

15 de marzo de 2012

Secretaría del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

UNOG-OHCHR

Palacio de las Naciones

1211 Ginebra

Suiza

Re: Información suplementaria sobre derecho a la salud reproductiva en el Perú a evaluarse en la 48ava Sesión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales programada en Ginebra del 30 de abril al 18 de mayo.

Distinguidos Miembros del Comité:

El Centro de Derechos Reproductivos, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), DEMUS - Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer y Planned Parenthood Federation of América (PPFA) desean proveer información complementaria al informe alternativo sobre salud sexual y reproductiva presentado conjuntamente con otras organizaciones¹ con ocasión de la 46va sesión del Comité en que el Grupo de Trabajo analizó de forma preliminar el informe del Estado Peruano.

Nuestro informe preliminar proveyó información acerca de seis materias relacionadas a la discriminación en el ejercicio del derecho a la salud por razón de sexo, razón de estatus, orientación sexual y edad: mortalidad materna, aborto, anticoncepción, VIH, acceso a la salud y orientación sexual, y acceso a la salud de las y los adolescentes. Queremos reiterar que la información presentada en dicho informe sigue vigente y consideramos de suma importancia que el Comité aborde en su revisión del Estado peruano todas las consideraciones presentadas en dicho informe. Adicionalmente, en este informe queremos suministrar información adicional sobre dos aspectos que consideramos cruciales para el cumplimiento de las obligaciones del Estado peruano del Pacto de Derechos Económico Sociales y Culturales (PIDESC). El primero se refiere al cumplimiento del Estado de sus obligaciones respecto a garantizar el derecho a la salud de las mujeres sin discriminación, particularmente a garantizar servicios legales de salud reproductiva como el aborto terapéutico. El segundo se refiere a la importancia de implementar las decisiones de los órganos de tratados de derechos humanos de Naciones Unidas, particularmente, del Comité de Derechos Humanos y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en el ámbito de la garantía al derecho a la salud de las mujeres sin discriminación.

¹ Católicas por el Derecho a Decidir – Perú, Centro de Investigación y Promoción Popular – CENDIPP, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM Perú, Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano – IESSDEH, Lesbianas Independientes Feministas Socialistas – LIFS, Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos y el Movimiento Manuela Ramos.

1. El derecho a acceder a servicios de salud reproductiva sin discriminación (artículos 2, 3 y 12): la garantía de acceso al aborto legal.

Los artículos 2, 3, y 12 del PIDESC protegen el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud sin discriminación alguna. El acceso a los servicios de aborto legal está íntimamente relacionado con la discriminación por sexo pues son las mujeres las únicas que hacen uso de esa atención de salud reproductiva. El derecho a la no discriminación y la igualdad en el disfrute de la salud sexual y reproductiva implica que los servicios, bienes y condiciones se encuentren disponibles para satisfacer las necesidades específicas de las mujeres. Lo anterior conlleva la necesidad de poner especial atención a las políticas de salud y a los recursos destinados a atender las necesidades de las mujeres².

De acuerdo al PIDESC, los Estados deben crear condiciones que aseguren atención y servicios médicos para todos en caso de enfermedad. Esta provisión ha sido interpretada y desarrollada en la Observación General 14 emitida por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) donde se resalta el deber de los Estados de ofrecer una amplia gama de servicios de salud de calidad y económicos que incluya servicios de salud sexual y reproductiva³. Además, este Comentario integra el principio fundamental de no discriminación con base en género en la prestación de servicios de salud y recomienda integrar una perspectiva de género al diseño de políticas y programas de salud⁴.

Pese a este estándar, en el Perú no se han implementado medidas para garantizar el acceso a los servicios de aborto legal, lo que afecta de forma particular a las mujeres y adolescentes de menores recursos económicos. En el Perú el aborto terapéutico es legal desde 1924.⁵ No obstante, pese al tiempo transcurrido y a los diferentes casos y recomendaciones que evidencian la necesidad de implementar mecanismos que aseguren el acceso al servicio legal de aborto, a la fecha no existe ningún tipo de regulación nacional que determine las condiciones en las cuales el aborto terapéutico puede ser realizado, lo que limita el acceso a la salud de las mujeres peruanas que requieren este tipo de procedimiento, además de poner en riesgo sus vidas.

