

Febrero 14, 2013

**Comité de Derechos Humanos
Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos
Palais des Nations**

CH-1211 Geneva 10, Switzerland

RE: Información complementaria sobre el cumplimiento del Estado peruano de las comunicaciones individuales del Comité de Derechos Humanos y la situación de derechos reproductivos en Perú, para ser considerada durante el periodo 107 de sesiones del Comité de Derechos Humanos

El **Centro de Derechos Reproductivos** y la **Comisión Internacional de Juristas** desean proveer información complementaria al Comité de Derechos Humanos (CDH) en su revisión del quinto informe periódico de Perú durante el 107 periodo de sesiones que tendrá lugar entre el 11 y 28 de marzo de 2013. Con ocasión a la mencionada revisión las autoras de esta comunicación queremos proveer información específica al Comité sobre: i) El incumplimiento de las recomendaciones del dictamen emitido por el CDH en el caso *K.L. vs. Perú*; y ii) la violación del Estado peruano de sus obligaciones respecto a los artículos 3, 6, 7 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP)¹ al penalizar el aborto en los casos de violación sexual e inseminación forzada.

I. El incumplimiento de las recomendaciones del dictamen emitido por el CDH en el caso *K.L. vs. Perú*

En el 2005 el CDH decidió el caso *K.L. vs. Perú*,² en el que K.L., una mujer peruana de 17 años fue obligada, por la negativa de los oficiales del Estado a practicarle un aborto legal, a llevar a término un embarazo de un feto que había sido diagnosticado como anecefálico, una malformación incompatible con la vida. Las autoridades médicas rehusaron realizar un aborto terapéutico legal, con el argumento de que dicho embarazo no comprometía la vida o la salud de la menor. El CDH concluyó que Perú había violado las obligaciones contenidas en el artículo 2 (obligación del Estado de garantizar el cumplimiento de los derechos consignados en el Pacto en igualdad de condiciones), el artículo 7 (derecho a estar libre de tratos crueles,

¹ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptado* 16 de diciembre de 1966, A.G. Res. 2200A (XXI), U.N. GAOR, 21ª Ses., Sup. No. 16, Doc. de la ONU A/6316 (1966), 999 S.S.T. 171 (*en vigor* 23 de marzo de 1976).

² Comité de Derechos Humanos (CDH), *K.L. vs. Perú*, Comunicación No. 1153/2003, Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

inhumanos y degradantes, artículo 17 (derecho a la privacidad) y el artículo 24 (derecho a la especial protección del menor) del PIDCP.

En el dictamen, el CDH estableció que Perú debía “proporcionar a la autora un recurso efectivo, que incluya una indemnización” además de “adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro”.³ Después de 7 años el Estado peruano no ha cumplido con ninguna de las recomendaciones.

El incumplimiento de Perú con la implementación de las recomendaciones emitidas en el caso implica que el Estado peruano continúa violando las obligaciones que surgen de los artículos 2, 7, 17 y 24 del Pacto. El derecho internacional de los derechos humanos sugiere que cuando un hecho ilícito internacional no ha cesado, como en este caso, habría lugar a una violación de derechos humanos de acuerdo a las obligaciones adquiridas por el Estado peruano respecto del PIDCP, ya que la violación de derechos humanos no ha sido reparada de manera integral y proporcional a las violaciones cometidas. En efecto, se considera que la violación o el hecho ilícito continúan.⁴ Igualmente, este incumplimiento da lugar a una contravención del principio *pacta sunt servanda*.

El incumplimiento de Perú de adoptar medidas de no repetición también genera una situación en el país que permite que casos como el de K.L se repitan, generando nuevas violaciones de derechos humanos. Una de las medidas esenciales para prevenir la repetición de casos como el de K.L. es la adopción de un marco normativo nacional que regule el acceso al aborto terapéutico. De acuerdo a lo anterior, primero se dará un contexto general sobre el estatus legal del acceso a la interrupción legal del embarazo en Perú. Segundo, se hará referencia a la adopción del protocolo de atención para el aborto legal y tercero se referirá a la evidencia de nuevos casos, como consecuencia de la falta de adopción de medidas de no repetición.

1. Contexto

El aborto terapéutico es legal en Perú desde el año 1924, como se establece en el artículo 119° del actual Código Penal del Perú que establece el aborto legal en casos donde la vida o la salud de la mujer se encuentren en peligro. A pesar de su legalidad el acceso a este procedimiento esencial de salud para las mujeres encuentra muchas barreras. Los abortos terapéuticos resultan muchas veces de embarazos en mujeres que padecen ciertas condiciones de salud con anterioridad al embarazo y que se agravan con la gestación del feto por lo tanto el embarazo resulta una amenaza para la mujer. Este es el caso de mujeres en tratamiento de diálisis, mujeres con cáncer que requieren terapia de radiación o quimioterapia. Otros ejemplos son

³ *Ibidem* párr. 8.

