



Tengo derechos, y tengo derecho a saber

La falta de acceso al aborto terapéutico en el Perú

Copyright © 2008 Human Rights Watch
All rights reserved.
Printed in the United States of America
ISBN: 1-56432-348-X
Cover design by Rafael Jimenez

Human Rights Watch
350 Fifth Avenue, 34th floor
New York, NY 10118-3299 USA
Tel: +1 212 290 4700, Fax: +1 212 736 1300
hrwnyc@hrw.org

Poststraße 4-5
10178 Berlin, Germany
Tel: +49 30 2593 06-10, Fax: +49 30 2593 0629
berlin@hrw.org

Avenue des Gaulois, 7
1040 Brussels, Belgium
Tel: + 32 (2) 732 2009, Fax: + 32 (2) 732 0471
hrwbe@hrw.org

64-66 Rue de Lausanne
1202 Geneva, Switzerland
Tel: +41 22 738 0481, Fax: +41 22 738 1791
hrwgva@hrw.org

2-12 Pentonville Road, 2nd Floor
London N1 9HF, UK
Tel: +44 20 7713 1995, Fax: +44 20 7713 1800
hrwuk@hrw.org

27 Rue de Lisbonne
75008 Paris, France
Tel: +33 (1)43 59 55 35, Fax: +33 (1) 43 59 55 22
paris@hrw.org

1630 Connecticut Avenue, N.W., Suite 500
Washington, DC 20009 USA
Tel: +1 202 612 4321, Fax: +1 202 612 4333
hrwdc@hrw.org

Web Site Address: <http://www.hrw.org>



Tengo derechos, y tengo derecho a saber La falta de acceso al aborto terapéutico en el Perú

I. Resumen y recomendaciones principales.....	1
II. Metodología.....	5
III. Antecedentes	7
Morbimortalidad materna en el Perú	7
Incidencia del aborto y condiciones que ameritan el aborto terapéutico.....	8
Cooperación internacional.....	10
IV. Casos ilustrativos de las consecuencias de la falta de acceso	13
El caso de M.L.	13
El caso de K.L.	14
El caso de L.C.	16
V. Obstáculos al aborto terapéutico.....	17
Normas legales y definiciones imprecisas y restrictivas.....	17
Ausencia de protocolos de aborto terapéutico.....	20
Protocolos a nivel nacional.....	20
Protocolos a nivel hospitalario	22
Protocolos a nivel regional	23
Procedimientos de aprobación e interconsulta caso por caso; falta de rendición de cuentas	25
Temor a procesamientos o demandas por negligencia médica	27
Costo del procedimiento y falta de cobertura previsional	28
Falta de conocimiento sobre el aborto no punible entre mujeres y profesionales de la salud	29
VI. Normas del derecho internacional y respuesta de especialistas y autoridades internacionales en derechos humanos.....	31
El derecho a la vida	34
El derecho a la salud	35

El derecho a la no discriminación	37
El derecho a la vida privada; derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre nacimientos	38
El derecho a la información	38
El derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes	39
Presunto conflicto de derechos	40
VII. Recomendaciones	43
Al Ministerio de Salud	43
A los ministerios y departamentos de salud regionales	44
Al Ministerio de Justicia	44
A la Defensoría del Pueblo.....	45
Al Congreso Peruano	45
Al Colegio Médico del Perú	45
A la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional	46
A otros donantes bilaterales.....	47
A la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia	47
A la Comisión Interamericana de Derechos Humanos	47
Al Fondo de Población de las Naciones Unidas, demás organismos del sistema de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud	48
Al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.....	49
VIII. Agradecimientos	50

I. Resumen y recomendaciones principales

En el Perú se permite la interrupción legal del embarazo sólo para salvar la vida de la madre o evitar daño grave y permanente a su salud. Todas las demás formas de aborto constituyen delito y pueden redundar en penas de cárcel y multas para la embarazada y quien las realice.

En la práctica, en el Perú existen serias dificultades para acceder a un aborto legal. El aborto “terapéutico” legal –es decir, el realizado para salvar la vida de la mujer o evitar daños a su salud– es un servicio de salud pública esencial cuya denegación vulnera los derechos humanos fundamentales de mujeres y niñas. El presente informe analiza los obstáculos que pone el sistema de salud pública del Perú al aborto terapéutico.

Mujeres y niñas que sufren de patologías del embarazo capaces de causar la muerte o afectar de forma permanente la salud tienen la necesidad imperiosa de acceder a un aborto seguro, digno y asequible, pero Human Rights Watch pudo documentar que en el Perú ocurre exactamente lo contrario. En entrevistas con mujeres, niñas adolescentes, prestadores de servicios de salud y funcionarios estatales constatamos que a las mujeres y adolescentes con claro derecho a un aborto legal se les niega o imposibilita el acceso a dicho servicio, con graves consecuencias para su salud física y mental.