Los abortos justificados en razones terapéuticas se relacionan con que un número de embarazos se desarrollan sobre patologías previas en las que la gestación agrava el estado de salud de la mujer poniéndolo en riesgo (como los casos de mujeres en diálisis, con lesiones

² COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. *Recomendación General N° 24 – La mujer y la salud*, numeral 17.

³ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General N° 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, numeral 14.

⁴ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. *Observación General N° 14 - El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, numerales 18-21.

⁵ CÓDIGO PENAL PERUANO. "Artículo 119.- Aborto terapéutico. No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente". Disponible en <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dii?f=templates&fn=default-codpenal.htm&vid=Ciclope:CLPdmo>.

neurológicas severas que empeoran con el embarazo o con neoplasias malignas que requieren tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia) y, en otros casos, con patologías que se producen durante la gestación y que complican su curso con riesgo para la vida y salud física y mental de la gestante (por ejemplo, la hiperémesis gravídica rebelde al tratamiento, la carioamnionitis o la anencefalia). Este tipo de enfermedades y la falta de acceso a los servicios de aborto legal contribuye a la alta tasa de mortalidad materna en Perú: según las estadísticas del Ministerio de Salud en el 2009, el 29% de muertes maternas se debieron a causas indirectas que se concentran en enfermedades que complican el embarazo o que son agravadas por la gestación⁶. Desde el Colegio Médico del Perú se ha señalado que cada año se produce la muerte de 200 mujeres peruanas por no poder acceder al servicio de aborto terapéutico⁷.

En una investigación realizada en cuatro hospitales de Lima con casos desde el 2007 al 2009 se encontró que de un total de 22,427 abortos atendidos, 87 casos pudieron ser considerados como de abortos terapéuticos lo que representa el 0.39% del total de abortos; sin embargo, sólo en 35 de esos casos se indicó con precisión alguna causal de salud para la interrupción del embarazo, mientras que en los 52 restantes no se hizo anotación alguna⁸.

La falta de claridad en torno al derecho a acceder al aborto terapéutico que es legal con frecuencia lleva a las mujeres a buscar abortos clandestinos, ilegales e inseguros. El aborto inseguro es una de las cinco causas principales de muerte relacionada con el embarazo en el Perú⁹, donde una de cada siete mujeres que se someten a abortos es hospitalizada por complicaciones asociadas¹⁰. Es revelador que sea mayor el porcentaje de mujeres pobres que corran riesgo de complicaciones al someterse a un aborto que las mujeres que no son pobres¹¹. Según un informe de 2006, aproximadamente 376,000 abortos inseguros se realizan en el Perú cada año¹². En el 2007, las Direcciones Generales de Salud del Ministerio de Salud (MINSa), reportaron que 40,794 abortos incompletos fueron atendidos a nivel nacional en sus establecimientos, pero se informa de una tasa de 10% de omisión de casos reportados debido

⁶ ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. *Situación de la mortalidad materna* [diapositivas]. Lima: MINSa.

⁷ Declaración del Dr. Miguel Gutiérrez, Presidente del Comité de Alto Nivel de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Médico del Perú. Disponible en <http://peru21.pe/noticia/1331333/muertes-maternas-son-negligencia>.

⁸ AA.VV. *Interrupción terapéutica del embarazo por causas de salud*. Lima: PROMSEX, noviembre de 2009, pp. 21-25. Disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/interrupcionterapeutica-causalesTavara.pdf>

⁹ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS. *ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. Plan Estratégico Nacional para La Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*. Lima: Ministerio de Salud, 2009, p. 27. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf

¹⁰ FERRANDO, Delicia. *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Pathfinder International, marzo de 2002. p. 24.