⁴ Comisión de Derecho Internacional, Proyecto de Artículos sobre responsabilidad del Estado por hechos internacionalmente ilícitos, *adoptado* 12 de diciembre de 2001, A.G. 56/83, 53ª Ses., art. 14, Doc. de la ONU A/56/10 (2001); Basic Principles and Guidelines on the Right to a Remedy and Reparation for Victims of Gross Violations of International Human Rights Law and Serious Violations of International Humanitarian Law, A.G. Res. 60/147, U.N. GAOR, 60ª Ses., párr. 15, Doc. de la ONU A/RES/60/147 (2006).

aqueños embarazos en los que la enfermedad se da durante el embarazo y las complicaciones durante éste generan un riesgo físico para la mujer pero también para su salud mental.

Una de las mayores barreras de acceso al aborto terapéutico es la interpretación restrictiva que se le da a la causal por lo que el acceso a un aborto terapéutico legal ha sido cuestionado en reiteradas ocasiones por los comités de monitoreo de los tratados de Naciones Unidas. En el 2005, el Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer reiteró la recomendación que formuló al Estado parte con ocasión del examen de su sexto informe periódico por la que le insta a que revise su interpretación restrictiva del aborto terapéutico, de conformidad con la Recomendación General N° 24 del Comité.⁵ Posteriormente, el mismo Comité le pidió a Perú limitar los obstáculos que dificultan e impiden el acceso al aborto terapéutico. Asimismo, en las observaciones finales del año 2007 a Perú, el mismo Comité concluyó que le preocupaba la imposibilidad que ha mostrado el Estado para cumplir e implementar las recomendaciones dadas en el caso de *K.L. vs. Perú*.⁶ A su vez, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas le recomendó a Perú en el 2012 establecer un protocolo para la implementación del aborto terapéutico.⁷ El Comité DESC enfatizó la necesidad de que el gobierno peruano adopte y adecue guías y protocolos para permitir que las mujeres accedan al aborto terapéutico, única causal permitida por la legislación del país.⁸

El Comité contra la Tortura también se ha pronunciado sobre el tema. En sus observaciones finales a Perú del 2012 expresó su seria preocupación ya que “los abortos ilegales son una de las mayores causas de la alta mortalidad materna del Estado parte y que la interpretación del aborto terapéutico y aborto legal en casos de necesidad médica es muy restrictivo y no existe claridad, lo que lleva a que las mujeres busquen abortos inseguros ilegales”.⁹ En esa oportunidad el Comité contra la Tortura le recomendó a Perú asegurar que los profesionales de la salud estén informados sobre los protocolos relativos al aborto legal del Ministerio de Salud y que garanticen el tratamiento incondicional para personas que buscan cuidado de emergencia.¹⁰

Recientemente en el Examen Periódico Universal (EPU) de Perú realizado en noviembre de 2012, el Estado decidió aceptar una recomendación realizada por Finlandia en la que se le pide que adopte e implemente “un protocolo nacional para garantizar la igualdad de acceso de las mujeres y niñas al aborto terapéutico como uno de los servicios de salud sexual y

⁵ Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), *Observaciones Finales: Perú*, párr. 25, Doc. de la ONU CEDAW/C/PER/CO/6 (2007).

⁶ *Ibidem* párrs. 24-25.

⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), *Observaciones Finales: Perú*, párr. 21, Doc. de la ONU E/C.12/PER/CO/2-4 (2012).

⁸ CÓDIGO PENAL, art. 119 (1991) (Perú).

⁹ Comité contra la Tortura (Comité CAT), *Observaciones Finales: Perú*, párr. 15, Doc. de la ONU CAT/C/PER/CO/6 (2012).

¹⁰ *Ibidem*.

reproductiva”.¹¹ Perú igualmente determinó que iba a considerar aceptar la recomendación de Noruega de “establecer protocolos nacionales sobre el aborto de acuerdo con la conclusión del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 2005, como medida para mejorar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer”.¹²

1.2. Protocolo Nacional de Atención al Aborto Terapéutico en la normatividad de Perú

La ausencia de un protocolo de atención del aborto terapéutico incumple con la obligación de adoptar medidas de no repetición establecidas en el caso de *K.L. vs. Perú*. La adopción de dicho protocolo nacional para los casos de aborto legal, permitiría la creación de una guía para que el equipo médico del servicio público de salud pueda proporcionar servicios de salud a la población en condiciones seguras, además de dar orientación a las mujeres sobre los casos en los que pueden acceder a estos servicios esenciales. Un estudio del 2006 de profesionales de la salud en Perú indica que 14% de los médicos encuestados no sabían que el aborto es legal cuando el embarazo pone en peligro la vida de la mujer. 50% de los médicos no sabía que el aborto es legal cuando el embarazo pone en riesgo la salud de la mujer.¹³ El desconocimiento por parte de los médicos de la legalidad del procedimiento en estos casos genera que éstos no estén dispuestos a proveer el servicio de salud, lo que causa que las mujeres acudan a abortos inseguros, arriesgando su salud y su vida.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha manifestado la necesidad de contar con protocolos para los procedimientos de aborto. En “Aborto sin riesgos: Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud”,¹⁴ se resalta la importancia de que los sistemas y profesionales de salud, den respuesta a la problemática del aborto inseguro en el mundo, por medio de guías y creación de buenas prácticas. La OMS afirma que dicha adecuación y profesionalización de servicios de aborto se sustrae del compromiso al que los gobiernos llegaron en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas de junio de 1999. En esta ocasión, los Estados acordaron que “en los casos en que el aborto no es

