador. Solicitamos urgentemente a la Corte que inste al Estado a cumplir con su obligación de brindar una educación que fortalezca la capacidad de los niños y niñas puedan entender las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas, basadas en el consentimiento, y así puedan ejercer sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos de conformidad con sus capacidades evolutivas. Con ello también se busca que se eliminen los estereotipos de género perjudiciales que estigmatizan a las víctimas de la violencia sexual.

Recomendamos que la Corte ordene a Bolivia a mejorar la implementación de sus leyes que afirman el derecho de los niños y niñas a una educación sexual integral. Esta implementación podría incluir la provisión de más fondos a los programas conjuntos de los Ministerios de Educación y Salud que capacitan a los maestros de primaria y secundaria para que impartan a sus alumnos una educación sexual integral apropiada para su edad y con base científica. Dado que los programas de educación destinados a prevenir el abuso sexual infantil son más eficaces cuando los padres, las madres y/o tutores están involucrados/as,⁶¹ el Estado también debería dedicar recursos a equipar a padres, madres, y/o tutores para que se comuniquen con sus hijos/as sobre la sexualidad y el consentimiento.

Además, instamos a la Corte a que recomiende a Bolivia tomar medidas para que la educación sexual integral esté disponible para los niños y niñas que no están inscritos en el sistema educativo boliviano. Por ejemplo, dicha educación podría ofrecerse a través de centros juveniles, clínicas de salud comunitarias y otras instituciones no académicas.

⁵⁷ Informe de la peticionaria, párr. 67, *Brisa De Angulo Lozada vs. Bolivia*, Corte IDH, Caso No. CDH 10-2020 (presentado el 20 de noviembre de 2020) [en adelante, Informe de la peticionaria Brisa]; *Brisa Liliana De Angulo Lozada vs. Bolivia*, Informe de Fondo CIDH, Informe No. 141/19, OEA/Ser.LN/II.173, doc. 156, párr. 13 (28 de septiembre de 2019) [en adelante, Informe de Fondo de Brisa].

⁵⁸ Informe de la peticionaria Brisa, párr. 71.

⁵⁹ Protocolo de prevención, atención y sanción a toda forma de vulneración a la integridad sexual de niñas, niños y adolescentes, pág. 13.

⁶⁰ *Id.* pág. 37.

⁶¹ Eva S. Goldfarb & Lisa D. Lieberman, *Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education* (Tres décadas de investigación: Los argumentos a favor de la educación sexual integral) [traducción propia], *J. Adolescent Health* 68, 1 (2021).

Bolivia también podría aprovechar el aumento del uso de los teléfonos inteligentes y las redes sociales entre los y las jóvenes para ofrecer nuevas vías de educación sexual integral y desestigmatizar la búsqueda de información sobre la sexualidad y la reproducción. El uso de mensajes de texto para llegar a los y las adolescentes bolivianos/as ha demostrado ser un método eficaz y de bajo costo para difundir consejos de salud y permitir que los y las adolescentes hagan preguntas y busquen ayuda.⁶² El Estado debe considerar la implementación de campañas de mensajes de texto y medios sociales de gran alcance para involucrar a los y las adolescentes fuera de los entornos educativos privados.

Fundamentalmente, solicitamos a la Corte que le indique a Bolivia tener especial cuidado en el currículo de educación sexual integral para abordar los efectos de las dinámicas de poder desiguales, incluyendo las situaciones de incesto, así como la importancia del consentimiento en las relaciones sexuales y afectivas. El currículo también debe incorporar una perspectiva de igualdad de género dirigida a contrarrestar las actitudes sociales y culturales que estereotipan y discriminan a las niñas.

III. BOLIVIA TIENE LA OBLIGACIÓN DE PROPORCIONAR SERVICIOS DE SALUD ASEQUIBLES Y DE CALIDAD QUE APOYEN A LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL EJERCICIO DE SU AUTONOMÍA

A. El derecho a la salud se encuentra consagrado en las normas internacionales y en los precedentes de la Corte Interamericana, así como en la Constitución de Bolivia

La Convención Americana establece que “[t]oda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”⁶³ y el Protocolo de San Salvador establece que “[c]on el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados parte se comprometen a reconocer la salud como un bien público”,⁶⁴ lo que incluye la adopción de medidas para garantizar la atención sanitaria a todas las personas y familias de una comunidad.

La Corte Interamericana ha reconocido anteriormente el derecho a la salud. En el caso *Poblete Vilches vs. Chile*, el Tribunal señaló que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio adecuado de los demás derechos humanos”.⁶⁵ La Corte sostuvo además que “los Estados son responsables de regular con carácter permanente la prestación de servicios (tanto públicos como privados) y la ejecución de programas nacionales relativos al logro de una prestación de servicios de calidad”.⁶⁶ La Corte insistió en cuatro elementos claves del derecho a la salud: “disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad”.⁶⁷ La accesibilidad se recalcó en el caso *I.V. vs. Bolivia*, en el que la Corte dictaminó que el personal sanitario debe proporcionar información que permita a las personas tomar decisiones libres e informadas, y que la discriminación ha impedido a menudo que se considere a las mujeres como personas capaces de tomar decisiones, incluso con respecto a su propia salud.⁶⁸ En lo que respecta específicamente a los y las adolescentes, en el caso *Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay*, la Corte Interamericana señaló además que “la educación y el cuidado de la salud de los niños” es esencial para su disfrute de una vida digna.⁶⁹

El derecho a la salud también está claramente establecido en el derecho internacional. Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales declara que “[l]os Estados Parte [...] reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y

⁶² Kathya Córdova Pozo et al., *Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress* (Mejora de la salud sexual y reproductiva del adolescente en América Latina: Reflexiones de un Congreso Internacional) [traducción propia], *Reprod. Health* 12, 11 (2015).

⁶³ Convención Americana, art. 5, párr. 1.

⁶⁴ Protocolo de San Salvador, art. 10.2.

⁶⁵ *Poblete Vilches vs. Chile*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 349, párr. 118 (8 de marzo de 2018).

⁶⁶ *Id.* párr. 119

⁶⁷ *Id.* párr. 120

⁶⁸ *I.V. vs. Bolivia*, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 329, párr. 158 (30 de noviembre de 2016).

⁶⁹ *Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay*, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 214, párr. 258 (24 de agosto de 2010).

mental”,⁷⁰ mientras que la Convención sobre los Derechos del Niño establece que “[l]os Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.⁷¹ El Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, el CESCR, el Comité CEDAW, el Comité CRC y otros órganos de derechos humanos han reconocido el derecho a la salud.⁷²

Además de los precedentes de la Corte y de diversos mecanismos de protección de derechos humanos que reconocen este derecho a la salud, la propia Constitución boliviana establece que “[t]odas las personas tienen derecho a la salud”⁷³ y que el “[e]l Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna”.⁷⁴ La Constitución establece además que “[e]l Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud”⁷⁵ y que “[e]l Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud”.⁷⁶

Muchas de las normas internacionales mencionadas señalan que los servicios deben ser libres de discriminación. Por ejemplo, el Comité CEDAW ha recomendado que “[l]os Estados Partes deben informar sobre las medidas que han adoptado para eliminar los obstáculos con que tropieza la mujer para acceder a servicios de atención médica”.⁷⁷ El Comité CEDAW señala que estas barreras pueden incluir aspectos como “los honorarios elevados de los servicios de atención médica, el requisito de la autorización previa del cónyuge, el padre o las autoridades sanitarias, la lejanía de los centros de salud y la falta de transporte público adecuado y asequible”.⁷⁸ La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial destaca explícitamente el derecho a la salud pública, libre de discriminación.⁷⁹ En particular, el Comité CRC ha expresado en el pasado su preocupación “por las notables disparidades existentes en [Bolivia] en lo que respecta a la observancia de los derechos consagrados en la Convención, como reflejan varios indicadores sociales, como la matriculación escolar y la terminación de los estudios, las tasas de mortalidad infantil y el acceso a la atención de salud, que indican una discriminación persistente contra los niños indígenas y de ascendencia africana, las niñas, los niños con discapacidad, los niños que viven en zonas rurales y apartadas y los niños de familias económicamente desfavorecidas”.⁸⁰

1. El derecho a la salud abarca los servicios de salud sexual y reproductiva

Dentro de este derecho a la salud, el derecho internacional ha reconocido además el derecho a la salud sexual y reproductiva. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha señalado en sus Observaciones Generales que “El derecho a la salud sexual y reproductiva forma parte integrante del derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”.⁸¹ Además, el Comité CRC ha dicho que los Estados partes deben “[g]arantizar que todos los adolescentes puedan disponer de instalaciones, bienes y servicios sanitarios con inclusión de servicios

⁷⁰ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *International Standards on the Right to Physical and Mental Health* (Normas internacionales sobre el derecho a la salud física y mental) [traducción propia], (disponible en inglés): <https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/internationalstandards.aspx> (citando el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, art 12).

⁷¹ *Íd.* (citando la CDN, art. 24(1)).

⁷² *Íd.*

⁷³ Constitución de Bolivia, art. 18, párr. I.

⁷⁴ *Íd.* art. 18, párr. II.

⁷⁵ *Íd.* art. 35, párr. I.