¹¹ FERRANDO, Delicia. *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, diciembre de 2006. p. 19. Disponible en <http://abortolegalysseguro.com/blog/aborto-en-peru/el-aborto-clandestino-en-el-peru-revision-delicia-ferrando/>

¹² *Idem*, p. 29.

a información insuficiente o inexacta en el Perú¹³ de tal manera que, en realidad, más mujeres son hospitalizadas y están innecesariamente en peligro.

En varias ocasiones, este Comité ha reiterado la conexión entre los abortos ilegales e inseguros y las altas tasas de mortalidad materna¹⁴. La negativa sistemática del Perú para garantizar acceso a servicios de salud cuando la vida de una mujer esté en peligro o cuando su salud física o mental pueda sufrir un daño grave y permanente, así como la interpretación restrictiva de esta norma, violan los derechos fundamentales de las mujeres contemplados en la Constitución peruana, así como los derechos promovidos y reconocidos por este Comité y el Derecho Internacional de los derechos humanos.

La denegación de los servicios de aborto legal a menudo agrava la vulnerabilidad de los grupos marginados, en particular las adolescentes. Dos casos ante los órganos de monitoreo de los tratados de las Naciones Unidas revelan la situación sistemática en el Perú y la especial necesidad de la adopción de un protocolo nacional para hacer efectivo el acceso a los servicios de aborto terapéutico.

2. La obligación del Estado Peruano de cumplir con los dictámenes emitidos por los órganos de monitoreo de tratados para cumplir con la garantía del derecho a la salud sin discriminación: los casos de K.L. y L.C. contra el Perú.

En octubre del 2005 el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH) emitió su dictamen en el caso *K.L. v. Perú*. K.L. son las iniciales de una adolescente que en el 2001 gestó un feto anencefálico y a la que un Hospital Público de Lima le negó el acceso al servicio de aborto terapéutico pese a que su médico ginecólogo le había indicado interrumpir su embarazo, y pese a que se acreditó riesgo de un mal grave y permanente para su salud física y mental.

En su Dictamen¹⁵, el Comité señaló que la no provisión del servicio de este tipo de aborto constituye una violación al derecho a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, al derecho a la privacidad, al derecho a un trato especial como menor de edad, y al derecho a un recurso efectivo. Por ello estableció que el Estado peruano "*tiene la obligación de adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro*" y la

¹³ AMNISTÍA INTERNACIONAL. Informe *Deficiencias fatales: Barreras a la salud materna en el Perú*. Madrid: AI, julio 2009, p. 14. Disponible en <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR46/008/2009/es/ec497a51-0bab-4140-b9c3-971604f87061/amr460082009spa.pdf>

¹⁴ COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS SOCIALES Y CULTURALES, *Observaciones Finales: Benin*, U.N. Doc. CESCR E/C.12/1/Add.78 (2002); *Brasil*, U.N. Doc. CESCR E/C.12/1/Add.87 (2003); *Camerún*, U.N. Doc. CESCR E/C.12/1/Add.40 (1999); República de *Mauricio*, U.N. Doc. E/C.12/1994/8 (1994); *México*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.41 (1999); U.N. Doc. E/C.12/MEX/CO/4 (2006); *Nepal*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.66 (2001); *Panamá*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.64 (2001); *Paraguay*, U.N. Doc. E/C.12/PRY/CO/3 (2008); *Polonia*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.26 (1998); *Federación Rusa*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.94 (2003); *Senegal*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.62 (2001).

¹⁵ El dictamen del Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas es el primero sobre un asunto de aborto en el sistema internacional de derechos humanos.

*"obligación de proporcionar a la autora un recurso efectivo, que incluya una indemnización"*¹⁶. Estas obligaciones no han sido cumplidas a la fecha por las autoridades competentes.

