

13 de junio de 2014

**Secretaría del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de Naciones Unidas
Palais Wilson
52, rue des Pâquis
CH-1201 Ginebra (Suiza)**

Ref. Informe para la 58ava Sesión del Comité de la CEDAW (30 de junio al 18 de julio de 2014) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Perú

De nuestra mayor consideración:

1. En el marco de la 58 sesión del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW), [El Centro de Derechos Reproductivos \(CDR\)](#), [Planned Parenthood Federation of America Global \(PPFA\)](#) y el [Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos \(PROMSEX\)](#) desean complementar el trabajo del Comité, brindando información sobre la situación de Perú respecto a los derechos protegidos en la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW)¹. Las tres organizaciones presentan este informe especialmente preocupadas por el grado de cumplimiento de Perú de las obligaciones internacionales relacionadas con el goce de los derechos reproductivos, particularmente en acceso a anticoncepción de emergencia, acceso a aborto y los límites del goce de estos derechos para los menores en virtud de los derechos consagrados en la CEDAW.

2. El presente informe se divide en dos partes. La primera describe el marco legal frente al que se encuentra obligado Perú. La segunda brinda información actualizada sobre tres problemáticas en el contexto peruano: i) los impedimentos en el acceso gratuito a la anticoncepción oral de emergencia, en especial en casos de violación sexual; ii) los límites en el acceso al aborto; y iii) los límites en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (SSSR) para adolescentes. Las tres problemáticas evidencian que el Estado Peruano ha venido violando las obligaciones contenidas en la CEDAW respecto a los derechos a la igualdad material, la salud, los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR), una vida libre de violencia, el derecho a la información y al debido proceso.

1. Marco Legal

3. La CEDAW establece el principio de no discriminación (Art. 1) como una de sus obligaciones principales. De esta obligación se deriva la igualdad material, según la cual los hombres y las mujeres deben tener igual acceso a *“derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”*². El Artículo 2 obliga a los Estados a *“seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer”*³ y las acciones específicas que debe adoptar con ese fin.

4. En materia de derecho a la salud sin discriminación, el Artículo 12 estipula que los Estados deben adoptar “*todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia*”. El Artículo 14 establece que las mujeres deben acceder “*a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia*”. El Artículo 16 dispone el derecho a decidir sobre el número de hijos y su intervalo, refiriéndose a la autonomía reproductiva en relación con el derecho a la salud.

5. Los anteriores artículos comprenden las protecciones de los derechos reproductivos (DDRR). Los DDRR se encuentran reconocidos específicamente bajo el artículo 16 de la CEDAW e incluyen el derecho a la autonomía reproductiva, permitiendo a cada persona decidir si desea tener hijos, el número y el tiempo en que desea hacerlo, sin sufrir discriminación o sanción; para lo cual debe acceder a información y avances científicos en materia de salud y planificación familiar⁴. Las protecciones al derecho a la vida; la salud; la autonomía; la integridad personal; estar libre de trato cruel, inhumano o degradante; fundar una familia, y la prohibición de injerencias arbitrarias en la vida privada también contienen protecciones para los DDRR⁵.

6. El derecho a la salud sin discriminación está ligado al acceso a la información. El Artículo 10 de la CEDAW establece que los Estados deben asegurar el “*acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia*”. Específicamente en materia de autonomía reproductiva, el Artículo 16 dispone que los Estados deben garantizar el “*acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos*”.

7. La Recomendación General No. 24 del Comité de la CEDAW establece que los Estados Parte tienen obligaciones de hacer y de no hacer frente al derecho a la salud. Los Estados deben abstenerse “*de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud*”⁶, y adoptar “*medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponer sanciones a quienes cometan esas violaciones*”⁷.

8. El derecho a la salud está ligado a una vida libre de violencia. De acuerdo con la Recomendación General No. 24, los Estados deben promulgar e implementar “*protocolos para el cuidado de la salud y procedimientos hospitalarios adecuados para afrontar la violencia contra las mujeres*”⁸, y deben “*asegurar la provisión de servicios de salud adecuados*”⁹ para las víctimas de violencia de género, incluso la violación. Este Comité ha explicado que los Estados deben capacitar a profesionales de la salud para sensibilizarlos acerca de “*las consecuencias sobre la salud de la violencia de género*”¹⁰ y para manejar dichas consecuencias¹¹.

9. La Recomendación General No. 19 del Comité de la CEDAW también requiere que los Estados tomen medidas para prevenir y combatir la violencia de género, incluso deben brindar servicios de rehabilitación y de salud a las víctimas¹². Además, ha recomendado a los Estados “*prevenir la coerción con respecto a la fertilidad y a la reproducción*”¹³ y asegurar que las mujeres no sean obligadas a recurrir a abortos ilegales. En particular, el Comité ha establecido que los Estados deben prestar “*servicios para las víctimas de violencia doméstica, violación y delitos*

sexuales, [etc]”¹⁴ y deben asegurar la disponibilidad de servicios adecuados para las víctimas de delitos sexuales a fin de controlar su fertilidad y reproducción¹⁵.

10. Específicamente, el Comité de la CEDAW se ha pronunciado sobre el estado de los DDRR en Perú. En las Observaciones Finales de 2007, el Comité expresó “*su preocupación por el reconocimiento y la protección insuficientes de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres*”¹⁶ y en particular “*que el Estado Parte no aplicó las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra Perú (CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005))*”¹⁷. El Comité recomendó al Perú intensificar “*las actividades y los servicios de información sobre planificación de la familia destinados a mujeres y niñas, incluido el suministro de anticonceptivos de emergencia, y que promueva con amplitud la educación sexual, en particular en los programas corrientes de educación destinados a las niñas y varones adolescentes, prestando particular atención a la prevención de los embarazos en adolescentes. El Comité también insta al Estado Parte a que permita que las mujeres accedan a servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo de modo de reducir las tasas de mortalidad materna entre las mujeres. El Comité insta al Estado Parte a que examine su interpretación restringida del aborto terapéutico, que es legal, para hacer más hincapié en la prevención de los embarazos en adolescentes y considere la posibilidad de revisar la legislación relacionada con los abortos en casos de embarazo indeseado con miras a suprimir las sanciones que se imponen a las mujeres que se someten a un aborto ...*”¹⁸ (negritas por fuera del texto).

11. Asimismo, en el caso *L.C. c. Perú*¹⁹, el Comité recomendó de manera general que, entre otras, Perú debía “*ii. (...) establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico protegiendo la salud física y mental de las mujeres, e impidiendo que en el futuro se produzcan violaciones similares. iii. Tomar medidas en relación a los derechos reproductivos que sean conocidas y respetadas en todos los centros sanitarios, incluyendo 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 reproductiva y que respondan a sus necesidades específicas en salud relacionadas con la violencia sexual y ii) directrices o protocolos para garantizar la disponibilidad y acceso a servicios de salud públicos. iv. Examinar la interpretación restringida del aborto terapéutico. v. Revisar la legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo sea producto de una violación sexual*”²⁰. (Negritas por fuera del texto)

12. El derecho al debido proceso está consagrado en el artículo 15 que establece que “*1. Los Estados Partes reconocerán a la mujer la igualdad con el hombre ante la ley*” y “*2. (...) le dispensarán un trato igual en todas las etapas del procedimiento en las cortes de justicia y los tribunales*”. De acuerdo con la Declaración Universal de Derechos Humanos y el PIDCP, el debido proceso procura que toda persona sometida a un proceso judicial cuente con recursos efectivos contra actos violatorios de sus derechos fundamentales, sin estar sujeta a decisiones arbitrarias que la priven de su libertad. Se le deben garantizar los medios adecuados para declarar libremente; ser escuchada sin coerción; y recaudar y aportar las pruebas que le permitan defenderse para que su caso sea juzgado imparcialmente y se presuma su inocencia hasta que se demuestre lo contrario²¹.

13. Este informe pretende resaltar que las políticas y normas del Estado peruano en temas de anticoncepción oral de emergencia, acceso al aborto, y SSSR para adolescentes, han generado que Perú incumpla sus obligaciones internacionales respecto a los mencionados derechos, así como de las recomendaciones que realizó el Comité de la CEDAW a Perú en las Observaciones Finales de 2007 y en el caso *L.C. c. Perú*, en materia de DDRR. ***Solicitamos al Comité de la CEDAW que recomiende al Perú i) revisar su legislación nacional para permitir el acceso gratuito a la anticoncepción oral de emergencia dentro del sistema de salud pública, ii) enfatice la obligación de garantizar el acceso al aborto terapéutico legal desde 1924, a través de una interpretación integral del derecho a la salud en sus tres dimensiones (física, mental y social), despenalice el aborto en casos de violación sexual, y derogue las provisiones legales que obligan a operadores de salud a denunciar a mujeres por el presunto delito de aborto; iii) garantice el cumplimiento de las medidas de no repetición en el caso L.C. c. Perú, y iv) garantice el acceso de los y las adolescentes a SSSR.***

2. Estado actual en términos de derechos reproductivos en Perú: límites en el acceso a la anticoncepción de emergencia, el aborto, y a servicios sexuales y reproductivos para adolescentes

2.1 La prohibición de distribuir anticoncepción de emergencia en el sistema público de salud de Perú viola los derechos de las mujeres a la salud, los derechos reproductivos, y la igualdad material

1) Situación legal del acceso a la anticoncepción de emergencia en el Perú

14. En 2006 el Tribunal Constitucional peruano obligó al Ministerio de Salud (MINSA) a distribuir gratuitamente la anticoncepción oral de emergencia (PAE), recalcando su efecto anticonceptivo, y garantizando los DDRR de las mujeres²². No obstante, el registro sanitario de la PAE en Perú sigue incluyendo la descripción de un posible tercer efecto anti-implantatorio (prevenir la implantación del óvulo ya fecundado), lo cual ha sido entendido erróneamente como aborto. Esto llevó a que el Tribunal Constitucional cambiará su precedente frente a la PAE, y ante a una demanda de una organización religiosa señalara en su Sentencia del 16 de octubre de 2009²³, la prohibición de la distribución gratuita del Levonorgestrel –uno de los componentes de las PAE– dentro de los servicios públicos sanitarios, sin prohibir la compra libre en las farmacias; dejando la PAE por fuera del alcance de mujeres de bajos recursos y de aquellas en zonas alejadas del país en donde las farmacias pueden ser muy escasas o estar desabastecidas. La PAE quedó disponible para mujeres que cuentan con el dinero para comprarla con receta médica en farmacias privadas. Aunque en el mercado privado oficialmente existe una marca que produce PAE por un sol (menos de un dólar americano)²⁴, la mayoría de las farmacias vende POSTINOR entre 7.90 soles (3 dólares) y 26 soles (10 dólares) en promedio, y secundariamente la marca TIBEX entre 2.79 soles (1 dólar) y 16.50 soles (6 dólares)²⁵.