⁷⁶ *Íd.* art. 36, párr. I.

⁷⁷ Comité CEDAW, *Recomendación general No. 24*, párr. 21.

⁷⁸ *Íd.* párr. 21.

⁷⁹ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, (citando la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, art. 5, 21 de diciembre de 1965, 660 U.N.T.S 195).

⁸⁰ Comité de los Derechos del Niño de la ONU, *Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención; Observaciones finales: Estado Plurinacional de Bolivia (2009)*, párr. 28, UN Doc. CRC/C/BOL/CO/4 (16 de octubre de 2009).

⁸¹ CESCR, *Observación General núm. 22*, párr. 11.

sustantivos y de asesoramiento en materia de salud mental, sexual y reproductiva”.⁸² El Comité CRC ha destacado además que los servicios de salud primaria deben prestar “especial atención a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental”.⁸³ También, el Relator Especial sobre el derecho a la salud ha dicho que las mujeres tienen derecho a servicios de salud reproductiva que sean accesibles física y económicamente, y que sean de buena calidad.⁸⁴ La Constitución boliviana afirma igualmente que “[s]e garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos”.⁸⁵

2. El derecho a la salud abarca los servicios de salud mental

El derecho a la salud también abarca el derecho a la salud mental, que puede incluir el asesoramiento a los y las adolescentes que son objeto de violencia sexual y física.⁸⁶ El Comité CRC ha destacado que los Estados tienen la obligación de “[a]plicar medidas para la prevención de las perturbaciones mentales y la promoción de la salud mental en los adolescentes”.⁸⁷ El CDESCR ha señalado además que “la aplicación del principio de no discriminación requiere que las niñas, al igual que los niños, tengan igual acceso a [...] servicios de salud física como mental”.⁸⁸ La Comisión Interamericana, en su informe *Violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas*, emitido en 2019, ha afirmado la importancia de los servicios de asesoramiento para las supervivientes de la violencia sexual y física al afirmar que:

considera esencial que los Estados construyan una ruta de atención especializada para atender la salud integral de las víctimas tomando en cuenta no solo su integridad y salud física, sino también a la salud mental, y su bienestar emocional y psicológico. La Comisión en este sentido recuerda que aunado a que las víctimas de violencia sexual y física contra la mujer comúnmente desarrollan consecuencias psicológicas como depresión, trastornos de ansiedad, y trastornos resultantes del estrés postraumático.⁸⁹

3. Siempre que sea apropiado, los servicios sanitarios deben ser accesibles sin autorización de terceros

Adolescentes como Brisa tienen derecho a acceder a determinados servicios de salud sexual y reproductiva sin la autorización de un tercero, de acuerdo con su capacidad evolutiva, siempre teniendo en cuenta que es responsabilidad del Estado adoptar medidas para que puedan desarrollar dichas capacidades. El Comité CRC reconoce que “las capacidades cambiantes del niño repercuten en su independencia al adoptar decisiones sobre las cuestiones que afectan a su salud [...]. En consecuencia, es fundamental disponer de políticas de respaldo y proporcionar a los niños, los padres y los trabajadores sanitarios orientación adecuada basada en derechos con respecto al consentimiento, el asentimiento y la confidencialidad”.⁹⁰ El Comité CRC continúa diciendo que “los Estados han de velar por que los sistemas y servicios sanitarios puedan atender las necesidades de los adolescentes en materia de salud sexual y reproductiva [...]. Los Estados deben procurar que las niñas puedan tomar decisiones autónomas y fundamentadas sobre su salud reproductiva”.⁹¹ Por último, el Comité señala que las y los niños que son “especialmente vulnerables a la discriminación” y tienen menos

⁸² Comité CRC, *Observación General Nº 4*, párr. 39.c.

⁸³ *Íd.*, párr. 41.a.

⁸⁴ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*, (disponible en inglés): <https://www.ohchr.org/en/issues/women/wrgs/pages/healthrights.aspx>.

⁸⁵ Constitución de Bolivia, art. 66.

⁸⁶ Véanse *supra* notas 81-85.

⁸⁷ Véase, p. ej., Comité CRC, *Observación General Nº 4*, párr. 39.i.

⁸⁸ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación General Nº 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, párr. 22, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000) [en adelante CDESCR, *Observación General Nº 14*]; véase también Comité CRC, *Observación General Nº 4*, párrs. 39.c, 41.a.

⁸⁹ *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe*, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, OEA/Ser.L/V/II. doc. 233, párr. 263 (14 de noviembre de 2019).

⁹⁰ Comité CRC, *Observación General Núm. 15*, párr. 21.

⁹¹ *Íd.*, párr. 56.

posibilidades de ejercer su autonomía.⁹² Además, el CESCR hace hincapié en la autonomía en el acceso a la asistencia sanitaria, recomendando que “[l]os Estados deben adoptar también medidas afirmativas para erradicar las barreras sociales en función de las normas o creencias que impiden a las personas de diferente edad y género, las mujeres, las niñas y los adolescentes el ejercicio autónomo de su derecho a la salud sexual y reproductiva”.⁹³ Para garantizar que la autorización de terceros no impida el disfrute del derecho a la salud de las y los jóvenes, el Comité CRC recomienda que los Estados consideren

[...] la posibilidad de que se presuma la capacidad jurídica del adolescente para solicitar servicios y productos urgentes o preventivos de salud sexual y reproductiva, y para tener acceso a ellos. El Comité subraya que, si lo desean, todos los adolescentes tienen derecho con independencia de su edad a acceder de forma confidencial a orientación y asesoramiento médicos sin el consentimiento de un progenitor o tutor legal. Este derecho es distinto del derecho a otorgar consentimiento médico y no se debe someter a ninguna limitación de edad.⁹⁴

En conjunto, estas normas internacionales, regionales y nacionales codifican el derecho a la salud, específicamente el derecho a la salud sexual y reproductiva, así como el derecho a los servicios de salud mental y a acceder a ciertos servicios de salud como adolescente sin la autorización de un tercero. La siguiente sección ilustra los casos en los que Bolivia no ha cumplido con su deber de proporcionar servicios de salud accesibles, y subraya que el acceso a los servicios de salud puede funcionar tanto como un elemento importante de prevención de resultados adversos para la salud, como una fuente clave de apoyo al procesar y responder a eventos traumáticos.

B. Algunos de los servicios esenciales de salud no están ampliamente disponibles ni son accesibles en Bolivia

1. Las y los adolescentes en Bolivia suelen carecer de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva

El acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es de vital importancia para identificar, denunciar y responder a la violencia sexual. Los servicios de salud pueden ser una herramienta fundamental para proporcionar apoyo y recursos a quienes son supervivientes.

Como se señala en el Informe de Fondo de la Comisión, un tercio de todas las niñas de Bolivia sufren alguna forma de violencia sexual antes de cumplir los 18 años⁹⁵ y, a pesar de una serie de leyes aprobadas para proteger a las mujeres, niñas y adolescentes de la violencia, en la práctica la violencia sexual sigue siendo generalizada.⁹⁶ Dicha conclusión fue reiterada en las últimas semanas por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas.⁹⁷ Aunque en teoría Bolivia puede tener un enfoque integral ante el acceso a la salud que incluye los derechos constitucionales mencionados anteriormente, en un informe Amnistía Internacional expresó su preocupación por la falta de acceso real a los servicios de salud por parte de las mujeres, citando obstáculos como la falta de autonomía de las mujeres y la falta de datos de apoyo a los programas de salud.⁹⁸ Además, una encuesta de 2015

⁹² *Íd.*, párr. 21.

⁹³ CESCR, *Observación General* núm. 22, párr. 48.

⁹⁴ Comité CRC, *Observación General* Núm. 20, párr. 39.

⁹⁵ Informe de Fondo de Brisa, párr. 7.

⁹⁶ *Íd.*, párr. 8.

⁹⁷ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia*, párr. 14, CCPR/C/BOL/CO/4 (30 de marzo de 2022).