En cuanto al número de abortos terapéuticos realizados en el Perú, no existen estadísticas nacionales confiables ni directrices sobre los criterios de selección o procedimientos administrativos que deben seguir los prestadores de servicios de salud. Por ende, y considerando además que el propio Ministerio de Salud reconoce que sus cifras no son exactas, no es posible determinar con exactitud el número de abortos terapéuticos que se realizan en el país. Considerando las dificultades de acceso, definición y registro del aborto terapéutico que se describen en el presente informe, lo más probable es que el aborto terapéutico se encuentre tan subestimado como subutilizado.

El Estado no sólo hace muy poco por garantizar la entrega de estos servicios, sino que obstruye activamente las iniciativas orientadas a mejorar el acceso. Entre los principales obstáculos al aborto terapéutico en el Perú se cuentan: 1) normas legales y políticas públicas imprecisas y restrictivas que, entre otros, no aclaran si el daño a la salud mental justifica también un aborto legal; 2) falta de un protocolo nacional sobre criterios de selección o procedimientos administrativos a seguir; 3) procedimientos de aprobación e interconsulta caso por caso y falta de rendición de cuentas en casos de denegación de aborto legal; 4) el temor de los prestadores de servicios a ser procesados o demandados; 5) el costo del procedimiento y la falta de cobertura para el aborto terapéutico en el sistema de previsión social, y 6) desconocimiento sobre el aborto no punible entre mujeres y profesionales de la salud.

A muchas mujeres y niñas que necesitan un aborto se les dificulta sobremanera tomar la decisión de procurárselo, incluso cuando cuentan con asesoría médica. El hecho de que las autoridades políticas y médicas dificulten aún más esta decisión y entorpezcan el acceso a la información y al aborto legal no disminuye el número de abortos, sino simplemente los clandestiniza. Para quienes disponen de recursos e información, el aborto clandestino es una opción que se realiza en condiciones de relativa seguridad en clínicas privadas o incluso en casa, con métodos farmacéuticos probados. Pero en el caso de las mujeres y niñas pobres del Perú, el aborto inducido por lo general lo hacen personas no calificadas ni reguladas o se lo practican ellas mismas con remedios caseros. Algunas de estas prácticas clandestinas conllevan grave riesgo, lo que contribuye a las altas tasas de morbilidad materna que exhibe el país.

Las normas internacionales de derechos humanos exigen al Perú garantizar el acceso al aborto terapéutico en el sistema de salud pública. La drástica restricción de este derecho, así como la falta de disposición a garantizar el acceso a los abortos que permite la propia ley, podrían constituir una violación de los derechos humanos fundamentales de las mujeres, entre ellos el derecho a la salud, la vida, la no discriminación, la integridad física y a no ser sometidas a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. Las autoridades internacionales de derechos humanos, entre ellas el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, el Relator

Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud y el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, han exhortado repetida y enfáticamente al Perú a eliminar las trabas al aborto terapéutico y garantizar el cumplimiento de sus obligaciones en el ámbito de derechos humanos.

Garantizar el acceso al aborto terapéutico en el Perú es factible siempre que exista voluntad política, pero el Estado continúa desentendiéndose del tema y poniendo en peligro la vida de mujeres y niñas. Las guías técnicas para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo se tramitan dentro de la burocracia peruana sin rendición de cuentas ni respeto por los plazos, mientras los hospitales públicos siguen funcionando en un vacío legal. El resultado es que algunas pocas afortunadas son atendidas, pero muchas otras que enfrentan urgencias médicas no lo son.

El Perú debe actuar de forma inmediata para subsanar esta situación:

- Como primer y principal paso, debe adoptar un protocolo médico claro que permita uniformar procedimientos administrativos a nivel nacional y garantice el acceso a un aborto terapéutico de calidad. Dicho protocolo debe garantizar un trámite expedito, que la embarazada tenga derecho a ser oída en persona y a que se consideren sus puntos de vista, y que se fundamenten adecuadamente las decisiones adoptadas.

Mientras no exista dicho protocolo, es responsabilidad de las autoridades de salud centrales y regionales aprobar protocolos hospitalarios y pautas técnicas que aclaren toda ambigüedad jurídica o médica y garanticen la entrega de servicios de la más alta calidad a nivel del sistema de salud pública.