L.C. son las iniciales de una adolescente de 13 años que quedó embarazada víctima de violación sexual y que, por ello, intentó suicidarse en el 2007 lanzándose al vacío desde el techo de su casa. Trasladada a un hospital público se le programó una intervención quirúrgica que se suspendió cuando se confirmó que estaba embarazada. Pese a que la madre de la adolescente solicitó formalmente un aborto terapéutico que permitiera la realización de la operación para sus lesiones de columna, su pedido no fue atendido. Sólo después de que la adolescente sufrió un aborto espontáneo se realizó el procedimiento, casi tres meses y medio después de que se decidiera la necesidad de la misma. L.C. es parte de una familia pobre lo que ha dificultado su acceso a la terapia de rehabilitación intensiva que requiere por la paraplejía que padece.

En su Dictamen de octubre de 2011, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) consideró que el Estado peruano ha violado su derecho a la salud de la mano con el incumplimiento de la obligación estatal de modificar patrones socioculturales discriminatorios, de adoptar todas las medidas adecuadas para garantizar la protección de las mujeres contra actos de discriminación y para modificar o derogar leyes que constituyan discriminación contra la mujer. Sobre la base de estas consideraciones, el Comité CEDAW ha formulado al Estado peruano las siguientes recomendaciones:

- Proporcionar a L.C. medidas de reparación que incluyan una indemnización adecuada por daños morales y materiales así como medidas de rehabilitación acordes a la gravedad de la violación de sus derechos y de su estado de salud.
- Establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico en condiciones que protejan la salud física y mental de las mujeres e impidan que en el futuro se produzcan violaciones similares a las del presente caso.
- Tomar medidas en relación a los derechos reproductivos que sean conocidas y respetadas en todos los centros sanitarios lo que incluye i) programas de enseñanza y formación para que las y los profesionales de salud cambien sus actitudes y comportamientos en relación a las adolescentes que desean recibir servicios de salud reproductivas y que respondan a sus necesidades específicas relacionadas con la violencia sexual y ii) directrices o protocolos para garantizar la disponibilidad y acceso a servicios de salud públicos.
- Examinar la interpretación restringida del aborto terapéutico.
- Revisar la legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación sexual¹⁷.

Los casos K.L. y L.C. no son, lamentablemente, los únicos emblemáticos. A fines de 2010 se denunció en la prensa peruana otro caso de una mujer a quien, pese a requerir de un tratamiento contra el cáncer que implicaba recibir radiación contraindicada durante el embarazo, no se le concedió el derecho a un aborto terapéutico. A esta mujer se le suministro quimioterapia durante la gestación que tuvo que llevar a término; la negativa del aborto melló

¹⁶ COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS. CCPR/C/85/D/1153/2003, numeral 8.

¹⁷ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. CEDAW/C/50/D/22/2009, numeral 9.

su salud prolongando innecesariamente un embarazo que se agravó con malformaciones producto del tratamiento recibido y que, a su vez, complicaron su cuadro clínico¹⁸. Asimismo, a inicios de marzo de 2012 se denunció el caso de una mujer con una lesión neurológica a quien un hospital público realizó finalmente un procedimiento de aborto terapéutico luego de que no fuera adecuadamente atendida en otro centro de salud donde inicialmente fue evaluada y donde se le impusieron trámites administrativos que pusieron en riesgo su vida y su salud¹⁹.

3. Para garantizar el acceso a la salud sin discriminación de las mujeres y cumplir con las medidas establecidas en los dictámenes de los órganos de monitoreo de tratados de Naciones Unidas el Perú debe adoptar un protocolo nacional de atención para el aborto terapéutico.