¹¹ Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: Perú*, p. 23, Doc. de la ONU A/HRC/22/15 (2012). “116.97. Adoptar y aplicar un protocolo nacional para garantizar la igualdad de acceso de las mujeres y niñas al aborto terapéutico como uno de los servicios de salud sexual y reproductiva (Finlandia).”

¹² Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal: Perú*, p. 26, Doc. de la ONU A/HRC/22/15 (2012). “119.9. Establecer protocolos nacionales sobre el aborto de acuerdo con la conclusión del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 2005, como medida para mejorar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer (Noruega).”

¹³ Centro de Derechos Reproductivos, *Supplementary information on Peru, scheduled for review by the U.N. Committee against Torture during its 49th session (November 2012)*, 3 (Oct. 12, 2012), disponible en http://www2.ohchr.org/english/bodies/cat/docs/ngos/CRR_DEMUS_CLADEM_Peru_CAT49.pdf (citando Lydia Pace et al., *Aborto legal en Perú: conocimiento, actitudes y practicas entre un grupo de médicos líderes de opinión*, 142(2) GAC MED MEX 91-94 (2006)).

¹⁴ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS), *ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA Y DE POLÍTICAS PARA SISTEMAS DE SALUD* (2003), disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf [en adelante OMS, Guía Técnica 2003].

contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar al personal de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de la mujer”.¹⁵ Es por esto que el reconocimiento del aborto inseguro como un grave problema de salud pública es fundamental para que los Estados adecuen su normativa interna para abordar dicho problema.

Según cifras de 1999 del Instituto Alan Guttmacher, instituto de investigación en ciencias sociales, análisis de políticas públicas y educación pública sobre salud sexual y reproductiva, en los países que prestan servicios de salud seguros a las mujeres, la probabilidad de muerte por abortos no debe ser mayor a 1 mujer por cada 100.000 procedimientos.¹⁶ Según un estudio de Amnistía Internacional de 2008, en Perú se calcula que una de cada siete mujeres que se someten a un aborto es hospitalizada por complicaciones derivadas del aborto.¹⁷ En Perú, la ausencia de un protocolo de atención afecta la salud y la vida de las mujeres que deben someterse a dichos procedimientos de forma clandestina, poniendo en riesgo su salud y su vida. El Ministerio de Salud de Perú (MINSA) informó que según estadísticas entre los años 2005 y 2008, 121 mujeres fueron obligadas a llevar a término embarazos de fetos anencefálicos, negándoseles el servicio de aborto terapéutico.¹⁸ Igualmente, según estadísticas obtenidas por el MINSA en el 2009, Perú es el segundo país con la mayor tasa de mortalidad materna en Sudamérica. Según datos de la OMS, en el año 2008 la tasa de mortalidad materna en Perú correspondía a 98 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.¹⁹ A pesar de que en la

¹⁵ Asamblea General de las Naciones Unidas, Resolución aprobada sobre la base del Informe del Comité Especial Plenario del Vigésimo primer periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General, 9ª Ses. plenaria, Sup. No. 3, párr. 63(iii), Doc. de la ONU S-21/2 (1999), *disponible en* [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/S-21/7\(SUPP\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/S-21/7(SUPP)).

¹⁶ OMS, Guía Técnica 2003, *supra* nota 14, p. 14.

¹⁷ AMNISTÍA INTERNACIONAL (AI), DEFICIENCIAS FATALES: LAS BARRERAS A LA SALUD MATERNA EN PERÚ 14 (2009), *disponible en* <http://www.amnesty.org/es/library/asset/AMR46/008/2009/en/ec497a51-0bab-4140-b9c3-971604f87061/amr460082009spa.pdf> [*en adelante* AI, DEFICIENCIAS FATALES].