15. La Sentencia de 2009 incluyó la posibilidad de ser revertida en caso de encontrar nueva información científica que demostrara que la PAE no era abortiva. Frente a esta posibilidad, el MINSA publicó la Resolución Ministerial N° 167-2010/MINSA (marzo 9 de 2010) ordenando la distribución de la PAE señalando que el uso del Levonorgestrel como tal no era abortivo y que no

producía efectos secundarios mortales o dañinos. No obstante, dado que se tramitó una petición judicial argumentando que esta resolución incumplía el mandato del Tribunal Constitucional, el MINSA emitió la Resolución Ministerial N° 652-2010/MINSA (agosto 19 de 2010) prohibiendo nuevamente la distribución gratuita de la PAE. Esta nueva prohibición va en contravía de lo establecido por la Corte Interamericana de Derechos Humanos que en el caso *Artavia Murillo y Otros c. Costa Rica*, definió que “la “concepción” en el sentido del artículo 4.1 tiene lugar desde el momento en que el embrión se implanta en el útero, razón por la cual antes de este evento no habría lugar a la aplicación del artículo 4 de la Convención”²⁶. Así, incluso aunque el registro sanitario desactualizado mantenga los efectos anti-implantatorios de la PAE, no hay protección del derecho a la vida antes de la implantación, por lo cual la PAE podría ser de nuevo distribuida gratuitamente por el sistema de salud pública.

2) Situación fáctica sobre el acceso a la anticoncepción de emergencia en el Perú

16. La PAE es un método anticonceptivo hormonal que la Organización Mundial de Salud (OMS) considera un insumo esencial. Este método anticonceptivo es fundamental dentro de los servicios de salud reproductiva por ser el único que puede prevenir un embarazo después de una relación sexual desprotegida, cuando ha ocurrido una falla o un uso incorrecto del método anticonceptivo regular, o en casos de violación. La PAE es especialmente necesaria en Perú donde hay altos índices de violencia sexual contra las mujeres, ya que al evitar un embarazo fruto de violación puede disminuir la ocurrencia de abortos inseguros y clandestinos en un contexto legal en el cual se criminaliza el aborto por la causal de violación y se interpreta de forma restrictiva el derecho a la salud, al no considerar la posibilidad del aborto terapéutico para víctimas de violencia sexual cuya salud mental haya sido afectada.

17. La Defensoría del Pueblo ha reportado dos problemas graves en el Programa de Planificación Familiar a nivel nacional: i) el desabastecimiento de anticonceptivos, siendo la PAE uno de los métodos más afectados; y ii) los cobros indebidos en la prestación de los servicios de planificación familiar²⁷. Las consecuencias de estos dos problemas estructurales son la violación de los derechos de las mujeres. El MINSA y ESSALUD atienden al 60.6% de las usuarias de planificación familiar²⁸. La prohibición de la distribución de la PAE por parte del MINSA ha afectado el acceso a la anticoncepción por parte de las mujeres que se abastecen de estos servicios públicos: según el MINSA, durante 2007 se consumieron 29,682 kits de PAE; 24,198 durante 2008 y 35,324 durante 2009. Luego de la sentencia Constitucional se brindó el Método Yuzpe: 4,631 en 2010; 9,503 en 2011 y 7,296 en 2012²⁹. Si bien la prohibición de la distribución gratuita de la PAE en el sistema de salud pública ha hecho que se disminuya el acceso, lo cierto es que la necesidad de las mujeres no ha disminuido. Lo anterior implica una violación no sólo a los DDRR sino al acceso al progreso científico por parte de las mujeres.

18. Dado que la PAE es un método anticonceptivo que sólo las mujeres pueden usar, la prohibición de su distribución gratuita dentro del sistema de salud pública es un obstáculo especialmente para aquellas más vulnerables que desean prevenir un embarazo no deseado cuando ha fallado otro mecanismo, o cuando han sido víctimas de violación sexual. Considerando esta afectación en las mujeres respecto del cuidado y control de su propio cuerpo, la prohibición de la PAE es discriminatoria y viola el derecho a igualdad sustantiva (Art. 1). Ya que la prohibición

proviene del Tribunal Constitucional, Perú está violando su obligación de ejecutar acciones que limiten la discriminación contra las mujeres (Art. 2).

19. Debido a que el embarazo incrementa los riesgos para la salud y la vida de las mujeres, la PAE es un medicamento esencial que los Estados deben brindar a fin de asegurarles a las mujeres el disfrute del derecho a la salud y a la vida³⁰. Limitar su distribución constituye además una violación del derecho a la igualdad sustantiva, y del derecho a acceder a servicios de salud en condiciones de igualdad, en especial en cuanto a planificación familiar, como se establece tanto en el Artículo 12 de la CEDAW, en la Recomendación General No. 24, y en el numeral 25 de las Observaciones Generales del Comité de la CEDAW al Estado peruano respecto al suministro de anticonceptivos de emergencia. De hecho, este Comité ha expresado su preocupación por el incumplimiento de los Estados-Parte de brindar anticonceptivos de emergencia adecuados³¹.

20. El incumplimiento del Estado Peruano de su obligación de garantizar la autonomía reproductiva de las mujeres de acuerdo con el Artículo 16 de la CEDAW se evidencia en la prohibición de la PAE. En la medida en que la PAE es un método que permite a las mujeres decidir sobre el número de hijos y su intervalo, su prohibición está limitando a las mujeres de decidir sobre su propio cuerpo, lo cual es la esencia de los derechos reproductivos de las mujeres.

2.1.1 La prohibición de suministrar anticonceptivos de emergencia por parte del sistema de salud pública constituye una violación de la obligación del Estado de brindar protección especial a las víctimas de violación en conexión con el derecho a la salud

21. El impacto más grave de la prohibición de la distribución gratuita de la PAE en Perú lo sufren las víctimas de violencia sexual, dado que la PAE no puede ser incluida dentro de los Kits de Atención de Emergencia para casos de Violencia Sexual como consecuencia de la sentencia Constitucional de 2009, pese a que los protocolos de atención de la violación sexual incluyan la PAE. La OMS ha declarado que “[s]i una mujer busca servicios de cuidado de la salud pocas horas o hasta cinco días después de sufrir un ataque sexual, se le deben brindar anticonceptivos de emergencia”³². La prohibición se ha dado a pesar de que la PAE constituye un importante recurso para las víctimas de violencia sexual y el hecho de que un gran número de niñas y adolescentes queden embarazadas como resultado de violaciones en Perú³³.

22. Las mayores víctimas de violencia sexual son las mujeres que pertenecen a poblaciones vulnerables, incluyendo las niñas y adolescentes, las que viven en áreas rurales y selváticas, y las más pobres. Entre 2000 y 2009, un estudio hecho por PROMSEX evidenció que el 78% de las denuncias por violación fueron presentadas por víctimas menores de 18 años (49,659)³⁴. Este mismo estudio señala que Perú es el país suramericano con mayores denuncias por violación sexual (22.4 denuncias de violación por cada 100,000 habitantes)³⁵, para un total de 63,545 denuncias por violación a la libertad sexual, incluso considerando que el subregistro de los datos es prevalente³⁶. Estudios comparados señalan que aproximadamente 5% de las mujeres violadas quedan en embarazo por esta causa, lo que aplicado al caso peruano equivaldría a mínimo 35 mil embarazos no deseados anualmente, producto de agresiones sexuales³⁷. Aproximadamente el 12% de las mujeres peruanas ha sido forzada al menos una vez en su vida a tener relaciones sexuales no consentidas³⁸.

23. Según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en 2010 los Centros Emergencia Mujer registraron en total 1333 casos de violencia sexual contra mujeres entre los 10 y 14 años de edad, y 1191 casos de violencia sexual contra mujeres entre los 15 y 19 años de edad. En consecuencia, 258 (34%) mujeres de ambos grupos etarios resultaron embarazadas³⁹. La grave violación de los derechos sexuales de las peruanas se conjuga con su imposibilidad para acceder a la PAE gratuitamente y a abortos por la causal de violación, lo que vulnera también sus DDDR⁴⁰.

24. La situación de violencia sexual es especialmente grave en dos sitios del país. En Huánuco, en la región central de Perú, se registraron 5602 casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes entre enero y octubre de 2009⁴¹. En Mazán, Loreto, en la selva peruana, 97% de las violaciones sexuales no fueron denunciadas. Allí, el embarazo adolescente es muy común. Uno de los factores explicativos es el alto índice de violencia sexual presente en dicha región⁴².