⁹⁸ En un informe de 2015 dirigido a Naciones Unidas señaló que “ha resultado difícil para Amnistía Internacional encontrar estudios, evaluaciones, indicadores o algún tipo de indicio que permita aseverar que esta retórica se ha traducido en efectiva protección del derecho a la salud de las mujeres, especialmente en aquellos sectores de la población tradicionalmente desaventajados en el acceso a la salud, como mujeres y niñas indígenas u originarias, afrodescendientes y campesinas”. Las declaraciones de las y los funcionarios del gobierno también son contradictorias: a la vez que señalan leyes sanitarias integrales, también citan que no hay menciones oficiales sobre el acceso a los anticonceptivos, como las píldoras anticonceptivas

mostró que más del 80 por ciento de las y los adolescentes no utilizaban métodos anticonceptivos, lo que sugiere una posible escasez de acceso a los servicios de salud reproductiva.⁹⁹ Una revisión de 2016 sobre la atención primaria de salud en Bolivia citó estudios que muestran la necesidad de mejorar la capacitación de proveedores de servicios de salud en cuanto a la atención sexual y reproductiva, en particular para adolescentes.¹⁰⁰ La revisión recomendó integrar estos servicios de salud en las escuelas, las familias y las comunidades, así como mejorar los marcos políticos e institucionales (protocolos clínicos estandarizados, por ejemplo) para aumentar el acceso.¹⁰¹ El Comité de Derechos Humanos en sus conclusiones de 2022 recomendó a Bolivia “Incrementar sus esfuerzos para prevenir los embarazos no deseados, especialmente entre las adolescentes, y para garantizar el pleno acceso a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva en todo el país, en particular en zonas rurales”¹⁰², e identificó la existencia de:

obstáculos que estarían enfrentado las mujeres en la práctica para acceder a la interrupción legal del embarazo, incluyendo la invocación de la objeción de conciencia por equipos médicos y la violación del secreto médico. Le preocupan también las alegaciones recibidas de que unas 200 mujeres estarían siendo enjuiciadas por el delito de aborto luego de haber sido denunciadas por personal de salud. En este contexto, al Comité le preocupa la información que señala que los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para acceder al aborto legal y su criminalización fuera de las causales antes mencionadas las llevan a buscar servicios clandestinos que ponen en riesgo su vida y su salud. Asimismo, le preocupa la información que indica que las tasas de embarazo adolescente continúan siendo elevadas a pesar de las medidas adoptadas por el Estado parte para prevenirlos.¹⁰³

Hay esfuerzos documentados para abordar esta posible falta de acceso, incluidos los esfuerzos específicamente para adolescentes. En 2018, Save the Children lanzó un programa en Bolivia para promover los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, aunque hay pocos datos sobre la eficacia del programa hasta la fecha.¹⁰⁴ Como parte del proyecto de Atención Comunitaria a la Salud Reproductiva de los Adolescentes (CERCA, por sus siglas en inglés) en América Latina, Bolivia puso a prueba un programa con mensajes de texto amigables divulgados entre adolescentes, lo cual resultó en una respuesta abrumadora de las y los adolescentes. Este programa reveló que recibir un mensaje de texto “con consejos de salud y tener la oportunidad de hacer preguntas redujo los obstáculos para aquellas personas que normalmente no accederían a los centros de salud debido al estigma, el tabú, los costos o los largos tiempos de espera” [traducción propia].¹⁰⁵ La aplicación de programas como éste a largo plazo podría contribuir a mejorar el acceso a la atención sanitaria.

hormonales, y por lo tanto no hay una postura del gobierno. Amnistía Internacional, Bolivia, Informe para el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas 5-6 (julio de 2015), <https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/sites/4/2021/05/AMR1816692015SPANISH.pdf>.

⁹⁹ *Íd.* pág. 7. (citando el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Sociedad de Educación Comparada e Internacional (CIES), *Estudio sobre el embarazo en la adolescencia en 14 municipios de Bolivia, Informe Ejecutivo 58* (enero de 2015), disponible en español).

¹⁰⁰ Francisco Alvarez, et al., *Primary Health Care Research in Bolivia: Systematic Review and Analysis*, 31 Health Pol’y & Plan. 114 (2016) (disponible en inglés) (citando a Lina Jaruseviciene et al., *Primary Healthcare Providers’ View on Improving Sexual and Reproductive Healthcare for Adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua*, 6 Global Health Action 20444 (2013)). (disponible en inglés).

¹⁰¹ *Íd.* pág. 121.

¹⁰² Comité de Derechos Humanos, *Observaciones finales sobre el cuarto informe periódico del Estado Plurinacional de Bolivia*, párr. 17, CCPR/C/BOL/CO/4 (30 de marzo de 2022).

¹⁰³ *Íd.*, párr. 16.

¹⁰⁴ *Save the Children Launches New Program to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health Rights in Bolivia*, (Save the Children lanza un nuevo programa para promover los derechos de salud sexual y reproductiva de los adolescentes en Bolivia) [traducción propia] Save the Children (Junio 2018), (disponible en inglés): <https://www.savethechildren.ca/article/save-the-children-launches-new-program-to-promote-adolescent-sexual-and-reproductive-health-rights-in-bolivia..>

¹⁰⁵ Pozo et al., *supra* nota 62.

2. Adolescentes en Bolivia suelen carecer de un acceso adecuado a los recursos de salud mental

Además de estas preocupaciones sobre el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, la falta de asesoramiento en cuanto a la salud mental en Bolivia también pone en peligro el derecho a la salud de las niñas, niños y adolescentes. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha informado que el abuso sexual de niños/as y adolescentes tiene “consecuencias para la salud mental tanto a corto como a largo plazo”.¹⁰⁶ Niñas, niños y adolescentes pueden sufrir una serie de síntomas como depresión, ansiedad, estrés postraumático, comportamientos relacionados con la autolesión, y otros.¹⁰⁷ En vista de estas preocupaciones, “[l]os niños o adolescentes que presenten esos síntomas o que revelen abuso sexual deben recibir de inmediato apoyo psicológico, así como atención de salud mental a largo plazo”.¹⁰⁸ La OMS señala que el acceso a servicios de calidad es importante y puede verse socavado por obstáculos ocasionados por la inequidad. Por ejemplo, el acceso puede ser limitado para las poblaciones indígenas, las niñas, niños o adolescentes con discapacidades y otros grupos minoritarios.¹⁰⁹

Las estadísticas de Bolivia indican tendencias preocupantes en cuanto a la atención de la salud mental. Un informe del Departamento de Estado de los Estados Unidos sobre los derechos humanos en Bolivia encontró que el 92,7% de las mujeres sufrieron abusos psicológicos en algún momento.¹¹⁰ Un estudio de la OMS de 2017 encontró que los recursos de salud mental de Bolivia eran muy deficientes. Sólo había 1,3 psiquiatras por cada 100.000 personas, y no se informó de la existencia de psicólogos/as infantiles por cada 100.000 personas.¹¹¹ Tampoco había programas de salud mental, estrategias de prevención del suicidio o centros ambulatorios específicos para niñas, niños y adolescentes. En un estudio realizado con proveedores de atención primaria en Bolivia sobre la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes, las personas participantes señalaron que es necesario “contar con psicólogos buenos y accesibles para proporcionar una atención de calidad a los pacientes” [traducción propia].¹¹²

La propia Brisa intentó suicidarse antes de que sus padres denunciaran los abusos a las autoridades estatales, y también fue sometida a exámenes físicos y psicológicos perjudiciales a lo largo de la investigación y el juicio. Ella informó sobre cambios en su comportamiento como, por ejemplo, volverse hostil con su familia, aislarse, no comer, y otros.¹¹³ El Estado tenía la responsabilidad no sólo de proporcionar a Brisa recursos de salud mental después de que revelara sus abusos, sino también, como parte de sus obligaciones de proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva, de proporcionar servicios de salud mental a los que Brisa podría haber accedido antes de que intentara suicidarse o autolesionarse.

El asesoramiento y la disponibilidad de otros servicios de salud mental podrían haber resguardado los derechos de Brisa, y pueden hacerlo para otras niñas, niños y adolescentes. Las víctimas de la violencia sexual podrían encontrar educación, apoyo y orientación a través de servicios de salud mental gratuitos y accesibles. Las y los adolescentes que corren el riesgo de sufrir agresiones y violencia sexual de forma continua, sobre todo por parte de un/a familiar o conocido/a, también podrían encontrar un/a defensor/a en los y las asesores de salud mental, que podrían identificar comportamientos o

¹⁰⁶ Organización Mundial de la Salud, *Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines 33* (2017), (disponible en inglés): <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf>.

¹⁰⁷ *Íd.*

¹⁰⁸ *Íd.*

¹⁰⁹ *Íd.* pág. 35.

¹¹⁰ Oficina de Democracia, Derechos Humanos y Trabajo, *2019 Country Reports on Human Rights Practices: Bolivia*, Departamento de Estado en Estados Unidos (2019), (disponible en inglés): <https://www.state.gov/reports/2019-country-reports-on-human-rights-practices/bolivia>.

¹¹¹ Organización Mundial de la Salud, *Mental Health ATLAS 2017 Perfil de los Estados miembros: Bolivia* (2017), (disponible en inglés): https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/BOL.pdf.

¹¹² Jaruseviciene et al., *supra* nota 100.

¹¹³ Informe de la peticionaria Brisa, párr. 73.

patrones preocupantes y proporcionarles apoyo o ponerles en contacto con los servicios de salud necesarios.