¹⁸ Información remitida por el Ministerio de Salud a través del oficio 360-2006-OGAJ/MINSA al Secretario Ejecutivo del Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia (21 de febrero de 2006) y en respuesta a solicitud de información N° 10-000441 de DEMUS sustentada en la ley de transparencia en abril del 2010. Según la proyección de PROMSEX – Centro de Promoción y Defensa de Derechos Sexuales y Reproductivos la cifra podría ser más alta. Teniendo en cuenta embarazos donde se presentan otras malformaciones incompatibles a la vida, este número ascendería a 945, según Informe de Human Rights Watch (2010). CLADEM-Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer y DEMUS - Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, *Reporte alternativo respecto de las vulneraciones de los derechos humanos de las mujeres peruanas debido a la ausencia de un Protocolo nacional que garantice el acceso a los servicios de aborto por razones terapéuticas, a evaluarse en la 107ava Sesión del Comité de Derechos Humanos*, 2 (May. 8, 2012), *disponible en* http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww2.ohchr.org%2Fenglish%2Fbodies%2Fhrc%2Fdocs%2Fngos%2FCLADEM_Peru105.doc&ei=1V0ZUbv1IImi8QTi2IC4Cg&usq=AFQjCNEV9Y_asdu77IobeyKzTYLOReduQ&bvm=bv.42080656,d.cWE.

¹⁹ OMS, ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2011, 26 (2011), *disponible en* http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS2011_Full.pdf.

última década la tasa ha tendido a bajar, el número sigue siendo alarmantemente alto,²⁰ y demuestra la inequidad y exclusión social en la que frecuentemente viven las mujeres en Perú. Igualmente, en el año 2009, el Ministerio de Salud de Perú reportó como causas principales de mortalidad materna: hemorragias (41%), hipertensión como resultado del embarazo (19%), abortos (6%).²¹

El Colegio Médico de Perú ha reconocido que la objeción de conciencia y su falta de regulación y protocolización ha sido un gran obstáculo para la implementación del aborto terapéutico.²² Según Human Rights Watch, entre los principales obstáculos para acceder al aborto terapéutico en Perú se encuentran: (i) la dificultad para reconocer si el riesgo a la salud mental está consagrado dentro de la causal; (ii) la ausencia de un protocolo que describa cómo debe ser el procedimiento administrativo; (iii) falta de responsabilidad y sanciones cuando se limita el acceso al aborto legal; (iv) el temor de los prestadores de servicios a ser demandados o perseguidos; (v) el costo del procedimiento bajo el sistema de seguridad social; y (vi) los bajos niveles de conocimiento de las mujeres y los prestadores de servicio acerca de la excepción de la penalización del aborto.²³

Hasta el momento, el Protocolo Nacional de Atención al Aborto Terapéutico no ha sido incluido a la normatividad de Perú. Diferentes organizaciones sociales²⁴ afirman que el gobierno peruano ha sometido a dilaciones injustificadas la oficialización del protocolo, que se viene discutiendo desde el 2010.²⁵ Las organizaciones también se han pronunciado en torno a la iniciativa del Ministerio de Salud “*Guía Técnica para la Atención Integral de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo Menor de 22 semanas con Consentimiento Informado*”. Han resaltado la importancia de que el protocolo incluya aspectos como: (i) El reconocimiento de la salud mental como parte de la salud y vida de la mujer; (ii) La eliminación de requisitos dilatorios como la autorización de los Comités de Ética médica y la necesidad de un testigo para la otorgación del consentimiento informado para la realización el aborto; y (iii) El entendimiento de los embarazos de fetos anencefálicos como parte de la

²⁰ *Ibidem*.

²¹ MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (MINSA), 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, 27 (2009), *disponible en* http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf.

²² Miguel Gutiérrez, *representante del Colegio Médico del Perú, habla del aborto terapéutico*, YOUTUBE, Nov. 11, 2011, <http://www.youtube.com/watch?v=2oBnRGwOQlo> [*en adelante Miguel Gutiérrez*].

²³ HUMAN RIGHTS WATCH (HRW), TENGO DERECHOS, Y TENGO DERECHO A SABER: LA FALTA DE ACCESO AL ABORTO TERAPÉUTICO EN EL PERÚ 2 (2008), *disponible en* http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/peru0708spweb_0.pdf.

²⁴ Católicas por el Derecho a Decidir – Perú, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, CLADEM Perú, DEMUS, el Centro de Protección y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) y el Movimiento Manuela Ramos.

²⁵ *Aborto terapéutico en dos o tres meses*, PERÚ 21, May. 28, 2010, <http://peru21.pe/noticia/486496/peru-aplicarian-aborto-terapeutico> [*en adelante Aborto terapéutico en dos o tres meses*].

causal de aborto terapéutico.²⁶ Ante la ausencia de un protocolo nacional, diversas instituciones prestadoras de servicios médicos han optado por crear sus propios protocolos de atención en casos de aborto.²⁷ Autoridades del sector médico del país como el Colegio Médico de Perú, también han manifestado la necesidad de contar con un protocolo que oriente a los médicos y evite abusos de la figura de objeción de conciencia por parte de las institucionales.²⁸

La última determinación del MINSA fue la construcción y oficialización del protocolo.²⁹ Aunque se realizó la denominada “*Guía Técnica para la Atención Integral de la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo Menor de 22 semanas con Consentimiento Informado*” no logró ser oficializada. Actualmente, el **Protocolo Nacional de Atención al Aborto Terapéutico está establecido como meta al 2017**, según el reciente Plan de Igualdad de Género 2012 – 2017. La Política de Género 2012-2017 fue promulgada por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables como una estrategia tomada por el Estado para disminuir la desigualdad de género. En concreto, la política establece como meta que “Al 2017, protocolo de aborto terapéutico ha sido aprobado.”³⁰ Se ve con gran preocupación que la aprobación del Protocolo se dilate hasta el 2017, pues como se evidenció anteriormente, tal aprobación es prioritaria para la prevención de la mortalidad materna y para la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres del país. La posibilidad de contar con servicios seguros de salud reproductiva protege la vida y salud de las mujeres y garantiza procedimientos sin complicaciones y consecuencias nefastas.