El Perú debe además:

- Derogar la norma jurídica que obliga a los prestadores de servicios a denunciar casos de aborto inducido a las autoridades policiales;
- Fortalecer la recopilación y análisis de datos a nivel regional y nacional;
- Informar a las mujeres, los profesionales de la salud y el público en general respecto de la norma jurídica que permite el aborto no punible;

- Velar por que el sistema de seguridad social cubra el costo de las prestaciones relacionadas con el aborto terapéutico;
- Fiscalizar e investigar casos de prestadores de servicios que se nieguen a realizar abortos terapéuticos legales y sancionarlos según corresponda; y
- Considerar la posibilidad de avanzar hacia la reforma de la norma jurídica que regula el aborto a modo de garantizar que toda mujer tenga plena libertad para decidir libremente sobre su fecundidad.

Pese a no ser materia del presente informe, Human Rights Watch estima además que el actual debate que tiene lugar en el Perú en torno al tema del derecho al aborto es fundamental para garantizar los derechos humanos de las mujeres. Las interpretaciones más autorizadas del derecho internacional de los derechos humanos respaldan el derecho de cada mujer a decidir autónomamente en materia de aborto, sin interferencia del Estado ni de terceros. Sólo a través de una reforma normativa que no penalice el acceso a los servicios de salud, incluyendo el aborto, estarán las mujeres en condiciones de decidir de forma libre e informada respecto a la mejor manera de proteger su salud y bienestar, como también si han de tener hijos y fundar una familia y cuándo hacerlo.

II. Metodología

El presente informe se basa en un estudio realizado en Lima, Perú, durante los meses de junio, julio y diciembre de 2007 por dos investigadoras de Human Rights Watch.

Human Rights Watch realizó entrevistas individuales y discusiones grupales con 77 actores clave sobre el tema del acceso a servicios de salud reproductiva, especialmente al aborto terapéutico, a nivel del sistema de salud pública de la ciudad capital. Las entrevistas se efectuaron en idioma castellano y, en la mayoría de los casos, en el lugar de trabajo de la persona entrevistada. Entre ellas se cuentan diez mujeres que han tenido abortos o patologías del embarazo;¹ 26 prestadores de servicios de salud, entre ellos directores y funcionarios de hospitales públicos, profesionales en ejercicio privado y directivos de sociedades médicas; más de 20 representantes de la sociedad civil, básicamente lideresas del movimiento por los derechos de las mujeres; 12 funcionarios del Ministerio de Salud, de la Defensoría del Pueblo, del Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Social y de la Presidencia del Consejo de Ministros; y tres funcionarios del sistema de Naciones Unidas. También se entrevistó a representantes de la cooperación internacional, entre ellos la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, a lo cual se agregan varias otras entrevistas efectuadas por vía telefónica.

Las entrevistas fueron absolutamente voluntarias y se realizaron previo consentimiento informado verbal. Salvo algunos casos de connotación pública, por motivos de privacidad y seguridad personal los nombres de todas las mujeres y de algunos otros entrevistados se mencionan sólo por sus iniciales. Aunque ninguna entrevista fue remunerada, a algunas mujeres se les reembolsó el costo del transporte desde y hacia el lugar de la entrevista.

¹ En dos casos se entrevistó a la madre sobre el aborto de la hija, en uno debido a hospitalización y en el otro a emigración de la hija, respectivamente.

Con una población de 7.8 millones en un país de 28.7 millones de habitantes, Lima congrega al 27% de la población nacional. Perú se encuentra en proceso de descentralizar el sector salud. Mientras ello ocurre, la inadecuada distribución de recursos, las largas distancias y las dificultades geográficas del país hacen que, a partir del nivel terciario, los servicios de salud sigan en general centralizados en Lima. De hecho, el mayor número de servicios especializados de salud pública y privada se ofrece en Lima. Por ende, si bien los servicios aquí mencionados no se pueden generalizar, tienen la ventaja de representar el mejor de los casos dable de encontrar en el conjunto de las zonas urbanas del país.

Human Rights Watch investigó lo que les ocurre a las mujeres que ingresan al sistema de salud pública en el marco de la obligación del Estado de proporcionar servicios a los sectores más pobres y desprotegidos. Una de las limitantes del estudio fue encontrar mujeres que hubieran solicitado o tenido un aborto terapéutico en el sistema de salud pública, en parte por su escaso número. La falta de registros médicos fidedignos, la clasificación errónea de los diagnósticos, la confusión respecto de lo que constituye un aborto terapéutico o no punible, así como el sigilo y el estigma que rodean el tema, fueron todos factores que dificultaron la búsqueda.

III. Antecedentes

Morbimortalidad materna en el Perú

El Perú es un país en desarrollo que tiene la segunda mayor tasa de mortalidad materna en América Latina después de Bolivia. Aunque recibe ayuda de la cooperación internacional, los recursos que destina a la salud de las mujeres, en especial la lucha contra la morbilidad materna, son insuficientes.² Según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), al año se producen en el Perú 410 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos,³ bastante más de lo que estima el propio Estado peruano.