3. El acceso a los servicios sanitarios no debe verse obstaculizado por la autorización de terceros o la discriminación en Bolivia

En el caso de las y los adolescentes, el acceso a los recursos sanitarios necesarios no debería estar supeditado a la autorización de los padres u otros terceros. Bolivia debe garantizar que las y los adolescentes tengan acceso a servicios de salud adecuados y a recursos de salud mental, por ejemplo, a través de las escuelas u otros programas orientados a jóvenes, sin la autorización de terceros, ya que es coherente con el desarrollo de sus facultades. Este concepto fue explorado en un informe de UNICEF de 2016, que señaló que Argentina, Costa Rica, Ecuador y Uruguay tienen leyes que garantizan la privacidad y la confidencialidad de la información y los servicios de salud para adolescentes y tienen leyes que abordan el acceso de jóvenes a los servicios de salud sin el consentimiento de los padres.¹¹⁴ El informe recomendó a los países de América Latina que aprobaran leyes que contengan “disposiciones expresas que requieren acceso universal, en particular de salud sexual y reproductiva, y garantizar la privacidad y confidencialidad de la información”.¹¹⁵ UNICEF observó que “[l]as leyes nacionales no establecen la edad mínima para el acceso a la información médica, consejería y pruebas sin el consentimiento de los padres” y recomendó que “[l]os proveedores de servicios de salud debe ser conscientes de la necesidad de ofrecer una adecuada consejería y pruebas a los y las adolescentes, independientemente de su edad.”¹¹⁶ Otro estudio sobre América Latina, que incluía a Bolivia, señaló que la autorización de los padres puede ser una barrera para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva.¹¹⁷

Como señala este estudio latinoamericano, hay otros factores que pueden influir en el acceso a la atención sanitaria, como las opciones limitadas en zonas rurales y la discriminación. Bolivia tiene la obligación de garantizar que los servicios de salud estén disponibles para todos y todas quienes habitan en el país por igual. Un informe del Departamento de Estado de los Estados Unidos de 2018 encontró que en Bolivia, “[l]os servicios educativos y de salud del gobierno seguían sin estar disponibles para muchos grupos indígenas que viven en áreas remotas” [traducción propia].¹¹⁸ Los estudios han demostrado que las poblaciones indígenas (que representan aproximadamente el 50% de la población de Bolivia) experimentan desigualdades en materia de salud que las poblaciones no indígenas no experimentan, lo cual está relacionado con una variedad de factores interseccionales que incluyen la riqueza, el origen étnico, la accesibilidad, la geografía y otros.¹¹⁹

Los estereotipos de género también limitan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. En el caso *I. V. vs Bolivia*, la Corte Interamericana destacó que la persistencia de los estereotipos de género en los servicios de salud hace que se nieguen a las mujeres ciertas habilidades, como la capacidad de tomar decisiones autónomas en relación con su salud.¹²⁰ En sentido similar, en el caso *Manuela vs. El Salvador*, la Corte Interamericana consideró que:

la libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género

¹¹⁴ Vanessa Sedletzki, *Edades mínimas legales y realización de los derechos de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe*, UNICEF 33, (2016). [https://www.unicef.org/https://projekter.aau.dk/projekter/en/studentthesis/cables-frontiers-bunkers-and-ruins\(39a68410-30d4-43a4-ad86-15e30ac2fa89\).html/lac/informes/edades-m%C3%ADnimas-legales](https://www.unicef.org/https://projekter.aau.dk/projekter/en/studentthesis/cables-frontiers-bunkers-and-ruins(39a68410-30d4-43a4-ad86-15e30ac2fa89).html/lac/informes/edades-m%C3%ADnimas-legales)

¹¹⁵ *Id.* pág. 35.

¹¹⁶ *Id.*

¹¹⁷ Plan International, Inc., *Written Submission on Children's Rights to Health*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (disponible en inglés): <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/Study/RightHealth/PlanInternational.pdf>.

¹¹⁸ Oficina de Democracia, Derechos Humanos y Trabajo, *Country Reports on Human Rights Practices for 2018: Bolivia*, Departamento de Estado en Estados Unidos (2018), (disponible en inglés): <https://www.state.gov/reports/2019-country-reports-on-human-rights-practices/bolivia>.

¹¹⁹ María Ziegler, *Inequality and Development 101* (Hermann Sautter & Stephan Klasen eds., 2011).

¹²⁰ *I. V.*, párr. 131.

negativos y perjudiciales. Ello se ha debido a que se ha asignado social y culturalmente a los hombres un rol preponderante en la adopción de decisiones sobre el cuerpo de las mujeres y a que las mujeres son vistas como el ente reproductivo por excelencia. No obstante, las mujeres tienen derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica sin ser objeto de discriminación o violencia.¹²¹

Igualmente, en un informe de Amnistía Internacional al Comité CEDAW también se relata que las mujeres han pedido a los y las proveedores/as de atención sanitaria que les oculten información o mientan a sus maridos o parejas sobre los servicios reproductivos que solicitan, por temor a que sus parejas no les permitan acceder a la atención.¹²² Ya sea por motivos de raza, ubicación, género u otras formas de discriminación, Bolivia debe garantizar que las mujeres y las niñas que buscan servicios de salud tengan un acceso igualitario y de calidad.

C. Bolivia debe garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los servicios de salud mental, por parte de adolescentes, sin necesidad del consentimiento de un tercero

Por las razones detalladas anteriormente, Bolivia ha incumplido sus obligaciones en virtud del artículo 5.1 de la Convención Americana, en relación con el artículo 1.1¹²³ y el artículo 10 del Protocolo de San Salvador. El Estado tiene la obligación de proporcionar servicios de salud sexual, reproductiva y mental accesibles a todos los y todas las adolescentes, incluyendo servicios de fácil acceso que no requieran el consentimiento de terceros.

Para cumplir con sus obligaciones, instamos a la Corte a que instruya a Bolivia para que proporcione servicios de salud accesibles para las y los adolescentes, tanto a través de instituciones como clínicas (especialmente en las zonas rurales) y escuelas, así como mediante el uso de la tecnología. Afirmamos la recomendación de la representación de las víctimas de que Bolivia trabaje para instituir y mejorar los servicios legales y de salud para hacerlos más accesibles, interconectados y enfocados en las niñas, incluyendo la educación y la concientización sobre el incesto y la violación, para que niños y niñas conozcan sus derechos, así como dónde y cómo buscar ayuda.¹²⁴

Pedimos a la Corte que instruya a Bolivia para que garantice un asesoramiento de salud mental accesible y asequible para las y los adolescentes, por ejemplo, a través de clínicas, escuelas y centros comunitarios. Bolivia puede tomar medidas como financiar la formación de psiquiatras de niños/as y adolescentes e instituir directrices para denunciar problemas relacionados con la violencia sexual. Bolivia también puede considerar la integración de las reformas sanitarias con los esfuerzos de la reforma educativa, para asegurar que los programas de concientización sobre los recursos de salud mental lleguen a las y los adolescentes.

Para mejorar las medidas de salud existentes, recomendamos que la Corte instruya a Bolivia para que emprenda la recopilación y el análisis exhaustivo de datos sobre los temas de salud sexual y reproductiva, servicios de salud mental y barreras de acceso, incluyendo la prevalencia de requisitos de consentimiento de terceros o de los padres y madres. Estos datos deben basarse en las experiencias de las y los adolescentes en Bolivia y en el contexto de la discriminación interseccional, incluyendo la accesibilidad para las comunidades rurales y las comunidades indígenas. Las reformas

¹²¹ *Manuela y otros vs. El Salvador*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 441, párr. 252 (2 de noviembre de 2021).

¹²² Amnistía Internacional, párr. 8 (2015).

¹²³ Informe de Fondo de Brisa, párr. 43

¹²⁴ Informe de la peticionaria Brisa, párr. 281.

sanitarias deben tener en cuenta las diferencias culturales entre los grupos indígenas y no indígenas, respetando las tradiciones culturales.¹²⁵

Por último, la Corte puede considerar la posibilidad de recomendar políticas que apoyen el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva sin autorización de terceros, cuando sea apropiado, para asegurar que las y los adolescentes tengan la oportunidad de identificar, buscar y acceder a los servicios de salud apropiados sin impedimentos.

A pesar de que la Constitución boliviana afirma ampliamente el derecho a la salud, existen claras deficiencias en la prestación y accesibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva y de salud mental en Bolivia, especialmente para las y los adolescentes. Se debe exigir al gobierno boliviano que implemente rápidamente programas para proporcionar acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los servicios de salud mental, con el fin de cumplir con sus obligaciones en virtud del derecho internacional y regional.

IV. BOLIVIA VIOLÓ EL DERECHO A LA AUTONOMÍA DE BRISA, AL NO BRINDARLE HERRAMIENTAS PARA EJERCER SU LIBERTAD RESPECTO A SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A. La legislación internacional y regional sobre derechos humanos protege el derecho a la autonomía sexual de las y los adolescentes

Las y los adolescentes tienen un derecho a la autonomía, lo cual implica su libertad de ejercer derechos sexuales y reproductivos, las que pueden ejercer de acuerdo con la evolución de sus facultades. El artículo 5.1 de la Convención Americana establece que “[t]oda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral” y el artículo 11.2 de la Convención Americana establece que “[n]adie puede ser objeto de injerencias arbitrarias o abusivas en su vida privada, en la de su familia, en su domicilio o en su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra o reputación”.¹²⁶ La Corte ha encontrado violaciones de los derechos a la privacidad y a la integridad en una amplia variedad de casos de violencia sexual.¹²⁷ En el caso *Guzmán Albarracín*, la Corte amplió su interpretación de estos derechos al encontrar expresamente que estas disposiciones protegen el derecho de las y los adolescentes al ejercicio de sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos: “Los derechos a la integridad personal y a la vida privada, receptados en los artículos 5 y 11 de la Convención Americana, conllevan libertades, entre las que se encuentra la libertad sexual y el control del propio cuerpo, que pueden ser ejercidas por personas adolescentes en la medida en que desarrollan la capacidad y madurez para hacerlo”.¹²⁸

Otros mecanismos de derechos humanos también han interpretado el derecho a la intimidad para proteger el derecho a la autonomía en los términos desarrollados. El Comité de Derechos Humanos (“CDH”), por ejemplo, ha interpretado el derecho a la intimidad contenido en el artículo 17.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (“PIDCP”)¹²⁹ para proteger las relaciones sexuales consentidas entre adultos en privado.¹³⁰ Del mismo modo, el Tribunal Europeo ha considerado sistemáticamente que la actividad sexual privada y consentida está protegida por el derecho a la

¹²⁵ Kendra Leigh Wright, *Bolivian Public Health Care: Interculturation for Indigenous Rights*, (2014) (Tesis de licenciatura inédita, Universidad de Mississippi), https://egrove.olemiss.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1544&context=hon_thesis.