1.3. L.C. vs. Perú: una violación de derechos humanos evitable

El caso de *L.C. vs. Perú* resuelto por el CEDAW en el 2011 es una muestra clara de las consecuencias del incumplimiento de Perú con la adopción de medidas de no repetición en el caso de *K.L. vs. Perú*. L.C. era una menor de 13 años que como producto de una violación quedó embarazada. Al conocer su estado intentó suicidarse saltando del techo de una casa, como consecuencia de lo cual sufrió una lesión en la columna que la paralizó en las cuatro extremidades. La lesión requería de una cirugía urgente, que el personal médico se negó a realizarle dado su estado de embarazo. L.C. eventualmente sufrió un aborto involuntario y recibió la cirugía correctiva cuatro meses después de la lesión, momento para el cual el efecto

²⁶ Movimiento Manuela Ramos, *Feministas demandan aprobación inmediata de un protocolo*, Ago. 29, 2012, <http://www.manuela.org.pe/feministas-demandan-aprobacion-inmediata-de-un-protocolo/>.

²⁷ En Lima figuran hospitales como el San Bartolomé, el María Auxiliadora, y el Hipólito Unanue, entre otros. *Aborto terapéutico en dos o tres meses*, supra nota 25.

²⁸ Miguel Gutiérrez, supra nota 22.

²⁹ Ministro Ugarte: “Próximamente será divulgado protocolo sobre el aborto terapéutico”, ANDINA, Sept. 30, 2010, <http://www.andina.com.pe/Ingles/Noticia.aspx?id=jXRtUhw5Gy4=>.

³⁰ MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL, PERÚ, DOCUMENTO DE RESULTADO DE LA CONSULTA DEL PLAN NACIONAL PARA LA IGUALDAD DE GÉNERO PNIG 2012-2017 31 (2011), disponible en http://www.perudefiendelavida.com/MIMDES/Documento_Resultado_Consulta_PNIG_2012_2017.pdf [en adelante MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL].

de la cirugía era mínimo. L.C. es hoy cuadrapléjica y requiere de la ayuda de terceros para llevar a cabo incluso las funciones vitales más básicas.

El Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer encontró que Perú había violado los derechos de L.C. establecidos en los artículos 2 c) y f), 3, 5 y 12, junto con el artículo 1, de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). El Comité le recomendó al Estado que debía “Revisar su legislación con miras a 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.”³¹ Igualmente, le pidió al Estado revisar las conductas de los prestadores de servicios en salud sexual y reproductiva, y adoptar “(...) directrices o protocolos para garantizar la disponibilidad de servicios de salud en centros públicos y el acceso a los mismos”.³² El Comité advirtió la ausencia de mecanismos para prevenir que las barreras institucionales obstaculicen el acceso al aborto terapéutico y también recomendó la despenalización del aborto en casos de violación.

A pesar de las iniciativas derivadas de la manifiesta necesidad de un protocolo que regule el aborto terapéutico, en la actualidad tal iniciativa sigue sin oficializarse. Esto implica la continuación de la violación de los artículos 2, 7, 17 y 24 del Pacto, al no reparar de forma integral las violaciones determinadas en el caso y no adoptar medidas de no repetición.

II. La violación del Estado peruano de sus obligaciones respecto a los artículos 3, 6, 7 y 26 del Pacto al penalizar el aborto en los casos de violación sexual, e inseminación forzada

Según la OMS, en un informe de 2012, el aborto inseguro se ha mantenido relativamente constante desde 2000, con alrededor de 14 de cada 1000 mujeres de entre 15 y 44 años.³³ El informe estima que la cantidad absoluta de abortos inseguros en el mundo “era de aproximadamente 20 millones en 2003 y de 22 millones en 2008. La proporción de todos los abortos que son inseguros aumentó de 44% en 1995 y 47% en 2003 al 49% en 2008”.³⁴ La OMS entiende que los abortos inseguros se concentran en países en vía de desarrollo, que cuentan con altas tasas de mortalidad materna y barreras de acceso a abortos sin riesgos.³⁵ Para el 2008, según datos de UNFPA, el porcentaje de mortalidad materna en Perú era de 240

³¹ Comité CEDAW, *L.C. vs. Perú*, Comunicación No 22/2009, párr. 9.2(a), Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011) [*en adelante* Comité CEDAW, *L.C. vs. Perú*].