25. La violencia sexual perpetrada por las parejas de las víctimas es persistente. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2013, 7.6% de las mujeres fueron obligadas alguna vez a tener relaciones sexuales por su pareja⁴³. Esta situación es especialmente grave en ciertas regiones como en la Sierra (9.9%) y en el departamento de Apurímac (18.8%)⁴⁴. Igualmente, 4.2% de las mujeres manifestó que en el último año su esposo o compañero la había obligado a realizar actos sexuales que ella no aprobaba⁴⁵.

26. No existen estadísticas oficiales desagregadas, pero de acuerdo con la información manejada por las organizaciones de sociedad civil, se puede concluir que muchas de estas violaciones terminan en embarazos no deseados, los cuales algunas veces terminan en abortos inseguros, repercutiendo en los altos índices de mortalidad materna del país⁴⁶. El uso de la PAE podría evitar abortos, reducir la mortalidad materna por esta causa y disminuir las cifras de embarazo adolescente. Además, podría controlar parcialmente las secuelas del abuso sexual en niñas, adolescentes o mujeres.

27. Perú está obligado a proteger la salud y la dignidad de las víctimas de violación y violencia sexual⁴⁷. Entre estas obligaciones se incluye permitirles a las mujeres y niñas prevenir el embarazo luego de sufrir una violación, como sería si el acceso a la PAE estuviera permitido en el sistema de salud pública. Asimismo, los profesionales de la salud deberían estar sensibilizados y capacitados para proveer la PAE a las víctimas de violación, ya que el embarazo como resultado de la violación puede poner en serio peligro la salud física y mental de las mujeres y niñas⁴⁸. Además, los embarazos no deseados se consideran como un acto autónomo de daño o una acción que expone constantemente a la víctima a la violación que sufrió⁴⁹, según el Comité contra la Tortura. Ya que este Comité ha condenado el incumplimiento del Estado peruano de sus obligaciones internacionales al no permitir la terminación del embarazo en casos de violación⁵⁰, a fin de cumplir con sus obligaciones bajo la CEDAW, el Estado también podría garantizar a las mujeres la capacidad de *prevenir* el embarazo después de una violación por medio de la PAE.

28. Negar la provisión de la PAE viola los derechos consagrados en la CEDAW acerca de la obligación de los Estados parte de garantizar a las mujeres la capacidad de disfrutar de sus derechos de forma igual a los hombres. Esto incluye el derecho a la igualdad sustantiva (Art. 1 y 2), en la

medida en que son las mujeres quienes pueden tomar la PAE y las que se ven afectadas en su autonomía reproductiva (Art. 16) y en su salud (Art. 12) en caso de no acceder a la misma, verse sometidas a un embarazo indeseado y a las implicaciones para su salud y su vida que éste trae. Cuando la PAE se utiliza en casos de violación sexual, su prohibición implica además una vulneración del derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia y a recibir el tratamiento adecuado de acuerdo con las Recomendaciones Generales No. 24 y No. 19 del Comité de la CEDAW. La negación del acceso a la PAE viola la recomendación establecida en el numeral 25 de las Observaciones Generales del Comité de la CEDAW al Perú en 2007 sobre el suministro de anticoncepción de emergencia a mujeres y niñas. *Solicitamos respetuosamente que el Comité de la CEDAW recomiende al Estado ofrecer la PAE gratuitamente en el sistema de salud pública, especialmente a las mujeres, las adolescentes y las niñas que han sido víctimas de violencia sexual.*

2.2 Los límites en el acceso al aborto terapéutico y al aborto por la causal de violencia sexual, así como la violación del secreto profesional por parte de los médicos en casos de presunto aborto en Perú vulneran los derechos de las mujeres a la salud, los derechos reproductivos, la igualdad sustantiva y al debido proceso

29. Los tres problemas fundamentales a los que se enfrentan las mujeres que desean acceder al aborto en Perú son i) la falta de implementación de la norma del Código Penal que en 1924 despenalizó el aborto terapéutico. Esto se ha visto agravado por la falta de un protocolo que regule el aborto terapéutico y que facilitaría su implementación; ii) la penalización de la causal violación sexual para acceder a servicios de aborto, considerando las altas cifras de violencia sexual en Perú, así como la limitada interpretación del derecho a la salud que no incluye la afectación a la salud mental para víctimas de violencia sexual dentro del aborto terapéutico; y iii) la norma legal que viola el deber constitucional de la guarda del secreto profesional, que obliga a los médicos a reportar presuntos abortos, impidiéndole a las mujeres buscar atención obstétrica incluso en casos de abortos espontáneos por miedo de ser encarceladas. Las tres problemáticas resultan violatorias de su derecho a la salud, sus DRRR y su derecho a la igualdad sustantiva.

2.2.1. La falta de implementación de la norma que permite el aborto terapéutico desde 1924 en Perú constituye una violación del derecho de las mujeres a la salud, los derechos reproductivos, y la igualdad sustantiva

30. El aborto terapéutico, definido en el artículo 119 del Código Penal peruano como la interrupción del embarazo encaminada a salvar la vida de la mujer gestante o evitarle en su salud un mal grave y permanente⁵¹, es legal en Perú desde 1924⁵². En los países en los que el aborto terapéutico es legal como en Perú, existe la obligación de brindar el servicio en el sistema público de salud, eliminando riesgos y barreras innecesarias para las mujeres que requieren este servicio⁵³. No obstante, este artículo no ha sido aplicado sistemáticamente, violando los DRRR de las mujeres, así como su derecho a la salud y a la igualdad sustantiva.

31. Uno de los elementos que facilitaría el acceso real y sin discriminación a todas las mujeres que necesiten un aborto no punible, es la existencia de protocolos o guías de práctica clínica.

Mundialmente, los procedimientos médicos cuentan con estándares para el personal de salud y orientan una oportuna atención de las/los usuarias/os. En Perú, las atenciones generales referidas a la salud sexual y reproductiva cuentan con guías específicas de atención que rigen a nivel nacional⁵⁴. El protocolo de aborto terapéutico es simplemente una regulación, pero el derecho al aborto existe desde 1924 y debe ser inmediatamente salvaguardado más allá del protocolo.

32. El Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017 señaló como meta para la reducción de la mortalidad materna al 2017 la aprobación del protocolo de atención del aborto terapéutico⁵⁵, no obstante, aún no lo hace. La Defensoría del Pueblo, organismo nacional de derechos humanos, también ha recomendado en su Primer y Segundo Reporte sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres que el MINSA apruebe el protocolo para la atención del aborto terapéutico⁵⁶. Lo mismo ha hecho en sus informes anuales de 2006 a 2009⁵⁷.

33. Las obligaciones de aplicar la norma de 1924 y de implementar un protocolo de aborto terapéutico también tienen origen en las obligaciones internacionales de Perú. A continuación se presentan dos casos en los cuales el Comité de Derechos Humanos y el Comité de la CEDAW han recomendado promover el derecho al aborto terapéutico, y en esta línea, adoptar un protocolo, sin que Perú haya tomado acciones al respecto.

1) *El caso de K.L. contra Perú*

34. En octubre de 2005 el Comité de Derechos Humanos de la ONU emitió su dictamen en el caso K.L. c. Perú. K.L. era una adolescente que en 2001 gestó un feto anencefálico. Un hospital público de Lima no le interrumpió su embarazo pese a la recomendación de su ginecólogo, integrante del cuerpo médico del mismo hospital, y haber acreditado riesgo de un mal grave y permanente para su salud física y mental. El Comité recomendó a Perú adoptar medidas para evitar que se repitieran casos semejantes, incluyendo aprobar el protocolo de aborto terapéutico⁵⁸.

35. Pese a que las organizaciones de la sociedad civil que representan a K.L. han hecho solicitudes constantes ante funcionarios de los diferentes ministerios⁵⁹ y han presentado acciones de amparo ante los jueces peruanos⁶⁰ para hacer cumplir las recomendaciones generales del Comité de Derechos Humanos, en particular para la adopción de un protocolo de aborto terapéutico, el Estado peruano no ha cumplido.

2) *El caso de L.C. contra Perú*⁶¹

36. En 2007, L.C. tenía 13 años cuando fue víctima de violación sexual e que intentó suicidarse lanzándose al vacío desde el techo de su casa. Trasladada a un hospital público, los médicos recomendaron una intervención quirúrgica para evitar que se consolidara el daño sufrido por la caída. La cirugía no se realizó cuando se confirmó su embarazo. Pese a que se solicitó formalmente un aborto terapéutico a la dirección del hospital, el aborto fue negado. L.C. sufrió un aborto espontáneo y sólo después de ello se programó la operación para sus lesiones de columna, que se realizó casi tres meses y medio después de que fuera recomendada.

37. En su dictamen de octubre de 2011, el Comité de la CEDAW consideró que el Estado peruano

violó los derechos humanos de L.C. y formuló al Estado las recomendaciones individuales para reparar a L.C. y recomendaciones generales descritas en el marco legal de este informe. Desde la decisión del Comité de la CEDAW, los representantes de L.C. han intentado generar un diálogo constructivo con el Estado Peruano para promover la implementación de las recomendaciones generales e individuales. A la fecha el Estado Peruano no ha reparado individualmente a L.C. ni ha implementado las medidas de reparación general.