¹²⁶ Convención Americana, arts. 5.1, 11.2.

¹²⁷ Véase, por ejemplo, *Espinoza Gonzales vs. Perú*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 289 (20 de noviembre de 2014); *J. vs. Perú*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 275 (27 de noviembre de 2013); *Fernández Ortega y otros vs. México*, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 215 (30 de agosto de 2010).

¹²⁸ *Guzmán Albarracín*, párr. 109.

¹²⁹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 17(1), 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S 171 (“Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y su reputación”).

¹³⁰ Comité de Derechos Humanos, *Toonen vs. Australia*, párr. 8.2, U.N. Doc. CCPR/C/50/D/488/1992, (31 de marzo de 1994).

intimidad del artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos (“Convenio Europeo”).¹³¹ El Tribunal Europeo también explicó en el caso *Evans vs. el Reino Unido* que el derecho a la intimidad del artículo 8 del Convenio Europeo “abarca, *inter alia*, aspectos de la identidad física y social de una persona, incluido el derecho a la autonomía personal, al desarrollo personal y a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos y con el mundo exterior.”¹³² El Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación de la mujer también ha declarado que, en la ley y en la práctica, la privacidad protege el “derecho de una mujer o niña a tomar decisiones autónomas sobre su propio cuerpo”.¹³³

Otros mecanismos de derechos humanos también han interpretado el derecho a la integridad para proteger la autonomía sexual. El Tribunal Europeo, por ejemplo, ha constatado violaciones del derecho a la integridad, protegido por el artículo 8 del Convenio Europeo,¹³⁴ en casos de violencia doméstica¹³⁵ y violación,¹³⁶ así como en casos relativos al acceso a la justicia de las personas supervivientes de violaciones.¹³⁷ Aunque la CEDAW no contiene una disposición expresa sobre la integridad corporal, el Comité CEDAW, en su *Recomendación General No. 19: la violencia contra la mujer*, interpretó las disposiciones de la CEDAW contra los estereotipos de género con el fin de proteger la integridad física y mental de las personas de los daños causados por la violencia de género.¹³⁸

Además de establecer, en el caso de *Guzmán Albarracín*, que las y los adolescentes tienen derecho a al ejercicio de sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos a partir de sus capacidades evolutivas, la Corte también consideró varios factores que agravan las violaciones de este derecho, entre ellos “la vinculación personal preexistente entre la mujer y su agresor”, “la subordinación [...] a partir de una relación de poder” de la víctima y las “condiciones personales de la víctima, como ser una niña”.¹³⁹ En el caso *Guzmán Albarracín*, el vicerrector de un instituto violó a una de sus alumnas adolescentes, Paola.¹⁴⁰ El vínculo personal preexistente era la función del vicerrector como autoridad escolar. La Corte destacó que el vicerrector tenía un “deber de cuidado” hacia Paola y por lo tanto “[n]o sólo él debía respetar los derechos de la adolescente, sino que también, en virtud de su función de educador, debía brindarle a ella orientación y educación en forma acorde a sus derechos y de modo que los mismos se vieran asegurados”.¹⁴¹ Esto también creó una dinámica de poder asimétrica debido, en parte, al papel del vicerrector como autoridad escolar; la Corte observa que esto fue una “vinculación manifiestamente desigual, en la cual el Vicerrector, como autoridad académica, gozaba de una situación de superioridad frente a una niña estudiante”.¹⁴² Además, la diferencia de edad contribuyó a la dinámica de poder asimétrica. El vicerrector era un adulto casi cuarenta años mayor que Paola, una adolescente.¹⁴³ Por último, con respecto a los estereotipos de género, la Corte observó que “[e]n este marco, estereotipos de género perjudiciales, tendientes a culpabilizar a la víctima” permitieron además al Vicerrector abusar de su posición de poder y confianza.¹⁴⁴

¹³¹ *A.D.T. vs. Reino Unido*, 2000-IX TEDH 295; *Dudgeon vs. Reino Unido*, App. No.7525/76, TEDH (24 de febrero de 1983).

¹³² *Evans vs. Reino Unido*, 2007-I TEDH 353, 380 (cita omitida).

¹³³ Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, *Women’s Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends* (Octubre de 2017), [Grupo de trabajo sobre la cuestión de la discriminación de la mujer en la ley y en la práctica, Autonomía de la mujer, igualdad y salud reproductiva en los derechos humanos internacionales: Entre el reconocimiento, el retroceso y las tendencias regresivas], (disponible en inglés): <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomenAutonomyEqualityReproductive.docx>.

¹³⁴ Consejo Europeo/Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights: Right to Respect for Private and Family Life, Home and Correspondence* [Guía sobre el artículo 8 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: Derecho al respeto de la vida privada y familiar, del domicilio y de la correspondencia], párr. 78 (2020), (disponible en inglés): https://www.echr.coe.int/documents/guide_art_8_eng.pdf

(“Existe un reconocimiento general en la jurisprudencia del Tribunal en virtud del artículo 8 de la importancia de la intimidad y de los valores con los que se relaciona. Estos valores incluyen, entre otros, la integridad física y psicológica”) [traducción propia].

¹³⁵ *Buturuga vs. Romania*, App. No. 56867/15, TEDH (Feb. 11, 2020).

¹³⁶ *X and Y vs. the Netherlands*, App. No. 8978/80, TEDH (Mar. 26, 1985).

¹³⁷ *Y vs. Slovenia*, 2015-II TEDH 185.

¹³⁸ Comité CEDAW, *Recomendación general No. 19: la violencia contra la mujer*, párr. 11, U.N. Doc. A/47/38 (1992).

¹³⁹ *Guzmán Albarracín*, párr. 124.

¹⁴⁰ *Id.* párr. 130.

¹⁴¹ *Id.*

¹⁴² *Id.*

¹⁴³ *Id.*

¹⁴⁴ *Id.* párr. 131.

La conexión personal preexistente, las dinámicas de poder asimétricas y los estereotipos de género también son un factor en los análisis de la Corte y del Comité CRC que son anteriores al caso de *Guzmán Albarracín*. En el caso de *V.R.P., V.P.C. y otros vs. Nicaragua*, por ejemplo, la Corte decidió un caso en el que un padre había violado a su hija de ocho años.¹⁴⁵ Aunque en este caso anterior la Corte no analizó los factores que determinan el grado de violencia sexual en la misma medida que en el de *Guzmán Albarracín*, hizo hincapié en la conexión personal preexistente y en la dinámica de poder asimétrica cuando subrayó que el padre “se encontraba en una situación de poder sobre la misma [su hija], no solo por constituir una figura de autoridad frente a su hija, sino sobre todo, por la confianza que una niña deposita en la persona que estaba llamada a protegerla”.¹⁴⁶ Del mismo modo, el Comité CRC abordó los tres factores de las conexiones personales preexistentes, la dinámica de poder asimétrica y los estereotipos de género en su *Recomendación General Núm. 13 (2011): derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*, en la que afirma que “una estrategia amplia de prevención de la violencia [...] significa luchar contra los estereotipos basados en el género, los desequilibrios de poder, las desigualdades y la discriminación, factores todos ellos que contribuyen a perpetuar la utilización de la violencia y la coacción en el hogar”.¹⁴⁷ En su Recomendación, el Comité CRC también se refiere a las diferencias de edad y las dinámicas de poder asimétricas:

Constituye abuso sexual toda actividad sexual impuesta por un adulto a un niño contra la que este tiene derecho a la protección del derecho penal. También se consideran abuso las actividades sexuales impuestas por un niño a otro si el primero es considerablemente mayor que la víctima o utiliza la fuerza, amenazas u otros medios de presión. Las actividades sexuales entre niños no se consideran abuso sexual cuando los niños superan el límite de edad establecido por el Estado parte para las actividades sexuales consentidas.¹⁴⁸

El derecho internacional y regional de los derechos humanos no sólo dispone que las y los adolescentes tienen derecho al ejercicio de sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos, sino que también establece las conexiones personales preexistentes, las dinámicas de poder asimétricas, la importancia del consentimiento y los estereotipos de género como factores clave en el análisis de las violaciones de este derecho.