³² *Ibidem* párr. 9.2(b).

³³ OMS, ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA Y DE POLÍTICAS PARA SISTEMAS DE SALUD 19 (2012), *disponible en* http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/77079/1/9789243548432_spa.pdf.

³⁴ *Ibidem* (citando Gilda Sedgh et al., *Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008*, 379 THE LANCET 625–632 (2012)).

³⁵ *Ibidem*.

muerres por cada 100.000 mujeres.³⁶ Según la información proporcionada por el Estado Peruano para el Quinto Informe Periódico del CDH, “en el año 2000, de un total de 605 muertes maternas, el 8,4%, fue por aborto; en 2005 de un total de 596 muertes, el 8,5% fue por aborto y en 2009 de un total de 365 muertes, el 11,6% fue por aborto”.³⁷

Según la ENDES 2004-2009, encuesta demográfica y de salud familiar del Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú, la tasa de mortalidad materna era de 8,5 muertes maternas por cada 100.000 mujeres en edad reproductiva.³⁸ En la ENDES 2004-2005, se reportó que en Perú se producen 376 mil abortos clandestinos al año, y aproximadamente 1.8 millones de nacimientos no deseados.³⁹ Es importante subrayar que el aborto clandestino e ilegal ha causado gran impacto en la cifra de mortalidad maternal de Perú. Para el 2006, según cifras de INPPARES en el estudio “El aborto clandestino en el Perú, 2006”, el aborto era la tercera causa de mortalidad materna en el país.⁴⁰ Amnistía Internacional reportó que en el 2009 “una de cada siete mujeres que se someten a un aborto es hospitalizada por complicaciones derivadas del aborto”.⁴¹ Esta cifra no tiene en cuenta las mujeres que no tuvieron complicaciones, obtuvieron tratamientos privados que no fueron registrados, o que murieron por el procedimiento. La clandestinidad de los procedimientos tiene un gran impacto en el número de muertes que se causan por el procedimiento. El informe citado sobre el aborto clandestino en el Perú de 2006 establece que “la probabilidad de complicación por tipo de proveedor sería del 72% si la mujer se manipula ella misma o si acude a una persona no calificada, 24% si va a una obstetrix o enfermera, y 4% si va a un médico”.⁴² También, es necesario aclarar que la decisión sobre a qué persona acudir para la realización de un aborto está determinada por factor social y económico. De este modo, “en el área urbana un 56% de mujeres pobres acude a un profesional de salud (el 17% va a ver a un médico y el 39% a una obstetrix o enfermera) y el 44% visita a una persona no calificada o empírica”.⁴³

Dentro de los principales métodos utilizados para inducirse un aborto en ámbitos ajenos a la práctica médica, se resalta la introducción vaginal de medicamentos, sustancias u objetos (Cytotec o Misoprostol, sondas o catéteres, alambres, palos de tejer, agua con jabón, agua con

³⁶ FONDO DE POBLACIÓN DE LA NACIONES UNIDAS (UNFPA), ESTADO DE LA POBLACIÓN MUNDIAL 2008, ÁMBITOS DE CONVERGENCIA: CULTURA, GÉNERO Y DERECHOS HUMANOS 89 (2008), disponible en http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2008/swp08_spa.pdf.

³⁷ Estado de Perú, *Examen de los informes presentados por los Estados partes en virtud del artículo 40 del Pacto, Quinto informe periódico de los Estados partes: Perú*, párr. 99, Doc. de la ONU CCPR/C/PER/5 (2011) [en adelante Quinto informe periódico (2011)].

³⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), PERÚ: ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES CONTINUA 2009, 166 (2010), disponible en <http://www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR242/FR242.pdf>.

³⁹ DELICIA FERRANDO, EL ABORTO CLANDESTINO EN EL PERÚ, 2006, 33 (2006), disponible en <http://www.inppares.org/sites/default/files/Aborto%20clandestino%20Peru.pdf> [en adelante EL ABORTO CLANDESTINO EN EL PERÚ, 2006].

⁴⁰ *Ibidem* p. 31.

⁴¹ AI, DEFICIENCIAS FATALES, *supra* nota 17, p. 14.

⁴² EL ABORTO CLANDESTINO EN EL PERÚ, 2006, *supra* nota 39, p. 20.