3) *Otros casos*

38. Además de los casos *K.L.* y *L.C.*, otros dos casos ejemplifican los obstáculos en el acceso al aborto terapéutico que es legal desde 1924. En 2010 la prensa denunció el caso de una mujer a quien pese a requerir un tratamiento contra el cáncer, no se le respetó su derecho a recibir información veraz y a interrumpir su embarazo, sino que se le suministró quimioterapia durante la gestación. Lo anterior, afectó su salud, prolongando innecesariamente el embarazo⁶². En marzo de 2012 se denunció el caso de una mujer que no fue adecuadamente atendida en un centro de salud donde inicialmente fue evaluada⁶³, argumentando trámites administrativos que pusieron en riesgo su vida y ocasionaron un riesgo de daño grave y permanente en su salud, por lo que tuvo que recurrir a otro hospital público en donde se le practicó un aborto terapéutico.

39. Según información de la Mesa de Lucha contra la Pobreza que sistematiza información del MINSA, el aborto es la tercera causa de muerte materna en Perú (17,5%)⁶⁴. La Dirección General de Epidemiología del MINSA, desde enero de 2013 hasta la semana 15 del presente año, señala que han ocurrido 402 muertes maternas a nivel nacional. El 30.8% (160) de ellas se deben a causas indirectas, es decir enfermedades que complican el embarazo o se agravan por el mismo y que pudieron ser evitables si es que hubieran podido acceder a un aborto terapéutico⁶⁵.

40. El Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, El Comité de Derechos Humanos⁶⁶, el Comité contra la Tortura⁶⁷, y los Estados del Grupo de Trabajo del Examen Periódico Universal⁶⁸, han expresado su preocupación por el alto porcentaje de muertes maternas relacionadas con el aborto en Perú y le han recomendado la aprobación del protocolo nacional de aborto terapéutico.

4) *Estado del proceso de adopción del protocolo de aborto terapéutico*

41. Las organizaciones de la sociedad civil han judicializado sus reclamos sobre información acerca del estado de la adopción del protocolo de aborto terapéutico mediante acciones de amparo⁶⁹. Paralelamente, el Ministerio de Salud es el responsable de la adopción del protocolo de aborto terapéutico. Para este fin ha desarrollado una *Guía Técnica* para la cual ha solicitado el concepto de varios organismos estatales y privados. Pese a los conceptos favorables, el Ministerio aún no lo ha adoptado, como se presenta en detalle a continuación.

42. El 25 de marzo de 2013 el Presidente del Consejo de Ministros y la Ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables sustentaron ante el pleno del Congreso el Informe Anual sobre los avances en el cumplimiento de la Ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, informando que el MINSA había elaborado el proyecto de “*Guía técnica para la*

atención integral de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado” y enviando para opinión a la Presidencia del Consejo de Ministros, MINJUS, MIMP y la Defensoría del Pueblo. En mayo de 2013 el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Defensoría del Pueblo y Ministerio de Justicia y Derechos Humanos ⁷⁰ enviaron su opinión al MINSA, estableciendo que el aborto terapéutico es plenamente constitucional, y que el Estado está obligado constitucionalmente a proveer este servicio

43. El 3 de octubre de 2013 el Congreso de la República convocó a la Ministra de Salud para absolver una serie de cuestionamientos sobre su gestión en el sector de salud e informó que el Protocolo de Aborto Terapéutico “*ya contaba con todas las opiniones de estos sectores y se encontraba en fase de consolidación*”⁷¹. No obstante, el 24 de enero de 2014, el MINSA a través de la carta N° 203/2014-DGSP/MINSA solicitó a la Sociedad de Obstetricia y Ginecología la emisión de una opinión técnica sobre la mencionada Guía Técnica, así como a otras sociedades médicas de Perú. Consideramos que esta situación es gravísima porque dilata aún más la aprobación de la Guía. Esto considerando que dicho proceso ha tomado más de 10 años, plazo irrazonable y desproporcionado para la aprobación de cualquier normativa sectorial del MINSA, y que además cuenta actualmente con opiniones favorables sobre su viabilidad de la Defensoría del Pueblo, MINJUS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP).

44. El 14 de marzo de 2014 la Ministra de Salud informó al Pleno del Congreso de la República sobre la aprobación e implementación de la Guía Nacional de Aborto Terapéutico, señalando que el MINSA se encontraba “*realizando los últimos ajustes a la Guía y que antes de terminar el semestre (junio de 2014) estaría aprobada e implementada en todo el país*”⁷². Sin embargo, aún el sector salud no ha aprobado la mencionada Guía Técnica.

45. La falta de implementación de la norma que permite el aborto terapéutico y los obstáculos en la aprobación del protocolo por parte del MINSA, vulneran el ejercicio de los DDDR de las mujeres en tanto el aborto es una de las mayores causas de mortalidad materna, y tiene un impacto significativo entre las adolescentes. Los límites en el acceso al aborto terapéutico vulneran el derecho a la igualdad sustantiva en la medida en que éste es un servicio que sólo las mujeres requieren. Limitarlo lleva a que las mujeres no puedan evitar un embarazo en casos de riesgo para su vida y su salud física, mental y social, lo cual resulta discriminatorio y violatorio de los Artículos 1 y 2 de la CEDAW. La afectación del derecho de estas mujeres a la salud se evidencia en los graves riesgos que ellas sufren en su salud y su vida –incluso en su proyecto de vida– al llevar a término estos embarazos, vulnerando tanto del Artículo 12 y la Recomendación General No. 24 de la CEDAW. La autonomía reproductiva (Art. 16) y el proyecto de vida de las mujeres son limitados al perder la posibilidad de decidir sobre su embarazo, su salud y su cuerpo, lo cual viola sus DDDR. ***Solicitamos al Comité de la CEDAW que reitere al Estado Peruano su obligación de respetar el derecho al aborto terapéutico consagrado en el Código Penal desde 1924, además que le recomiende aprobar un protocolo para facilitar el acceso al aborto terapéutico.***

2.2.2 La prohibición de aborto legal en casos de violación sexual vulnera los derechos de las mujeres a la salud, los derechos sexuales y reproductivos, la igualdad material y a vivir una vida libre de violencia.

46. En Perú el aborto está penalizado en los casos de violación de acuerdo con los artículos 114 y 120 del Código Penal⁷³. El Comité de Derechos Humanos⁷⁴, el Comité contra la Tortura⁷⁵, y el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales⁷⁶ han manifestado su preocupación por la penalización del aborto en casos de violación en Perú. Asimismo, en el dictamen del caso L.C. contra Perú, el Comité de la CEDAW recomendó al Perú “*revisar su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación o abuso sexual*”⁷⁷. Pese a las recomendaciones de órganos de monitoreo de los tratados de derechos humanos de la ONU, a la fecha no hay una iniciativa legal para despenalizar el aborto en casos de violación⁷⁸.

47. La prohibición absoluta del aborto en casos de violación es muy relevante si se tiene en cuenta que la violencia sexual está presente en la vida cotidiana de las peruanas, como se mostró en la sección 2.1.1, y que el acceso gratuito a la PAE está prohibido (ver sección 2.1 y 2.1.1). La prohibición del aborto en casos de violación sexual vulnera el derecho a la igualdad sustantiva de las mujeres (Artículos 1 y 2) por dos razones: primero, como en el caso del aborto terapéutico, son ellas las únicas beneficiarias de esta intervención médica. Prohibirla limita su acceso a servicios de salud de forma discriminatoria. Segundo, son las niñas, adolescentes y mujeres las mayores víctimas de violencia sexual en Perú. Este panorama se fundamenta en estereotipos de género según los cuales las mujeres son objetos sexuales de los hombres, cuya sexualidad es ampliamente disponible. Limitarles un servicio de salud que puede en cierta medida disminuir el daño resulta discriminatorio porque refuerza este estereotipo, ya no son solo objetos sexuales, sino vehículos de reproducción, sin importar cuál sea su voluntad⁷⁹.

48. La falta de una interpretación adecuada sobre la afectación a la salud de los embarazos causados por una violación sexual limita el derecho a la salud de las mujeres (Artículo 12 y Recomendación General No. 24), en la medida en que primero, el Estado Peruano está poniendo trabas a los deseos de la mujer para conseguir sus objetivos de salud. Segundo, la violación sexual tiene serios impactos sobre la salud mental de las mujeres, y restringir el aborto tras una violación no toma en cuenta el derecho que tienen las peruanas a acceder al aborto terapéutico cuando su salud esté en peligro, incluyendo su salud mental. Además, se restringe totalmente el acceso a la planificación familiar, más si se considera que la PAE tampoco está siendo administrada en casos de violación sexual. Con esta prohibición se limita también la autonomía reproductiva, obligando a las mujeres a llevar a término embarazos indeseados por la violación sexual que les dio origen.

49. Por último, la prohibición del aborto en casos de violación sexual limita el derecho de las mujeres a vivir una vida de violencia. Tal como lo detallan las recomendaciones generales No. 24 y No. 19, los Estados deben establecer protocolos en materia de salud que sean adecuados para afrontar la violencia contra las mujeres. La prohibición del aborto en este caso no resarce el daño y atenta contra la salud de las mujeres. Incluso las obliga a recurrir a abortos ilegales, contraviniendo la obligación de los Estados de prevenir la coerción con respecto a la fertilidad y la reproducción de acuerdo con la Recomendación General No. 19. Por esta razón ***solicitamos al Comité que recomiende al Perú despenalizar el aborto en casos de violación sexual.***

2.2.3 La ley peruana que obliga a los profesionales de la salud a violar el secreto profesional al denunciar a las mujeres por el presunto delito de aborto vulnera los derechos de ellas a la igualdad sustantiva, a la salud, los derechos reproductivos y el debido proceso

50. El artículo 30 de la Ley General de Salud y el artículo 326 del Código Procesal Penal⁸⁰ obligan a los operadores de salud a denunciar a las mujeres por el presunto delito de aborto. Esto ha generado que i) muchas mujeres sean denunciadas, incluyendo a quienes sufren abortos espontáneos, y a quienes acuden a servicios clandestinos de aborto y presentan complicaciones médicas; y ii) los médicos asuman funciones jurisdiccionales y fiscales que no les corresponden, permitiendo que algunos abusen de su poder y persigan incluso casos de abortos espontáneos.