Tanto en el caso de K.L. como en el caso de L.C., los órganos de monitoreo de tratados recomendaron al Estado que adoptara medidas de no repetición para que las violaciones que se dieron en los casos no se produjeran nuevamente. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en el caso de L.C. hizo referencia concreta a la necesidad de adoptar un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico. A pesar de dichas indicaciones la aprobación de un protocolo nacional para la atención del aborto por razones terapéuticas no se ha concretado pese a los años transcurridos después de la decisión del Comité de Derechos Humanos en el caso K.L., a la reciente reiteración de este criterio en el caso de L.C., y pese a que el Estado peruano a través del Ministerio de Salud ha reconocido su obligación de hacerlo y ha señalado en múltiples ocasiones que emitiría el protocolo sin cumplir con aprobarlo²⁰. La necesidad de aprobación del protocolo ha sido respaldada por el Colegio Médico del Perú como garantía para el trabajo de las y los profesionales de salud²¹. La renuencia a adoptar este tipo de medidas de no repetición ha dado origen a violaciones de derechos de otras adolescentes y mujeres.

Uno de los elementos esenciales para garantizar el acceso real y sin discriminación a todas las mujeres que necesiten y decidan acceder al aborto legal en el ejercicio de su derecho a la salud, es la existencia de protocolos o guías de práctica clínica definidas como un conjunto de *"recomendaciones desarrolladas sistemáticamente acerca de un problema clínico específico para asistir tanto al personal de la salud como a los pacientes en el proceso de toma de decisiones para una apropiada y oportuna atención a la salud"*²².

¹⁸ Información disponible en <http://www.larepublica.pe/impresame-negaron-aborto-terapeutico-2010-10-09>.

¹⁹ Información disponible en <http://www.caretas.com.pe/Main.asp?T=3082&S=&id=12&idE=1004&idSTo=0&idA=57425>.

²⁰ El requerimiento de un protocolo nacional de atención para el aborto terapéutico ha tenido gran rebote en prensa como puede apreciarse en los siguientes links de notas periodísticas: <http://www.andina.com.pe/Ingles/Noticia.aspx?id=jXRtUhw5Gy4=>; <http://peru21.pe/noticia/486496/peru-aplicarian-aborto-terapeutico>.

²¹ Declaraciones del Dr. Miguel Gutiérrez, Presidente del Comité de Alto Nivel de Salud Sexual y Reproductiva del Colegio Médico del Perú. Disponibles en <http://www.youtube.com/watch?v=2oBnRGwOQlo>.

²² Cita de la Norma Técnica para la elaboración de guías de práctica clínica, aprobada por Resolución Ministerial N° 422-2005/MINSA en ÁLVAREZ, Víctor. *Viabilidad jurídica de una guía Técnica para la*

En todo el mundo, incluido el Perú, todos los procedimientos médicos cuentan con protocolos, también llamadas Guías de Práctica Clínica, que generan estándares para el personal de salud y orientan una oportuna atención a la salud de las/los usuarios. En los países en que el aborto no es contrario a la ley, como en el Perú lo es el aborto terapéutico, existe la obligación de brindar el servicio en los sistemas públicos de salud eliminando los riesgos; en este sentido la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene una guía modelo titulada "Aborto Sin Riesgos: Guía Técnica y de políticas para Sistemas de Salud"²³.

El Estado peruano debería, asimismo, emplear el Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva que actualmente es adoptado por 25 países y que *"comprende un proceso de tres etapas destinado a ayudar a los países a evaluar las necesidades y las prioridades en materia de salud reproductiva, ensayar políticas y adaptaciones de programas con el fin de abordar esas necesidades y, posteriormente, expandir las intervenciones exitosas. Aunque inicialmente se implementó en 1993 como enfoque sistemático para la introducción de anticonceptivos, el Enfoque Estratégico ha sido adaptado para abordar una serie de problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y ha demostrado ser un método eficaz para fortalecer las políticas y los programas"*²⁴.

En sus observaciones finales al Estado peruano, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer manifestó su preocupación porque el Perú no aplicó las indicaciones formuladas en relación con el caso *K.L. v. Perú* y pidió además al Estado peruano que cumpla las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con ese caso²⁵. Estas observaciones finales han sido de gran utilidad para la exigibilidad del protocolo en el ámbito interno.