⁴³ *Ibidem* p. 35.

sal, agua oxigenada, Coca Cola, detergentes, yerbas, raíces, combinaciones de medicamentos y yerbas o medicamentos hormonales, entre otros).⁴⁴ Este reporte también establece que en Perú se reportan métodos abortivos como masajes u opresiones en el estomago y maltratos o golpes intencionales.⁴⁵

2.1 Penalización del aborto en casos de violación sexual e inseminación artificial no consentida

El artículo 120 del Código Penal establece que el denominado “aborto sentimental” es castigado “con pena privativa de libertad no mayor de tres meses”.⁴⁶ El “aborto sentimental” se entiende “cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente”.⁴⁷ A pesar de que la penalización de aborto en casos de violación sexual no ha sido modificada, sí se pueden resaltar iniciativas legales para despenalizarlo.⁴⁸ La despenalización del aborto en estas excepciones fue incluida como meta en el Plan de Igualdad de Género 2012-2017.⁴⁹

La penalización del aborto cuando el embarazo es producto de una violación sexual conlleva serias repercusiones para el ejercicio de los derechos fundamentales de las mujeres particularmente por los altos índices de violencia sexual contra las mujeres. Según un estudio realizado en el 2002, el 46,6% de las mujeres en Cusco y el 22,5% de las mujeres en Lima, ha sufrido violencia sexual por parte de su pareja. El 37,6% de las mujeres en Cusco y el 16,4% en Lima, coincidieron en que la forma más frecuente de violencia son las relaciones sexuales forzadas.⁵⁰ Según la ENDES 2004-2006, el 10% de las mujeres que han estado en una relación amorosa y fueron entrevistadas reportaron “haber sido obligada a tener relaciones sexuales por su esposo o compañero”.⁵¹

⁴⁴ *Ibidem* p. 17-18.

⁴⁵ *Ibidem* p. 18.

⁴⁶ CÓDIGO PENAL, art. 120 (1991) (Perú).

⁴⁷ *Ibidem* art. 120(1).

⁴⁸ En octubre de 2009, se designó una Comisión para revisar el Código Penal de Perú. En el borrador fue aprobado se incluía la despenalización del aborto en los casos de violación, inseminación artificial no consentida y malformaciones del feto que estén diagnosticadas por un especialista. Esta revisión aún no ha sido aprobada. Véase, por ejemplo, *¿Qué es lo que propone la comisión revisora del Código Penal?*, PERÚ 21, Oct. 20, 2009, <http://peru21.pe/noticia/357556/que-lo-que-propone-comision-revisora-codigo-penal>.

⁴⁹ MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL, *supra* nota 30, p. 32.

⁵⁰ MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL, PERÚ, PLAN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER 2009-2015 (PNCVHM) Y SUS HERRAMIENTAS DE GESTIÓN 27 (2009), *disponible en* <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/noviencia/archivos/plannoviencia/PlanContraLaViolencia2.pdf> (*citando* ANA GUÉZMES ET AL., VIOLENCIA SEXUAL Y FÍSICA CONTRA LAS MUJERES EN EL PERÚ, ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA VIOLENCIA DE PAREJA Y LA SALUD DE LAS MUJERES (2002)).

⁵¹ INEI, ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES 2004-2006, 199 (2007), *disponible en* http://desa.inei.gob.pe/endes/recursos/endes2004-06_informe.pdf.

El CDH ha reconocido que hay una relación entre el derecho a la igualdad entre hombres y mujeres que consagra el **artículo 3 del Pacto**, y la penalización del aborto en casos de violación.⁵² Las mujeres que quedan embarazadas como producto de violencia sexual tienden a verse sometidas a prácticas abortivas en condiciones clandestinas e inseguras que ponen en riesgo su salud y su vida, con lo que se viola el artículo 3 del Pacto.⁵³ Adicionalmente, el CDH ha reiterado en sus observaciones finales al Estado de Perú la necesidad de despenalizar el aborto en los casos de violación. En sus observaciones finales de 1996, el Comité señaló su preocupación por la penalización del aborto cuando el embarazo es producto de una violación, pues el aborto clandestino se constituía como la mayor causa de mortalidad materna. El Comité afirmó que “Estas disposiciones traen como resultado someter a las mujeres a un tratamiento inhumano y pudieran ser incompatibles con los artículos 3, 6 y 7 del Pacto”.⁵⁴ En las observaciones finales del año 2000, el CDH volvió a llamar la atención sobre la penalización del aborto en estos casos y advirtió la necesidad de revisar la ley y establecer excepciones a la prohibición y criminalización del aborto.⁵⁵

El artículo 6 del Pacto consagra el derecho a la vida como un derecho inherente a la persona humana, del cual nadie puede ser privado de forma arbitraria. Entonces, la penalización del aborto y los diferentes obstáculos que existen para acceder a la única causal de aborto despenalizada en Perú, pone en riesgo la vida y la salud de las mujeres y adolescentes que deben someterse a procedimientos inseguros o que terminan por dar a luz poniendo en grave riesgo su salud y su vida. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en varias observaciones finales ha expresado su preocupación sobre la relación que existe entre las altas tasas de mortalidad materna y los abortos ilegales, clandestinos e inseguros.⁵⁶ Igualmente, ha reconocido que las leyes restrictivas contribuyen a la realización de abortos en condiciones de riesgo y a las altas tasas de mortalidad materna, recomendando legalizar el aborto cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer y cuando es consecuencia de un incesto o violación.⁵⁷ Una muestra de esto es el ya mencionado caso *L.C vs. Perú*, en el que se demostró que la penalización del aborto en estos casos puede tener graves incidencias en la salud y la vida de adolescentes como L.C. De acuerdo a lo anterior, el Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer en el caso de L.C. pidió “Revisar su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación o un abuso sexual”.⁵⁸

La penalización del aborto en casos de violación también compromete el **artículo 7 del Pacto**, en el que se afirma que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos

⁵² CDH, *Recomendación General No. 28: La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Art. 3)*, párr. 11, Doc. de la ONU CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000).