B. Bolivia violó el derecho de Brisa de ejercer sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos

La Comisión concluyó que Bolivia violó los derechos de Brisa en virtud de los artículos 5.1 y 11.2 de la Convención Americana, conjuntamente con el artículo 1.1, debido a que el Estado no investigó ni sancionó la violación de Brisa por Eduardo Gutiérrez Angulo.¹⁴⁹ El Estado también violó el derecho a la libertad sexual de Brisa en virtud de estas disposiciones porque no adoptó medidas preventivas, a través de medidas sanitarias, educativas y de otro tipo, incluyendo educación sexual integral en los términos expuestos previamente en este escrito, para hacer frente a la combinación de los tres factores previamente identificados por la Corte que contribuyen a la violencia sexual y la agravan: un vínculo personal preexistente, una dinámica de poder asimétrica y los estereotipos de género. La falta de investigación y castigo de la violencia sexual contra los niños y niñas también puede entenderse como una falta de prevención de la violencia sexual porque crea una cultura de impunidad.

Brisa tenía una conexión personal preexistente con su primo, Eduardo Gutiérrez Angulo. Eduardo no sólo era un pariente cercano, sino que también se mudó con la familia de Brisa y “rápidamente ocupó el espacio de afecto y confianza que habían dejado los dos hermanos mayores de la familia al partir a

¹⁴⁵ *V.R.P. y V.P.C.*, párr. 172.

¹⁴⁶ *Íd.*

¹⁴⁷ Comité CRC, *Observación General Núm. 13*, (2011): *derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia*, párr. 72.b, U.N. Doc CRC/C/GC/13 (Abr. 18, 2011) [en adelante, Comité CRC, *Observación General Núm. 13*].

¹⁴⁸ *Íd.* párr. 25.a, n.9.

¹⁴⁹ Informe de Fondo de Brisa, párr. 43

Estados Unidos”.¹⁵⁰ La Comisión determinó que, al mantener relaciones sexuales con Brisa, Eduardo estaba “aprovechándose de la confianza que le otorgó la familia y el afecto fraterno que le brindó Brisa”.¹⁵¹ El servicio psicológico que analizó a Brisa encontró igualmente que “Eduardo desarrolló una relación con Brisa basada en confianza, vínculos familiares y servicio a Dios, y usó estas cualidades para explotar a Brisa sexualmente y para manipularla haciéndola creer que ella había hecho algo incorrecto”.¹⁵²

Este factor es relevante no sólo para el caso de Brisa sino en la mayoría de los casos de violencia sexual contra niños y niñas en Bolivia, ya que nueve de cada diez veces las personas agresoras en casos de violencia sexual son familiares, amigos/as o autoridades escolares.¹⁵³ Bolivia ha reconocido que este factor hace aún más crucial que el Estado se centre en el fomento de las capacidades de los niños y niñas para protegerse de la violencia sexual en su Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes:

Por lo cual es importante que los programas de prevención estén destinados a fortalecer las condiciones psico emocionales de las niñas, niños y adolescentes y prepararlos para que ellas y ellos mismos; desde sus propias capacidades puedan desarrollar acciones de afrontamiento y autoprotección.¹⁵⁴

El caso de Brisa ejemplifica, por tanto, un problema más amplio de violencia sexual contra los niños y niñas en Bolivia que, además, pone de manifiesto la incapacidad de Bolivia para respetar y desarrollar las capacidades de los niños y niñas. El Estado debería haber aplicado medidas que tuvieran en cuenta el papel de los vínculos personales preexistentes en casos de violencia sexual como el de Brisa. Bolivia no sólo no implementó las medidas educativas y de salud discutidas en las Partes II y III, sino que tampoco proporcionó otras medidas como líneas telefónicas de ayuda a los niños y niñas, refugios o mecanismos de denuncia.

Eduardo también tenía poder sobre Brisa debido a su diferencia de edad. En el momento de las violaciones, Brisa tenía dieciséis años y Eduardo veintiséis, una diferencia de diez años.¹⁵⁵ Como declaró Brisa ante la Comisión durante una audiencia temática sobre la violencia sexual contra las y los adolescentes en Bolivia, “nunca tuve relaciones sexuales consentidas. Él era un adulto. Yo era una niña”.¹⁵⁶ En la misma audiencia temática, otra persona representante de la sociedad civil subrayó que las leyes que exigen que los niños y niñas se resistan físicamente a sus agresores/as para que la violencia sexual se considere violación sólo agravarían esta dinámica de poder asimétrica, especialmente cuando el/la agresor/a es un miembro mayor de la familia.¹⁵⁷

Bolivia también ha reconocido el papel de las dinámicas asimétricas de poder en los incidentes de violencia sexual contra los niños y niñas en su Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, que establece que: “[l]a violencia sexual en contra de niñas, niños y adolescentes es ejercida por una asimetría de poder, desde una posición de privilegio o dominación principalmente desde los adultos”.¹⁵⁸ La Defensoría del Pueblo de Bolivia también ha hecho hincapié en el papel de la dinámica de poder asimétrica en los incidentes

¹⁵⁰ *Íd.* párr. 13.

¹⁵¹ *Íd.* párr. 14.

¹⁵² *Íd.* párr. 15.

¹⁵³ Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, págs. 31-32. Véase también, Defensoría del Pueblo, Las niñas y los adolescentes, derechos invisibilizados y vulnerados, (disponible en español) <http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/bo40.1/documentos/709.pdf>.

¹⁵⁴ Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, págs. 31-32.

¹⁵⁵ Informe de Fondo de Brisa, párr. 13.

¹⁵⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *Bolivia: Violencia sexual contra adolescentes*, YouTube (Mar. 18, 2017), https://www.youtube.com/watch?v=yu_9vDMLb0.

¹⁵⁷ *Íd.*

¹⁵⁸ Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, pág. 13.

de violencia sexual contra los niños y niñas, pero prestando atención al género y a la edad: “[l]a estrategia para abordar la violencia es extinguir la desigualdad de poder. En nuestra sociedad los principales ejes de desequilibrio de poder son el género y la edad, situación que se expresa dramáticamente en el hecho de que son niñas y adolescentes las principales víctimas de la violencia”.¹⁵⁹ El Estado debería haber protegido a Brisa y a otros niños y niñas de la violencia sexual mediante la aplicación de medidas para abordar la dinámica de poder en función del género y la edad, como la educación sexual integral.

El género no sólo contribuyó a la dinámica asimétrica de poder entre Eduardo y Brisa en este caso, sino que los estereotipos de género también sirvieron como contexto social más amplio para este incidente de violencia sexual. Estos estereotipos son especialmente evidentes en la adjudicación nacional del caso de Brisa, como observó la Comisión en su Informe de Fondo.¹⁶⁰ Por ejemplo, una corte de Bolivia permitió a la tía de Brisa testificar que ella había comenzado a usar maquillaje a una edad temprana y que salía por la noche en busca de hombres. La peticionaria ha explicado no sólo que este testimonio era falso, sino también que el objetivo de este testimonio era sexualizar a Brisa y desacreditar su testimonio basándose en el peligroso estereotipo de género de que ciertos tipos de ropa o apariencia constituyen una invitación abierta a la agresión sexual.¹⁶¹ Otros estereotipos de género que la peticionaria identificó como relevantes en este caso son las ideas de que las mujeres se resisten a las relaciones sexuales que realmente no desean, que si las mujeres realmente quisieran evitar una agresión se las arreglarían de alguna manera para evitarla, y que las mujeres frecuentemente hacen falsas acusaciones de violación.¹⁶² Eduardo le recordó expresamente a Brisa las actitudes sociales hacia las mujeres y las niñas, con el fin de que no contara sus actos de violencia contra ella.¹⁶³ En efecto, las repetidas violaciones de Brisa por parte de Eduardo no se descubrieron hasta mayo de 2002, meses después de haber comenzado en octubre de 2001, y sólo porque los hermanos mayores de Brisa leyeron su diario.¹⁶⁴

La propia Bolivia informó a la Comisión en una ocasión anterior que las respuestas de los funcionarios estatales a las víctimas de violencia sexual se han caracterizado por “estereotipos negativos y prejuicios machistas”.¹⁶⁵ Bolivia también reconoció el papel de la cultura y normativas patriarcales como habilitadores de la violencia sexual contra los niños y niñas en su Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, la cual establece que: “[e]l sistema patriarcal en que vivimos, encubre y tolera la violencia sexual en contra de niñas, niños y adolescentes, por eso muchos agresores aducen que la víctima estaba de acuerdo, o que esta los provocó, pese a su corta edad”.¹⁶⁶ El Estado debió haber implementado medidas para combatir los estereotipos de género en casos de violencia sexual, como a través de un programa de concientización.

Por lo tanto, este caso es, al igual que el caso *Guzmán Albarracín*, uno en el que se violó el derecho a la libertad sexual de una adolescente, basada en el consentimiento y a partir de su capacidad evolutiva, y en el que esta violencia sexual se caracterizó por un vínculo personal preexistente, una dinámica de poder asimétrica y un estereotipo de género que el Estado no abordó.

¹⁵⁹ Defensoría del Pueblo, pág. 5.

¹⁶⁰ Informe de Fondo de Brisa, párr. 44.3.

¹⁶¹ Informe de la peticionaria Brisa, párr. 146.

¹⁶² *Íd.* párr. 148.

¹⁶³ *Íd.* párr. 242.