51. En contraposición a la obligación legal, los artículos 2, 38 y 138 de la Constitución Política Peruana imponen el deber de guardar el secreto profesional que exige a los médicos velar por el derecho a la privacidad de sus pacientes⁸¹ y establecen la primacía de la Constitución sobre la ley. En el caso *De la Cruz Flores c. Perú*, la Corte Interamericana de Derechos Humanos declaró a Perú responsable por haber violado el principio de legalidad al imponer a los/as médicos/as la obligación de denunciar posibles conductas delictivas⁸². El Colegio Médico manifestó la inconsistencia de la obligación legal con la Constitución, y de hecho se había presentado el proyecto de Ley 3040/2008-CR en este sentido, evidenciando que la propia comunidad médica está pidiendo la derogación por inconstitucionalidad de los artículos 30 y 326 mencionados.

52. Según el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, a partir de los informes del Sistema de Información de Apoyo al Trabajo Fiscal y del Sistema de Gestión Fiscal, entre 2009 y 2012 se registraron 3271 denuncias por aborto a nivel nacional⁸³. El Poder Judicial reportó que durante 2012 hubo 73 denuncias contra mujeres por practicarse abortos y 32 sentencias, 45 denuncias por aborto consentido y 44 sentencias; 67 denuncias por aborto no consentido y 15 sentencias; 23 denuncias por aborto agravado por la calidad del agente y 5 sentencias; además de 23 denuncias por aborto preterintencional y 8 sentencias. En total se dieron 231 denuncias por abortos de diferentes tipos, y se emitieron 104 sentencias por estos mismos delitos.⁸⁴

53. La denuncia de profesionales de la salud que criminaliza a las mujeres por el delito de aborto tiene serias consecuencias sobre sus DDDR porque: i) viola la Constitución que establece el secreto profesional y el respeto por la intimidad de sus pacientes, vulnerando el derecho a la privacidad de las mujeres y por ende sus DDDR⁸⁵; ii) reproduce un estereotipo de género según el cual la función central de la mujer es la reproductiva lo cual resulta violatorio del derecho a la igualdad sustantiva de las mujeres (Artículos 1 y 2). Dicha estigmatización genera la persecución sin fundamento de muchas mujeres que acuden a hospitales con emergencias obstétricas no relacionadas con abortos inducidos⁸⁶, violando la presunción de inocencia de las mujeres y por ende el debido proceso (Artículo 15); iii) la privación de la libertad de mujeres que no han cometido un delito pero que debido a una emergencia obstétrica fueron juzgadas como si hubieran asesinado a sus hijos viola el debido proceso (Artículo 15) dada la inexistencia de una conducta típica. Además genera que las mujeres que requieren cuidado obstétrico de emergencia no lo busquen, por temor ante la persecución penal, violando su derecho a acceder a servicios de salud de calidad (Artículo 12 y Recomendación general No. 24). Dado lo anterior ***solicitamos al Comité de la CEDAW que recomiende al Perú derogar los artículos 30 y 326 según los cuales los médicos deben denunciar a pacientes por el presunto delito de aborto.***

2.3 Perú no reconoce legalmente la titularidad de los derechos sexuales y

reproductivos a los y las adolescentes, violando su derecho a la salud, sus derechos sexuales y reproductivos, y su derecho a la información

54. Actualmente existen barreras legales que obstaculizan el acceso de los y las adolescentes a información y a SSSR, lo que se traduce en un incremento de embarazos adolescentes, infecciones de transmisión sexual, mortalidad materna adolescente, abortos clandestinos y suicidio.

55. El 12 de diciembre de 2012 el Tribunal Constitucional reconoció en su sentencia Exp. No. 0008-2012-PI/TC la titularidad del derecho a la libertad sexual de los y las adolescentes entre los 14 y los 18 años, por lo tanto el Estado está obligado a garantizar los derechos a la información, salud e intimidad para su ejercicio⁸⁷. En consecuencia, actualmente se encuentra en el Congreso de la República el Proyecto de Ley N° 495/2011-CR denominado “Nuevo Código de los niños, niñas y adolescentes” que plantea una serie de modificaciones entre las que se encuentra el reconocimiento de los DDSSRR de las y los adolescentes entre 14 y 18 años de edad. Sin embargo, este proyecto de ley ha pasado por dos comisiones en el congreso (Justicia y Derechos Humanos, y Mujer y Familia) y se han aprobado dictámenes en mayoría que restringen el acceso a SSSR de adolescentes, vulnerando además la confidencialidad, el derecho a la intimidad y la información.

56. El 30 de mayo de 2012 la Comisión de Justicia y Derechos Humanos aprobó un dictamen en mayoría⁸⁸ que modifica el proyecto de ley señalando que *“los padres o tutores son los principales responsables y encargados de brindar información y educación sexual y reproductiva a sus hijo, hijas o adolescentes bajo su cuidado...”*. En ese mismo sentido, el 17 de junio de 2013 la Comisión de la Mujer y Familia aprobó un dictamen en mayoría, señalando que los padres o tutores son responsables de orientar la educación sexual de los y las adolescentes, dejando al Estado en un papel secundario como asistente de los padres.

57. Existe una barrera respecto a la interpretación y aplicación del artículo 4 de la Ley General de Salud⁸⁹ que señala que ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo en los casos de incapacidad. Dado que según las normas civiles de capacidad las/los adolescentes menores de 16 años son absolutamente incapaces (art. 43 del Código Civil) y las/los mayores de 16 y menores de 18 años son relativamente incapaces (art. 44 del Código Civil) se ha interpretado que es un requisito que las/los adolescentes estén acompañados de sus padres para acceder a SSSR. Actualmente, en la Comisión de Salud del Congreso de la Republica se encuentra pendiente de discusión el Proyecto de Ley 2443/2012-CR que modifica el artículo 4 de la Ley General de Salud, señalando que las y los adolescentes mayores de 14 años pueden acceder a información y atención en materia de salud sexual y reproductiva sin la presencia obligatoria de sus padres o tutores.

58. La interpretación de las normas que restringen los DDSSRR de los y las adolescentes van en contravía de las políticas públicas vigentes, como i) el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 que plantea una reducción del **20%** de la tasa de maternidad adolescente; ii) el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente, que es el eje para cumplir las metas establecidas en normas nacionales e internacionales acerca de la reducción del embarazo adolescente, y que no establece rango de edad para acceso a SSSR, información, acceso a insumos anticonceptivos; y iii) normas en el sector salud sobre el acceso de adolescentes a SSSR⁹⁰.

59. La falta de servicios de información y de materia en salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes tiene serios impactos sobre su vida y salud⁹¹. De los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, el 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Entre los escolares que tuvieron relaciones sexuales sólo **el 64% de ellos utilizó algún método anticonceptivo en su última relación sexual**, condición que influye en la posibilidad de un embarazo o el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual⁹².

60. Pese a no haber cambios significativos en las cifras de embarazo adolescente en los últimos 11 años, de las adolescentes entre 15 y 19 años, 13,9% estuvieron alguna vez embarazadas, es decir 4092 adolescentes. De ellas, 10.5% son madres y 3.5% están embarazadas por primera vez.⁹³ Las adolescentes entre 15 y 19 años que han tenido relaciones sexuales pasaron de 18.4% de 1991 a 1992, a 29.2% en 2012. Las adolescentes que iniciaron actividad sexual antes de los 15 años aumentó de 3.6% en 1991 a 1992, a 5.7% en 2013⁹⁴. Aunque el inicio sexual es temprano, el 45.8% de las adolescentes no usan ninguna método de planificación familiar. La incidencia de embarazo adolescente difiere de lugar de residencia: 32.2% de adolescentes de Loreto tienen un hijo/a o están embarazadas, en Arequipa el 5.2% se encuentran en la misma situación⁹⁵.

61. Un total de 18.4% de adolescentes unidas en una relación de pareja tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar. Este porcentaje es mayor al de otros grupos de mujeres unidas de mayor edad⁹⁶. 68.3% de las mujeres menores de 20 años tuvieron embarazos no planeados pues los querían más tarde (57.9%) o no los querían (8.4%)⁹⁷. Un alto porcentaje de adolescentes ha sufrido de alguna infección de transmisión sexual (ITS) o presentan posibles síntomas de una ITS, cuestión que contrasta con el desconocimiento respecto a ellas, puesto que un 46.8% no sabe que son las ITS. Entre las mujeres entrevistadas que mantuvieron relaciones sexuales el mayor porcentaje de mujeres con ITS/flujo, llagas o granos estaban entre 15 a 19 años (12%)⁹⁸.

62. La Dirección General de Epidemiología del MINSA muestra el incremento de abortos en adolescentes: 18.2% (2005), 17.6% (2006), 20.06% (2007), y 20.18% (2008). En 2010 se atendieron más de 7 mil adolescentes por aborto incompleto, el 16% de las atenciones totales. El aborto constituye una de las principales causas directas de muerte materna en Perú y en el grupo adolescente es la segunda causa⁹⁹.