⁵³ *Ibidem* párr. 10.

⁵⁴ CDH, *Observaciones Finales: Perú*, párr. 15, Doc. de la ONU CCPR/C/79/Add.72 (1996).

⁵⁵ CDH, *Observaciones Finales: Perú*, párr. 20, Doc. de la ONU CCPR/CO/70/PER (2000).

⁵⁶ CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Aborto y Derechos Humanos, en HACIENDO DE LOS DERECHOS UNA REALIDAD* 13 (2010).

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ Comité CEDAW, *L.C. vs. Perú*, *supra* nota 31, párr. 9.2(c).

o degradantes (...).” El Comité contra la Tortura ha reconocido que obligar a completar un embarazo a una víctima de violación sexual, constituye un trato cruel e inhumano. En las observaciones finales a Perú de 2006, el Comité señaló que la legislación vigente en materia de aborto “restringe severamente el acceso a interrupciones voluntarias del embarazo, incluso en casos de violación, lo cual ha resultado en graves daños, incluso muertes innecesarias de mujeres. Las alegaciones recibidas indican la omisión del Estado Parte en la prevención de actos que perjudican gravemente la salud física y mental de las mujeres y que constituyen actos crueles e inhumanos”.⁵⁹ El Comité en las observaciones finales a países como Nicaragua y Paraguay ha reconocido que llevar a término un embarazo cuando es producto de una violación, expone a las mujeres a estrés traumático y diversos problemas psicológicos como ansiedad y depresión.⁶⁰

A pesar de lo anterior, en el Examen del Quinto Informe Periódico de Perú ante el CDH de 2011, el Estado de Perú no hizo referencia a las prohibiciones que persisten en materia de aborto. El Estado, al reportar sobre el artículo 7 del Pacto, solo hizo referencia a las medidas que se toman en establecimientos penitenciarios para prevenir y castigar casos de tortura o tratos crueles, inhumanos y degradantes.⁶¹

Por último, el **artículo 26 del Pacto** establece que “Todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho sin discriminación a igual protección de la ley. A este respecto, la ley prohibirá toda discriminación y garantizará a todas las personas protección igual y efectiva contra cualquier discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”. El status de ilegalidad del aborto en casos de violación sexual, conlleva a una gran afectación de la salud de las mujeres, y el riesgo se concentra únicamente en esta población. La atención obstétrica y la atención de abortos son servicios que solo requieren las mujeres. Al comprometer deliberadamente el acceso a servicios de salud esenciales que sólo las mujeres requieren el Estado peruano incurre en discriminación por razones de sexo lo que viola el artículo 26 del Pacto.

En conclusión, la penalización del aborto en casos de violación sexual, inseminación artificial no consentida sumado a la interpretación restrictiva del aborto terapéutico y la falta de regulación para garantizar su acceso en Perú violan los derechos a la igualdad entre hombres y mujeres (artículo 3), el derecho a la vida de las mujeres (artículo 6), a no estar sometido a tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 7) y a no ser discriminado por motivos de sexo (artículo 26) del PIDCP. Esta situación sigue causando altos índices de mortalidad materna por la exposición a abortos clandestinos que se inducen o se realizan en condiciones inseguras. Por otro lado, las mujeres que no acceden a abortos clandestinos, llevan a término el

⁵⁹ Comité CAT, *Observaciones Finales: Perú*, párr. 23, Doc. de la ONU CAT/C/PER/CO/4 (2006).

⁶⁰ Comité CAT, *Observaciones Finales: Nicaragua*, párr. 16, Doc. de la ONU CAT/C/NIC/CO/1 (2009); *Paraguay*, párr. 22, Doc. de la ONU CAT/C/PRY/CP/4-6 (2011).

⁶¹ Quinto informe periódico (2011), *supra* nota 37, arts. 112-130.

embarazo, lo que terminando causándoles diversas afectaciones para su salud física y psicológica.

De acuerdo a la información aportada le pedimos al Comité que considere las siguientes recomendaciones en su revisión del Estado peruano durante el periodo 107 del Comité de Derechos Humanos.

IV. Recomendaciones

1. Instar al Estado peruano que adopte medidas de reparación individual en el caso de *K.L. vs. Perú*.
2. Instar al Estado peruano a que adopte cuanto antes el protocolo de atención para el aborto terapéutico.
3. Instar al Estado a adoptar todas las medidas para despenalizar el aborto en casos de violación e inseminación artificial así como las otras recomendaciones realizadas por el Comité para la Eliminación de Discriminación contra la Mujer en el caso *L.C. vs. Perú*.