¹⁶⁴ Informe de Fondo de Brisa, párr. 14.

¹⁶⁵ *Violencia y discriminación contra las mujeres y las niñas*, párr. 134.

¹⁶⁶ Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes, pág. 13. Véase también, *Íd.* pág. 29.

C. Bolivia debe garantizar el derecho de las adolescentes de ejercer sus libertades sexuales libres de violencia de género y de violencia sexual

En esta sección, desarrollaremos la conclusión de la Comisión de que el Estado violó los derechos de Brisa en virtud de los artículos 5.1 y 11.2 de la Convención Americana, juntamente con el artículo 1.1.¹⁶⁷ Aquí, reiteramos y ampliamos algunas reparaciones solicitadas por la peticionaria que ayudarán a Bolivia a garantizar el derecho al ejercicio de la libertad sexual de las y los adolescentes, de conformidad con sus capacidades evolutivas, dotándoles de herramientas para que puedan comprender las implicancias de las relaciones sexuales y afectivas basadas en el consentimiento.

Brisa ha solicitado que la Corte ordene a Bolivia crear un plan de acción integral y transformador para prevenir la violencia sexual contra los niños y niñas que incluya medidas educativas y de salud, así como medidas enfocadas en abordar la cultura de los estereotipos de género.¹⁶⁸ Pedimos a la Corte que ordene a Bolivia crear un plan de acción que aborde cómo los vínculos personales preexistentes, las dinámicas de poder asimétricas y los estereotipos de género agravan la violencia sexual contra los niños y niñas, tanto en el contexto de las intervenciones educativas y de salud que se analizan en las Partes II y III de manera más amplia.

Vínculos personales preexistentes. Si bien las familias pueden desempeñar un papel crucial en la prevención de la violencia contra los niños y niñas, la familia también es frecuentemente el contexto de la violencia contra ellos y ellas,¹⁶⁹ como lo fue en el caso de Brisa. Instamos a la Corte a que ordene que el plan de acción de Bolivia tenga en cuenta a los niños y niñas que sufren violencia sexual en el entorno del hogar, garantizando que los miembros de la familia no obstruyan el acceso de los niños y niñas a la educación sexual integral y a los servicios de salud sexual, reproductiva y mental, así como a otros servicios gubernamentales cruciales para las víctimas de la violencia sexual, como las líneas telefónicas de ayuda a los niños y niñas, los centros de refugio y los mecanismos de denuncia.

Dinámica de poder asimétrica. Instamos a la Corte a que sugiera medidas positivas que permitan a los niños y niñas a navegar las desigualdades de poder existentes en función del sexo, edad, clase, raza, y más. Específicamente, la Corte debe ordenar que Bolivia proporcione servicios educativos, de salud y otros que enseñen a los niños y niñas sobre las dinámicas asimétricas de poder para que sean capaces de reconocer las situaciones de violencia sexual y tomar medidas para minimizar los riesgos para su seguridad.

Estereotipos de género. Instamos a la Corte a ordenar a Bolivia que adopte un programa de concientización para combatir los estereotipos de género que subyacen a la violencia sexual contra los niños y niñas. Los mensajes deben ser claros, precisos y consistentes; deben provenir de fuentes confiables; y deben ser difundidos ampliamente.¹⁷⁰

¹⁶⁷ Informe de Fondo de Brisa, párr. 43.

¹⁶⁸ Informe de la peticionaria Brisa, párr. 279, 281.

¹⁶⁹ Comité CRC, *Observación General Núm. 13*, párr. 72.C.

¹⁷⁰ Comité CRC y Comité CEDAW, *Recomendación general conjunta núm. 31*, párr. 81.

CONCLUSIONES

Proveer educación sexual integral a los niños, niñas y adolescentes es fundamental para que tengan las herramientas necesarias para ejercer sus libertades respecto a sus derechos sexuales y reproductivos libres de violencia de género y de violencia sexual, de conformidad con sus capacidades evolutivas. La educación sexual integral es vital para garantizar que los NNA comprendan los elementos del consentimiento en los vínculos sexuales y afectivos y reciban información que les permita reconocer situaciones de violencia sexual, tomar medidas para minimizar los riesgos para su seguridad y buscar ayuda.

Junto con la educación, los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de salud mental deben estar a disposición de los niños, niñas y adolescentes para que puedan ejercer plenamente su derecho a la autonomía en los términos descritos a lo largo del presente escrito. Instamos a la Corte a que aproveche esta oportunidad para hacer hincapié en las normas internacionales relativas a la autonomía progresiva de los niños y niñas, el derecho a recibir una educación sexual integral y el derecho a la atención de la salud sexual y reproductiva y de la salud mental.

Además, recomendamos que la Corte ordene a Bolivia que tome medidas para salvaguardar el derecho a la autonomía de los niños, niñas y adolescentes y para que tengan las herramientas para ejercer su capacidad y consentimiento libre de vicios, incluyendo la implementación de medidas positivas para abordar las asimetrías de poder y los estereotipos de género que interfieren con los derechos de los niños y niñas, especialmente de las niñas.

Respetuosamente presentado por

EL CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS:



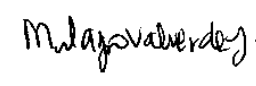
Catalina Martínez Coral



Carmen Cecilia Martínez

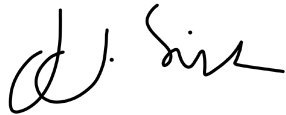


Edward Pérez

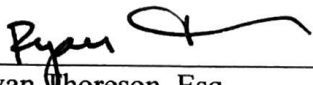


Milagro Valverde Jiménez

LA CLÍNICA DE DERECHO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS
ALLARD K. LOWENSTEIN INTERNATIONAL DE LA FACULTAD DE DERECHO
DE LA UNIVERSIDAD DE YALE



James J. Silk, Esq.
Director y Profesor Clínico de Derecho



Ryan Thoreson, Esq.
Becario en Derecho Internacional de los Derechos Humanos

Con fecha: 13 de abril de 2022

FUENTES

Casos y Opiniones Consultivas

A.D.T. vs. Reino Unido, 2000-IX TEDH 295	21
A.R. y L.R. vs. Suiza, App. No. 22338/15, TEDH (19 de diciembre de 2017)	9
Atala Riffo y Niñas vs. Chile, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 239 (24 de febrero de 2012)	4
Brisa Liliana De Angulo Lozada vs. Bolivia, Informe de Fondo CIDH, Informe No. 141/19, OEA/Ser.L/V/II.173, doc. 156 (28 de septiembre de 2019)	12, 16, 20, 23, 24, 25, 26
Buturuga vs. Romania, App. No. 56867/15, TEDH (Feb. 11, 2020).....	22
Comité de Derechos Humanos, Toonen vs. Australia, U.N. Doc. CCPR/C/50/D/488/1992, (31 de marzo de 1994)	21
Comunidad Indígena Xákmok Kásek vs. Paraguay, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas,, Corte IDH (ser. C) No. 214 (24 de agosto de 2010)	13
Condición Jurídica y Derechos Humanos del Niño, Opinión Consultiva OC-17/2002, Corte Interamericana de Derechos Humanos (ser. A) No. 17, párr. 41 (28 de agosto de 2002).....	4
Dudgeon vs. Reino Unido, App. No.7525/76, TEDH (24 de febrero de 1983)	21
Espinoza Gonzales vs. Perú, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 289 (20 de noviembre de 2014)	21
Evans vs. Reino Unido, 2007-I TEDH 353.....	22
Fernández Ortega y otros vs. México, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 215 (30 de agosto de 2010).....	21
Furlan y Familiares vs. Argentina, la Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 246 (31 de agosto de 2012).....	4
Gelman vs. Uruguay, Fondo, Reparaciones y Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 221 (24 de febrero de 2011)	4
Guzmán Albarracín y Otros vs. Ecuador, Sentencia de Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 405 (24 de junio de 2020).....	4, 5
Hermanos Gómez-Paquiuyari vs. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 110 (8 de julio de 2004).....	4
I.V. vs. Bolivia, la Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 329 (30 de noviembre de 2016)	13
J. vs. Perú, Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 275 (27 de noviembre de 2013)	21
Pobletes Vilches vs. Chile, la Sentencia de fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 349 (8 de marzo de 2018).....	13