63. El derecho a la salud de los y las adolescentes (Art. 12) es vulnerado ya que estos no cuentan con acceso directo a SSSR, lo que implica graves riesgos para su salud y su vida, como se evidencia por la gran cantidad de embarazos adolescentes, abortos inseguros, mortalidad materna y las alarmantes cifras de suicidio. Lo anterior pasa por una falta de información completa acerca de su sexualidad y su reproducción, que se comprueba con el limitado acceso a la anticoncepción en general, pero en particular a la PAE. Esta falta de acceso a la información vulnera el derecho consagrado en los artículos 10 y 16 de la CEDAW además de la recomendación del párrafo 25 de las Observaciones Finales de 2007 a Perú que específicamente lo orientó a intensificar “*las actividades y los servicios de información sobre planificación de la familia destinados a mujeres y niñas, incluido el suministro de anticonceptivos de emergencia, y que promueva con amplitud la educación sexual, en particular en los programas corrientes de educación destinados a las*

*niñas y varones adolescentes, prestando particular atención a la prevención de los embarazos en adolescentes”¹⁰⁰. La falta de información y de SSSR que limitan la autonomía reproductiva de los y las adolescentes, así como las provisiones que limitan su privacidad dada la falta de titularidad sobre sus derechos violan sus DDSSRR. **Solicitamos al comité de la CEDAW que recomiende a Perú reconocer la titularidad de los y las adolescentes sobre sus DDSSRR, de la mano con acceso a información de calidad en la materia y a una amplia gama de anticoncepción.***

3. Preguntas y Recomendaciones

64. Con base en la información presentada en este informe, esperamos que este Comité considere formular las siguientes preguntas al Estado de Perú:

- ¿Qué medidas está tomando para asegurar que todas las instalaciones de salud provean a las víctimas de violación y violencia sexual acceso a anticonceptivos de emergencia?
- ¿Qué medidas está adoptando para fomentar mayor conciencia entre las mujeres sobre el derecho a los anticonceptivos de emergencia, particularmente en casos de violación?
- ¿Considera que el cambio de jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos sobre la protección del derecho a la vida afecta la decisión del Tribunal Constitucional, para empezar a distribuir gratuitamente la PAE en el sistema de salud pública?
- ¿Qué medidas está adoptando para asegurar el derecho al acceso al aborto terapéutico?
- ¿En qué fecha se adoptará el protocolo de aborto terapéutico?
- ¿Qué medidas está adoptando para asegurar el derecho al acceso al aborto por la causal de violación sexual?
- ¿Qué medidas está adoptando para hacer compatible las normas legales y constitucionales en materia del deber de la guarda del secreto profesional por parte de los médicos?
- ¿Qué medidas está tomando para cumplir con lo señalado por el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2012-2021 y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente respecto al incremento y garantía del acceso a información adecuada y a servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes y la reducción del embarazo en adolescentes?
- ¿Qué medidas está tomando para garantizar a las y los adolescentes el ejercicio de sus DDSSRR, de acuerdo a lo señalado por el Tribunal Constitucional en su sentencia Exp. N° 00008-2012-PI/TC, así como para modificar cualquier legislación, como la Ley General de Salud (Art. 4) que impide el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva?

65. Sobre la base de la vulneración del Estado Peruano de los derechos a la igualdad sustantiva (Art. 1 y 2), la salud (Art. 12), a la información (Art. 10 y 16), a la autonomía reproductiva (Art. 16) y el derecho a una vida libre de violencia, que hacen parte de los DDRR y al debido proceso (Art. 15), contenidos en la CEDAW, las Recomendaciones Generales No. 19 y 24 del Comité de la CEDAW, además del numeral 25 de las Observaciones Generales del Comité de la CEDAW al Perú en 2007, solicitamos respetuosamente que el Comité de la CEDAW realice las siguientes recomendaciones durante la próxima sesión al Perú que:

- i. Inste al Estado peruano a adoptar todas las medidas legislativas o regulatorias que permitan ofrecer los anticonceptivos de emergencia gratuitamente en el sistema de salud pública, especialmente a las mujeres, las adolescentes y las niñas que han sido víctimas de violencia sexual.

- ii. Inste al estado peruano a que adopte todas las medidas necesarias para garantizar el acceso al aborto terapéutico incluyendo la adopción de un protocolo nacional de atención que incorpore la interpretación integral del derecho a la salud en sus tres dimensiones (física, mental y social).
- iii. Reitere al Estado su deber bajo la CEDAW de modificar la legislación penal despenalizando el aborto cuando el embarazo sea producto de una violación o de inseminación artificial no consentida.
- iv. Inste al Estado peruano para que modifique su legislación para que prevalezcan las obligaciones constitucionales que protegen el secreto profesional, e impida que los profesionales de la salud denuncien a las mujeres por el presunto delito de aborto.
- v. Inste al Estado peruano a atacar cada uno de los problemas que surgen como consecuencia de la falta de titularidad que tienen los y las adolescentes respecto al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos (ex.: los altos índices de embarazos adolescentes y su relación con la violencia sexual; poco acceso a métodos anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, mortalidad materna adolescente y su relación con los abortos clandestinos)
- vi. Recomiende al Perú adoptar todas las medidas para que las políticas públicas de educación sexual y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes sean efectivas (o estén dirigidas) a reducir el embarazo, las infecciones de transmisión sexual, la mortalidad materna, los abortos clandestinos y el suicidio en esta población.

Cordialmente,



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



Ximena Casas
Oficial Senior de Programas de Incidencia
Programa en América Latina
Planned Parenthood Federation of America



Susana Chávez
Directora General
Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX)



Valentina Montoya
Abogada para América Latina y
el Caribe
Centro de Derechos Reproductivos

¹ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, *adoptada* Dic. 18, 1979, art. 22., A.G. Res. 34/180, ONU AG, Sess.34, Supp. No. 46 en el 193, U.N. Doc. A/34/46, S.T.O.N.U. 13 (*entro en vigor* 3 sept. 1981) [en adelante CEDAW].

² *Id.* Art. 1.

³ *Id.* Art. 2.

⁴ *Programa de Acción de la Conferencia Internacional de las Naciones Unidas sobre la Población y el Desarrollo*, Cairo, Egipto, (5-13 de sept. 1994, Doc. De la ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995) [en adelante CIPD].

⁵ CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos*, (2009).

⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 24: Artículo 12 de la Convención (La Mujer y la Salud)*, (Sess. 20, 1999), en *Compilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptado*

por los Órganos de Tratados de Derechos Humanos, cap. I, párrs. 14 y 15, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II) (2008) [en adelante Comité CEDAW, *Recomendación General No. 24*].

⁷ *Idem.*

⁸ *Id.* párr. 15(b)).

⁹ *Idem.*

¹⁰ *Idem.*

¹¹ *Idem.*

¹² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación General No. 19: La Violencia contra la Mujer*, (Sess. 11, 1992) en *Compilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptado por los Órganos de Tratados de Derechos Humanos*, párr. 24, Doc. de la ONU HRI/GEN/1/Rev.9 (2008) [en adelante *Recomendación General No. 19*].

¹³ *Id.*, párr. 24 (m).

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Id.* párr. 24 (k y m).

¹⁶ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Perú*, párr. 24, Doc. de la ONU CEDAW/C/PER/CO/6 (2007).

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Id.* párr. 25.

¹⁹ L.C. c. Perú, Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Doc. de la ONU CEDAW/C/50/D/22/2009.

²⁰ Nota: En sus observaciones finales al Estado peruano, el Comité de la CEDAW también manifestó preocupación porque Perú no ha implementado las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso K.L. y le solicitó que cumpla las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con ese caso. (Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Observaciones finales: Perú*, párr. 24, Doc. de la ONU CEDAW/C/PER/CO/6, No. 24-25, 2 de feb. 2007).

²¹ Declaración Universal de Derechos Humanos, *adoptada* Dic. 10, 1948, art. 8, 10 y 11, A.G. Res. 217A (III), Doc. de la ONU A/810 at 71 (1948) [en adelante *Declaración Universal*] Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, *adoptada* Dic. 16, 1966, Art. 9, 10 y 14, A.G. Res. 2200 A (XXI), O.N.U. AG, Sess. 21, Supp. No. 16, Doc. De la ONU A/6316 (1966), 999 UNTS 171 (entro en vigor Mar. 23, 1976) [en adelante *PIDCP*].

²² Sentencia de la Tribunal Constitucional de Perú. [Corte Constitucional]Exp. 7435-2006-PC/TC, 13 de Nov. de 2006.

²³ Sentencia de la Tribunal Constitucional de Perú. [Corte Constitucional]Exp. 02005-2009-PA/TC, 16 de Oct. de 2009.

²⁴ MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ, OBSERVATORIO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS, *Levonorgestrel, disponible en* http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/Precios/ProcesoL/Consulta/BusquedaGral.aspx?grupo=2402*3&total=1*1&con=0.75mg&ffs=3&ubigeo=15&cad=LEVONORGESTREL*0.75mg*Tableta*-*Capsula.

²⁵ *Id.*

²⁶ Caso Artavia Murillo y Otros c. Costa Rica. Corte Interamericana de Derechos Humanos, Excepciones preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Corte IDH (ser. C) No. 257, (28 Nov. 2012), párr. 264 [en adelante *Caso Artavia*].

²⁷ MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (MINSa), SERVICIOS DIFERENCIADOS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL ADOLESCENTE (2009), *disponible en* http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/serv_diferenciados/Del_1_20_SD.pdf.
http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/embarzoadolescente/embado_eess.asp.

²⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) DE PERÚ, *ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR - ENDES 142* (2013).

²⁹ DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD DE LAS PERSONAS DEL MINISTERIO DE SALUD, Oficio N° 1400-2013-DGSP/MINSA.

³⁰ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS), HOJA INFORMATIVA: ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA EN LAS AMÉRICAS (2001).

³¹ Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: México*, párrs. 32-33, Doc. de la ONU CEDAW/MEX/CO/6 (2006).