Asimismo, la omisión del Estado peruano de aprobar el protocolo de aborto terapéutico ha sido explicitada por las organizaciones denunciantes en el caso *K.L.*²⁶ en los informes presentados al Comité de Derechos Humanos desde el año 2006.

interrupción terapéutica del embarazo. Lima: PROMSEX, julio 2008. p. 14. Disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/viabilidadjuridicaguiaintterapembvictoralvarez.pdf>. La Norma Técnica desarrolla la estructura de toda guía de práctica clínica, así como su proceso de elaboración, validación y aplicación.

²³ Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf

²⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Enfoque Estratégico para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva*. Ginebra: OMS, 2008, p. 3. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/hq/2007/WHO_RHR_07.7_spa.pdf.

²⁵ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. CEDAW/C/PER/CO/6, numerales 24-25.

²⁶ El Centro de Derechos Reproductivos, DEMUS - Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM)

4. Preguntas y Recomendaciones

De acuerdo a la información presentada solicitamos respetuosamente al Comité que considere hacer al Estado las siguientes preguntas:

1. ¿Qué medidas está adoptando o planea adoptar el Perú para garantizar el aborto terapéutico como está establecido por la ley? En particular, ¿qué medidas se han adoptado para la emisión de un protocolo nacional de atención para los casos de aborto legal que incluya mecanismos claros para acceder al procedimiento y que respete la amplia interpretación de su alcance en relación con la protección de la salud tanto física como mental de las mujeres?
2. ¿Qué medidas está adoptando Perú o planea adoptar para asegurar fondos públicos adecuados para la cobertura, calidad, y pertinencia cultural de los servicios de interrupción legal del embarazo?
3. ¿Qué medidas está adoptando Perú o planea adoptar para obtener datos eficientes y correctos sobre el aborto terapéutico?
4. ¿Por qué el Estado no ha cumplido con las recomendaciones emitidas por el Comité de Derechos Humanos en el caso *K.L. v. Perú* y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en el caso *L.C. v. Perú*?

Asimismo, sugerimos al Comité que considere hacer al Estado las siguientes recomendaciones:

1. Instar al Estado peruano a adoptar un protocolo nacional para garantizar el acceso al aborto terapéutico que no contempla interpretaciones restrictivas contrarias a la ley.
2. Instar al Estado peruano a cumplir con todas las recomendaciones emitidas por el Comité de Derechos Humanos en el caso *K.L. v. Perú* y por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer en el caso *L.C. v. Perú*.
3. Instar al Estado peruano a adoptar sistemas eficientes y confiables de datos sobre aborto terapéutico y asegurar un presupuesto suficiente para implementar estrategias para garantizar el acceso a este servicio de aborto legal.
4. Instar al Estado peruano a avanzar hacia la creación de un sistema integrado de servicios de salud sexual y reproductiva de cobertura nacional que asegure a toda la población, sin ningún tipo de discriminación, el acceso a servicios de atención de calidad y pertinencia cultural, incluyendo servicios de aborto terapéutico.
5. Instar al Estado peruano a instituir y financiar adecuadamente una serie de intervenciones y políticas para asegurar la accesibilidad, disponibilidad, pertinencia y calidad de los servicios de aborto terapéutico.
6. Instar al Estado peruano a implementar el Enfoque Estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

Apreciamos el compromiso constante a lo largo del tiempo de este Comité hacia la erradicación de la discriminación en el acceso a la salud reproductiva. Quedamos a su disposición para proveer información adicional en caso de ser necesario.

Atentamente,



Mónica Arango Olaya
Directora Regional para América Latina y el
Caribe
Centro de Derechos Reproductivos



Rossina Guerrero Vásquez
Directora
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Jeannette Llaja Villena
Directora
DEMUS - Estudio para la Defensa de los
Derechos de la Mujer



Dee Redwine
Directora Regional para América Latina
Planned Parenthood Federation of America