Rochac Hernández y Otros vs. El Salvador, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 285 (14 de octubre de 2014).....	4
V.R.P., V.P.C. y otros vs. Nicaragua, la Sentencia de excepciones preliminares, fondo, reparaciones y costas, Corte IDH (ser. C) No. 350 (8 de marzo de 2018)	4, 23
X and Y vs. the Netherlands, App. No. 8978/80, TEDH (Mar. 26, 1985)	22
Y vs. Slovenia, 2015-II TEDH 185	22
Convenios, Tratados, Estatutos, Comentarios y Recomendaciones Generales	
Código de la Educación Boliviana, art. 2.3	11
Código Niño, Niña y Adolescente, arts. 22, 115, 14 de octubre de 1999 (Bol.)	11
Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Observación General No. 2 (2014) sobre el artículo 14.1(a),(b),(c) y (f) y el artículo 14.2(a) y (c) del Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de la Mujer en África	9
Comité CEDAW, Recomendación general No. 19: la violencia contra la mujer, U.N. Doc. A/47/38 (1992)	22
Comité CRC, Observación General Núm. 13, (2011): derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia, U.N. Doc CRC/C/GC/13 (Abr. 18, 2011)	23
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 14 (2000) sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (11 de agosto de 2000)	15
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General núm. 22 (2016) relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2 de mayo de 2016) 9, 14, 16	
Comité de los Derechos del Niño de la ONU, Examen de los informes presentados por los Estados partes con arreglo al artículo 44 de la Convención; Observaciones finales: Estado Plurinacional de Bolivia (2009), UN Doc. CRC/C/BOL/CO/4 (16 de octubre de 2009).....	14
Comité de los Derechos del Niño y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general núm. 31 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer y Observación general núm. 18 del Comité de los Derechos del Niño sobre las prácticas nocivas, adoptadas de manera conjunta, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/31/Rev.1-CRC/C/GC/18/Rev.1 (8 de mayo de 2019)	10, 26
Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud, U.N. Doc. CRC/C/GC/15 (17 de abril de 2013)	10
Comité de los Derechos del Niño, Observación General N° 4 (2003): La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, UN Doc. CRC/GC/2003/4 (1 de julio de 2003)	8, 15
Comité de los Derechos del Niño, Observación General Núm. 20 (2016) sobre la efectividad de los derechos del niño durante la adolescencia, U.N. Doc. CRC/C/GC/20 (6 de diciembre de 2016).....	4

Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general 24 (1999) sobre el artículo 12 de la Convención (La mujer y la salud), U.N. Doc. A/54/38/Rev. 1/cap.I (1999)	9, 14
Consejo de Europa, Convenio para la protección de los niños contra la explotación y el abuso sexual, 25 de octubre de 2007, 2680 U.N.T.S. 249	9
Constitución Política del Estado plurinacional de Bolivia de 2009	11, 14, 15
Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (“Convención de Belém do Pará”), 9 de junio de 1994.....	10
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, 21 de diciembre de 1965, 660 U.N.T.S 195.....	14
Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, 18 de diciembre de 1979, 1249 U.N.T.S. 1	4, 8
Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 13 de diciembre de 2006, 2515 U.N.T.S. 3.....	4
Convención sobre los Derechos del Niño, 20 de noviembre de 1989, 1577 U.N.T.S. 3.....	4, 8, 14
Ley N° 070 arts. 4.2, 5.2, 4.6, 20 de diciembre de 2010 (Bol.) https://sea.gob.bo/digesto/CompendioII/D/28_L_70.pdf	11
Ley No. 348 art. 19.I, 9 de marzo de 2013 (Bol.) https://sea.gob.bo/digesto/CompendioII/J/69_L_348.pdf	11
Organización de Estados Americanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos, 22 de noviembre de 1969, O.A.S.T.S. No. 36, 1144 U.N.T.S. 123	4, 13, 21
Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 16 de diciembre de 1966, 999 U.N.T.S 171	21
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 1966, 993 U.N.T.S 3.....	8
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, “Protocolo de San Salvador”	7
Otras fuentes	
Acceso a la Justicia para las Mujeres Víctimas de Violencia en las Américas, Comisión IDH, OEA/Ser. L/V/II. doc. 68, (20 de enero de 2007).	6
Amnistía Internacional, Bolivia, Informe para el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (julio de 2015), https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/sites/4/2021/05/AMR1816692015SPANISH.pdf	17, 20
Boris Miranda, Por qué Bolivia es el país con mayor cantidad de embarazos adolescentes en América Latina, BBC Mundo (5 de abril de 2017), https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-39485257	11

Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Bolivia: Violencia sexual contra adolescentes, YouTube (Mar. 18, 2017), https://www.youtube.com/watch?v=yu_9vDMLEb0	24
Comunicado de prensa, Equality Now, La Corte Interamericana de Derechos Humanos escuchará un caso trascendental sobre la violencia sexual endémica contra las adolescentes en Bolivia (11 de agosto de 2020)	6
Consejo Europeo/Tribunal Europeo de Derechos Humanos, Guide on Article 8 of the European Convention on Human Rights: Right to Respect for Private and Family Life, Home and Correspondence, (2020) https://www.echr.coe.int/documents/guide_art_8_eng.pdf	22
Defensoría del Pueblo, Las niñas y las adolescentes, derechos invisibilizados y vulnerados, http://saludpublica.bvsp.org.bo/cc/bo40.1/documentos/709.pdf	24, 25
Eva S. Goldfarb & Lisa D. Lieberman, Three Decades of Research: The Case for Comprehensive Sex Education, J. Adolescent Health 68, 1 (2021).....	12
Francisco Alvarez, et al., Primary Health Care Research in Bolivia: Systematic Review and Analysis, 31 Health Pol'y & Plan. 114 (2016).....	17
Hacia la garantía efectiva de los derechos de niñas, niños y adolescentes: Sistemas Nacionales de Protección, CIDH, OEA/Ser.L/V/II.166, doc. 206/17 (30 de noviembre de 2017)	4, 5
Informe de la peticionaria, Brisa De Angulo Lozada vs. Bolivia, Corte IDH, Caso N° CDH 10-2020 (presentado el 20 de noviembre de 2020)	12, 18, 20, 25, 26
International Planned Parenthood Federation, Are Protection and Autonomy Opposing Concepts? (febrero de 2012)	5
Josefin Edberg, Stigma of Adolescent Pregnancy and Motherhood in Bolivia: Examining How Pregnant and Mothering Adolescents Experience Stigma in the City of Cochabamba, Bolivia (2019) (tesis de maestría inédita, Universidad de Lund)	11
Kathya Córdova Pozo et al., Improving adolescent sexual and reproductive health in Latin America: reflections from an International Congress, Reprod. Health (2015).	13
Kendra Leigh Wright, Bolivian Public Health Care: Interculturation for Indigenous Rights, (2014) (Tesis de licenciatura inédita, Universidad de Mississippi), https://egrove.olemiss.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1544&context=hon_thesis	20
Lina Jaruseviciene et al., Primary Healthcare Providers' View on Improving Sexual and Reproductive Healthcare for Adolescents in Bolivia, Ecuador, and Nicaragua, 6 Global Health Action 20444 (2013)	17
Maria Ziegler, Institutions, Inequality and Development 101 (Hermann Sautter & Stephan Klasen eds., 2011)	19
Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, Protocolo de Prevención, Atención y Sanción a Toda Forma de Vulneración a la Integridad Sexual de Niñas, Niños y Adolescentes (8 de mayo de 2017), https://bolivia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PROTOCOLO-sancion-integridad-sexual.pdf	5, 12, 24, 25

Oficina de Democracia, Derechos Humanos y Trabajo, 2019 Country Reports on Human Rights Practices: Bolivia, Departamento de Estado en Estados Unidos (2019), https://www.state.gov/reports/2019-country-reports-on-human-rights-practices/bolivia	18
Oficina de Democracia, Derechos Humanos y Trabajo, Country Reports on Human Rights Practices for 2018: Bolivia, Departamento de Estado en Estados Unidos (2018) https://www.state.gov/reports/2019-country-reports-on-human-rights-practices/bolivia	19
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, International Standards on the Right to Physical and Mental Health, https://www.ohchr.org/en/issues/health/pages/internationalstandards.aspx	14
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Sexual and Reproductive Health and Rights, https://www.ohchr.org/en/issues/women/wrgs/pages/healthrights.aspx	15
Organización Mundial de la Salud, Mental Health ATLAS 2017 Perfil de los Estados miembros: Bolivia (2017) https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/profiles-2017/BOL.pdf	18
Organización Mundial de la Salud, Responding to Children and Adolescents who have been Sexually Abused: WHO Clinical Guidelines 33 (2017) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259270/9789241550147-eng.pdf	18
Plan International, Inc., Written Submission on Children's Rights to Health, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Children/Study/RightHealth/PlanInternational.pdf	19
Save the Children Launches New Program to Promote Adolescent Sexual and Reproductive Health Rights in Bolivia, (Junio 2018) https://www.savethechildren.ca/article/save-the-children-launches-new-program-to-promote-adolescent-sexual-and-reproductive-health-rights-in-bolivia	17
UNESCO, Orientaciones técnicas internacionales sobre educación en sexualidad: Un enfoque basado en la evidencia (2018), https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/265335spa.pdf	7, 8
Vanessa Sedletzki, Edades mínimas legales y realización de los derechos de los y las adolescentes en América Latina y el Caribe, UNICEF 33, (2016). https://www.unicef.orghttps://projekter.aau.dk/projekter/en/studentthesis/cables-frontiers-bunkers-and-ruins(39a68410-30d4-43a4-ad86-15e30ac2fa89).html/lac/informes/edades-m%C3%ADnimas-legales	19
Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe, Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, OEA/Ser.L/V/II. doc. 233 (14 de noviembre de 2019)	15, 25
Working Group on the issue of discrimination against women in law and in practice, Women's Autonomy, Equality and Reproductive Health in International Human Rights: Between Recognition, Backlash and Regressive Trends (Octubre de 2017), https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WG/WomenAutonomyEqualityReproductive.docx	22