³² Organización Mundial de la Salud (OMS), *Guidelines For Medico-Legal Care For Sexual Violence* [Directrices para la Atención médico-legal para las víctimas de la violencia sexual] (2003) *disponible en* <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924154628X.pdf>.

³³ MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (MINSa), VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES ADOLESCENTES (2012). Durante 2010, el MINSa reportó 1333 denuncias de niñas entre los 10 y los 14 años, y 1191 denuncias de adolescentes entre los 15 y los 19 años, de entre estas menores, el 14% y el 20% respectivamente, quedaron embarazadas.

³⁴ JARIS MUJICA, PROMSEX, VIOLACIONES SEXUALES EN PERÚ 2000 – 2009. UN INFORME SOBRE EL ESTADO DE LA SITUACIÓN 66 (2011) *información extraída de la MESA DE VIGILANCIA CIUDADANA EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO CAIRO + 20: HACIA UNA LECTURA DE LA PLATAFORMA PARA LA ACCIÓN DE CAIRO 20 AÑOS EN PERÚ* (1994 – 2014), pág 16 (2013).

³⁵ *Id.*

³⁶ *Id.*

³⁷ SUSANA CHÁVEZ ALVARADO, CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PROMSEX), APUNTES PARA LA ACCIÓN: EL DERECHOS DE LAS MUJERES A UN ABORTO LEGAL 53-54 (2007).

³⁸ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) DE PERÚ. ENCUESTA DEMOGRÁFICA Y DE SALUD FAMILIAR 2011 (2012).

³⁹ MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (MINSA), & UNITED NATIONS POPULATION FUND (UNFPA). HOJA DE DATOS 3. VIOLENCIA CONTRA MUJERES ADOLESCENTES (2012). La relación entre la violencia sexual y embarazo se agrava por la falta de acceso a métodos anticonceptivos, pues desde 2009 el Tribunal Constitucional peruano prohibió la distribución gratuita a nivel nacional de la PAE.

⁴⁰ *Op. Cit.* Caso Artavia, *supra* nota 26, párr. 264. “Además, es posible concluir de las palabras “en general” que la protección del derecho a la vida con arreglo a dicha disposición no es absoluta, sino es gradual e incremental según su desarrollo, debido a que no constituye un deber absoluto e incondicional, sino que implica entender la procedencia de excepciones a la regla general”.

⁴¹ JARIS MUJICA, NICOLÁS ZEVALLOS, SOFÍA VIZCARRA, ESTUDIO DE ESTIMACIÓN DE IMPACTO Y PREVALENCIA DE LA VIOLACIÓN SEXUAL DE MUJERES ADOLESCENTES EN UN DISTRITO DE LA AMAZONÍA PERUANA (Pontificia Universidad Católica del Perú, PROMSEX, 2009).

⁴² *Id.*

⁴³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) DE PERÚ, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013* 328-357 (Lima, INEI, 2014).

⁴⁴ *Id.*

⁴⁵ *Id.*

⁴⁶ Las causas sobre mortalidad materna se asocian a la falta de acceso a servicios de aborto legal en Perú, y tienen mayor incidencia en las zonas rurales y en lugares de baja extracción socioeconómica. (MESA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA, PROGRAMA PRESUPUESTAL “SALUD MATERNA NEONATAL” (2013), REPORTE DE SEGUIMIENTO CONCERTADO: BALANCE DE EJECUCIÓN, 7 (2012) encontrado en MESA DE VIGILANCIA CIUDADANA EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO CAIRO + 20: HACIA UNA LECTURA DE LA PLATAFORMA PARA LA ACCIÓN DE CAIRO 20 AÑOS EN PERÚ (1994 – 2014) 24 (Lima, 2013)).

⁴⁷ Si las mujeres tienen acceso a los anticonceptivos de emergencia es probable que deban recurrir menos al aborto luego de sufrir violencia sexual. El Estado tiene obligaciones similares con respecto a las víctimas adolescentes y niñas de violación e incesto bajo la Convención de los Derechos del Niño (Convención de los Derechos del Niño, *adoptada* nov. 20, 1989, arts. 19, 34, 37(a), 39, párr. XX, Res. de la A.G. 44/25, anexo, U.N. GAOR, 44ª Ses., Sup. 49, Doc. de la ONU A/44/49 (1989).

⁴⁸ *Op. Cit. supra* nota 31.

⁴⁹ Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales: Nicaragua*, párr. 16, Doc. de la ONU CAT/C/NIC/CO/1 (2009).

⁵⁰ Ver Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: Colombia*, párr. 393, Doc. de la ONU A/54/38 (1999); Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: Jordania*, párrs. 180 – 181, Doc. de la ONU A/55/38 (2000); Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: Myanmar*, párr. 129, Doc. de la ONU A/55/38 (2000); Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: Nepal*, párr. 147, Doc. de la ONU A/54/38 (1999); Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: Panamá*, párr. 201, Doc. de la ONU A/53/38/Rev.1 (1998); Comité de la CEDAW, *Observaciones Finales: Venezuela*, párr. 236, Doc. de la ONU A/52/38/Rev.1 (1997).

⁵¹ C. PEN. (PERÚ) Art. 19.- 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”.

⁵² Los abortos terapéuticos se fundamentan en que i) 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 y ii) se producen patologías durante la gestación que complican su curso con riesgo para la vida y salud física y mental de las gestantes-.

⁵³ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) ABORTO SIN RIESGOS: GUÍA TÉCNICA Y DE POLÍTICAS PARA SISTEMAS DE SALUD (2003), http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275324824_spa.pdf.

⁵⁴ MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (MINSA), GUÍAS NACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, (2004).

⁵⁵ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES, PLAN NACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO 2012 – 2017 (2012), http://www.mimp.gob.pe/files/mimp/planes/planig_2012_2017.pdf.

⁵⁶ DEFENSORÍA DEL PUEBLO ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER. PRIMER REPORTE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES. INFORME DE ADJUNTÍA N° 001-2008-DP/ADDM pp. 21, 28, 39 (2008), DEFENSORÍA DEL PUEBLO ADJUNTÍA PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER SEGUNDO REPORTE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES ENTRE MUJERES Y HOMBRES. INFORME DE ADJUNTÍA N° 001-2009-DP/ADDM pp. 98-100 (2009), <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>.

⁵⁷ DEFENSORÍA DEL PUEBLO, DÉCIMO INFORME ANUAL DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO (ENERO-DICIEMBRE 2006), pp. 176-177 (2006); DEFENSORÍA DEL PUEBLO, DECIMOPRIMERO INFORME ANUAL DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO (ENERO-DICIEMBRE 2007), pp.169-170 (2007); DEFENSORÍA DEL PUEBLO, DECIMOSEGUNDO INFORME ANUAL DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO (ENERO-DICIEMBRE 2008), pp.143 y 156 (2008); DEFENSORÍA DEL PUEBLO, DÉCIMO TERCER INFORME ANUAL DE LA DEFENSORÍA DEL PUEBLO (ENERO-DICIEMBRE 2009), pp.155 (2009), <http://www.defensoria.gob.pe/informes-publicaciones.php>.

⁵⁸ *K.L. v Peru*. Comité de Derechos Humanos, Sess. 8517 Octubre - Noviembre 2005. Doc. de la ONU CCPR/C/85/D/1153/2003, (2005).

⁵⁹ Las organizaciones Demus, CLADEM y CDR han sostenido reuniones periódicas con funcionarios del MINSA, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Relaciones Exteriores y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, para exigir el cumplimiento de la recomendación individual de reparar a K.L. y de las medidas generales de no repetición. El seguimiento del caso ha sido comunicado al Comité de Derechos Humanos y a la opinión pública. Demus también ha solicitado reiteradamente al MINSA que apruebe un protocolo de aborto terapéutico, sin obtener respuesta. Además, ha requerido a la Procuraduría Pública Especializada Supranacional

del Ministerio de Justicia, para que publique en el Diario El Peruano el Dictamen del Comité de Derechos Humanos (No. 1153/2003). La Procuraduría ha respondido que el Consejo de Defensa Jurídica del Estado está estudiando la solicitud. (DEMUS, DENEGACIÓN DE ABORTO TERAPÉUTICO EN CASO DE EMBARAZO DE FETO ANENCEFÁLICO: CASO K.L (2003) *disponible en* <http://www.demus.org.pe/caso5.php>)

⁶⁰ En marzo de 2012 el “Poder Judicial admitió la demanda de amparo de KL contra el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia por respeto a su derecho a la jurisdicción internacional para dar cumplimiento al Dictamen de Naciones Unidas contra el Estado peruano al no haber previsto servicios de aborto legal”. (DEMUS, PODER JUDICIAL ADMITE DEMANDA DE AMPARO DE KL CONTRA EL MINISTERIO DE SALUD Y EL MINISTERIO DE JUSTICIA (2012), *disponible en* <http://www.demus.org.pe/notihome/notihome01.php?noti=192>).

⁶¹ *Op. Cit.* L.C. c. Perú, *supra* nota 19.

⁶² Claudia Toro, *Me negaron aborto terapéutico* La Republica (Oct. 9, 2010), *disponible en* <http://www.larepublica.pe/impresame-negaron-aborto-terapeutico-2010-10-09>.

⁶³ CARETAS REVISTA, *Protocolo Que No Espera* (2012), *disponible en* <http://www.caretas.com.pe/Main.asp?T=3082&S=&id=12&idE=1004&idSTo=0&idA=57425>.

⁶⁴ *Op. Cit. supra* nota 46.

⁶⁵ Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología, *Situación semana 52 de 2013 a semana 15 de 2014*, *disponible en* <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2014/SE17/mmaterna.pdf> y

http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=424.

⁶⁶ Comité de Derechos Humanos, *Observaciones Finales del quinto informe de Perú* Doc. de la ONU CCPR/C/PER/CO/5 (2013).

⁶⁷ Comité Contra la Tortura, *Lista de cuestiones previa a la presentación del sexto informe periódico del Perú*, Doc. de la ONU CAT/C/PER/Q/6 (2012).

⁶⁸ Consejo de Derechos Humanos, *Informe del Grupo de Trabajo de la Revisión Periódica Universal de Perú*, Doc. de la ONU A/HRC/22/15 (2012).

⁶⁹ Nota: El 8 de agosto del 2013, el Quinto Juzgado Constitucional de Lima declaró fundada la demanda de Amparo por derecho de petición contra el MINSA por no haber respondido las solicitudes de información realizadas en noviembre de 2007, julio y octubre de 2008 y enero y mayo de 2009, sobre la aprobación del Protocolo de Aborto Terapéutico. En esta decisión ordenó “al Ministerio de Salud que responda por escrito al pedido ciudadano sobre la aprobación del protocolo de aborto terapéutico” (Demus, *MINSA obligado a responder sobre protocolo de aborto terapéutico Sentencia judicial debe terminar con silencio ministerial de los últimos 6 años Un paso adelante en el cumplimiento del dictamen del caso KL* (2013), *disponible en* <http://www.demus.org.pe/notihome/notihome01.php?noti=216>).

⁷⁰ PROMSEX. ABORTO TERAPÉUTICO ES LEGAL EN PERÚ E IMPLEMENTACIÓN DE SU PROTOCOLO OBLIGATORIA, INDICA MINJUS (2014) *disponible en* <http://www.promsex.org/notas-de-prensa/item/2259-aborto-terapeutico-es-legal-en-el-peru-e-implementacion-de-su-protocolo-obligatoria-indica-minjus.html>.

⁷¹ Congreso de la República de Perú, Diario de Debates Sesión N° 11 del 03 de octubre de 2013,

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257BFA00538649/\\$FILE/PLO-2013-11.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257BFA00538649/$FILE/PLO-2013-11.pdf).

⁷² Congreso de la República de Perú, Diario de Debates Sesión N° 3 del 14 de marzo del 2014, *disponible en*

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257C9C001E23CA/\\$FILE/SLO-2013-3.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/DiarioDebates/Publicad.nsf/SesionesPleno/05256D6E0073DFE905257C9C001E23CA/$FILE/SLO-2013-3.pdf).

⁷³ C. PEN. (Perú). Art. 114- “Autoaborto. La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta días a ciento cuatro jornadas.

C. PEN. Art. 120. (Perú)- Aborto sentimental y eugenésico. El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses: 1. 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; o 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico”.

⁷⁴ Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales: Perú*. Doc. de la ONU CCPR/C/79/Add.72, párr. 22 (1996). Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales: Perú*. Doc. de la ONU CCPR/CO/70/PER, párr.20 (2000).

⁷⁵ Comité contra la Tortura, *Observaciones finales y recomendaciones: Perú*, párr. 23 Doc. De la ONU CAT/C/PER/CO/4 (2006).

⁷⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) *Observaciones finales: Perú*, párr. 21 Doc. de la ONU E/C.12/PER/CO/2-4 (2012).

⁷⁷ *Op. Cit. L.C. c. Perú, supra* nota 19.

⁷⁸ En octubre de 2009 la última Comisión Especial Revisora del Código Penal en el Anteproyecto del nuevo Código Penal, aprobó despenalizar la interrupción del embarazo en casos de violación sexual, inseminación artificial o transferencia de un óvulo fecundado no consentidas, malformaciones fetales, siempre que los hechos hubieran sido denunciados penalmente; sin embargo, fue desestimado para su discusión en el Congreso de la República.

⁷⁹ Ver: *Op. Cit. L.C. c. Perú, supra* nota 19. párr. 300.

⁸⁰ L. 26842, Julio 9, 1997, DIARIO OFICIAL [D.O.] (Peru) Art. 30- “El médico que brinda atención médica, cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente. Decreto Legislativo 957. Nuevo

Código Procesal Penal. Art. 326.- Facultad y obligación de denunciar: 1. Cualquier persona tiene la facultad de denunciar los hechos delictuosos ante la autoridad respectiva, siempre y cuando el ejercicio de la acción penal para perseguirlos sea público. 2. No obstante, lo expuesto deberán formular denuncia: a) Quienes están obligados a hacerlo por expreso mandato de la Ley. En especial lo están los profesionales de la salud por los delitos que conozcan en el desempeño de su actividad, así como los educadores por los delitos que hubieren tenido lugar en el centro educativo [...].”

⁸¹ CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA REPÚBLICA DE PERÚ [C. P.] Art. 2: “Toda persona tiene derecho... (18) a mantener reserva sobre sus convicciones políticas, filosóficas, religiosas o de cualquier otra índole, así como guardar el secreto profesional”.

⁸² De la Cruz Flores v. Perú, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 115, párr. 101 (Nov. 18, 2004). “los médicos tiene un derecho y un deber de guardar confidencialidad sobre la información a la que tengan acceso en su condición de médicos”

⁸³ OBSERVATORIO DE CRIMINALIDAD DEL MINISTERIO PÚBLICO. *Cuadro No. 1. Delitos registrados en el Ministerio Público por el delito de aborto según distrito fiscal, distrito geográfico y año.* (2013). Nota: La información que remite el Poder Judicial no segrega entre mujeres, médicos/as y personas que ofrecen el servicio de aborto.

⁸⁴ SECRETARÍA GENERAL DEL PODER JUDICIAL. OFICIO N° 123-2013-SG-GG/PJ. SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA SOBRE DENUNCIAS, CONSIGNACIONES Y SENTENCIAS POR EL DELITO DE ABORTO DEL AÑO 2012. (2013).

⁸⁵ *Op. Cit.* Caso De la Cruz Flores c. Perú, *supra* nota 82, párr. 101.

⁸⁶ CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y LA AGRUPACIÓN CIUDADANA POR LA DESPENALIZACIÓN DEL ABORTO TERAPÉUTICO, ÉTICO Y EUGENÉSICO, EXCLUIDAS, PERSEGUIDAS, ENCARCELADAS: EL IMPACTO DE LA CRIMINALIZACIÓN ABSOLUTA DEL ABORTO EN EL SALVADOR 61 (2013).

⁸⁷ Tribunal Constitucional [T.C.] [Constitutional Court], Diciembre 12, 2012, Sentencia Expediente 00008-2012-PI/TC (Perú) párr. 22. “En cuanto a la titularidad del derecho a la libertad sexual como parte de su derecho al libre desarrollo de la personalidad el Tribunal Constitucional estima que (...) los menores de edad entre 14 años y menos de 18 también pueden ser titulares de dicho derecho” (subrayas fuera del texto).

⁸⁸ Las comisiones de trabajo del Congreso de la Republica emiten dictámenes en mayoría, minoría y unanimidad sobre los proyectos de Ley. Los dictámenes en mayoría requieren estar firmados al menos por la mayoría de los Congresistas presentes en el momento de la aprobación en que se debatió el asunto.

⁸⁹ *Op. Cit.* L. 26842, *supra* nota 80.

⁹⁰ Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 731-2003, *Directiva “Sistema de atención para el tratamiento antirretroviral en los niños infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana”*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 668-2004 *Guías Nacionales de atención integral de la Salud Sexual y Reproductiva*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 107-2005, *Lineamientos de política de salud de los/las adolescentes*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 536-2005, *Norma Técnica de Planificación Familiar*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 583-2005 *Protocolos de Consejería para la atención integral del adolescente*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 633-2005, *Norma Técnica para la Atención Integral de Salud de la Etapa de Vida Adolescente*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 290-2006, *Manual de Orientación y Consejería en salud Sexual y Reproductiva*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 328-2006, *Documento Técnico “Centros de Desarrollo Juvenil, un Modelo de Atención Integral de salud para Adolescentes”*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 353-2006, *Documento Técnico “Implementación de Redes Locales Multisectoriales de Desarrollo Juvenil”*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 1077-2006, *Orientación para la atención integral de salud del adolescentes en el primer nivel de atención*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 278-2008, *Documento Técnico “Adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva”*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 264-2009, *Documento Técnico “Consejería en ITS/VIH y SIDA”*; Res. del Ministerio de Salud de Perú (MINSa) N° 636-2009, *Análisis de Situación de Salud de las y los Adolescentes - Ubicándolos y Ubicándonos*.

⁹¹ En ese mismo sentido, en el 2012 el Comité DESC ya había expresado su preocupación por los bajos niveles de uso de anticonceptivos, embarazo adolescente y acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Sin embargo, algunos años después su recomendación aún no se implementa. (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observaciones Finales: Perú*, Doc. De la ONU E/C.12/PER/CO/2-4 (Abril 30 a Mayo 2012)).

⁹² MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ (MINSa), DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD. ENCUESTA GLOBAL DE SALUD ESCOLAR RESULTADOS – PERÚ 2010, 47 (2011).

⁹³ *Op. Cit.* INEI 2014, *supra* nota 43 p. 121.

⁹⁴ *Id.* p 166.

⁹⁵ *Idem.*

⁹⁶ *Id.*, p. 186.

⁹⁷ *Id.* p. 195.

⁹⁸ *Id.*, p. 332.

⁹⁹ La Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza, que reporta información sistematizada de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del MINSa, (2011), <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-AECID-Hoja-de-Datos-2.pdf>.

¹⁰⁰ *Id.* Párr. 25.