Las normas jurídicas y políticas públicas que restringen y penalizan el aborto en general y no entregan pautas claras respecto del aborto no punible son también factores que contribuyen a la mortalidad y discapacidad maternas. Aunque las muertes maternas atribuibles a abortos sépticos que se producen en el Perú se estiman en cerca del 16%,⁴ la cifra real es difícil de precisar porque este tipo de abortos se realiza generalmente en condiciones de clandestinidad. Muchas de las muertes y patologías atribuibles al aborto clandestino son totalmente evitables, dado que el aborto legal, accesible y realizado por personal capacitado, con el instrumental adecuado y bajo condiciones asépticas es un procedimiento muy seguro, mucho más que el propio parto.⁵

² Un problema generalizado es el monto del gasto en salud en el Perú, cifra que como porcentaje del PIB disminuye al tiempo que aumenta el PIB en general, lo que indica que los recortes presupuestarios no se deben a falta de recursos. Según un detallado informe sobre mortalidad materna elaborado por Médicos por los Derechos Humanos, “una medición objetiva indica que el Perú no destina el máximo de los recursos disponibles a hacer realidad el derecho a la salud ni a atender los problemas de salud materna en particular. Comparado con otros países con un ingreso per cápita semejante, el sistema de salud del Perú es muy deficitario”. Médicos por los Derechos Humanos (PHR), *Deadly Delays: Maternal Mortality in Peru: A Rights-Based Approach to Safe Motherhood* (PHR: Cambridge, MA, 2007), p. 9.

³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), “At a Glance: Peru”, sin fecha, www.unicef.org/infobycountry/peru_statistics.html#24 (visitado el 25 de junio de 2007).

⁴ Luis Távara et al., “Estado actual de la mortalidad materna en el Perú”, *Ginecología y Obstetricia (Perú)*, vol. 45, Nº 1 (1999), pp. 38-42.

⁵ Hasta la 16ª semana de embarazo el aborto es diez veces más seguro que el parto, en tanto que el riesgo de muerte por aborto es menor que el riesgo de muerte por parto durante la mayor parte del segundo trimestre. Rachel N. Pine, “Achieving Public Health Objectives through Family Planning Services”, *Reproductive Health Matters*, Nº 2 (noviembre de 1993), p. 79.

Incidencia del aborto y condiciones que ameritan el aborto terapéutico

Según un estudio del Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, se calcula que el número total de abortos realizados cada año en el Perú alcanza a los 352.000; es decir, uno por cada nacido vivo.⁶ Este cálculo da a entender que el 5% de todas las peruanas en edad reproductiva tiene probabilidades de realizarse un aborto. En Lima esta cifra alcanza a cerca de 100.000 al año.⁷ No queda claro cuántas de estas mujeres podrían haberse hecho un aborto terapéutico legal.

A pesar de la falta de registros fidedignos y de las múltiples trabas que el sistema de salud pública del Perú interpone al aborto terapéutico legal, la cifra parece ir en aumento. A solicitud nuestra, el Ministerio de Salud nos envió un archivo con las estadísticas nacionales de abortos terapéuticos realizados en hospitales públicos en el último quinquenio para el cual existe información. Solamente en el área de la Lima Metropolitana, el número estimado de abortos terapéuticos realizados muestra una curva notablemente ascendente: 26 en el 2002, 41 en el 2003, 24 en el 2004, 215 en el 2005 y 699 en el 2006.⁸ En el caso de un solo hospital el número de abortos catalogados como “médicos” se elevó de tres en el 2002 a 137 en el 2005 y 687 en el 2006.⁹ Ahora bien, más que indicar un aumento drástico en el número de abortos, estas cifras ilustran la falta de regularidad en el recuento y caracterización de los abortos legales realizados en el sector público. De hecho, dicho recuento incluye una serie de procedimientos médicos legales que son más bien servicios obstétricos de urgencia.¹⁰ Es más, estas cifras están por debajo del nivel de intervenciones que se estiman necesarias.

⁶ Delicia Ferrando, *Clandestine Abortion in Peru: Facts and Figures 2002 (El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras)*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International, abril de 2002, p. 26, www.pathfind.org/site/DocServer/Pathfinder_English_FINAL.pdf?docID=509 (visitado el 30 de junio de 2008).

⁷ *Ibíd.*, p. 27.

⁸ Comunicación electrónica de Marco Polo Bardales Espinoza, Oficina General de Estadísticas e Información del Ministerio de Salud, a Human Rights Watch, 16 de octubre de 2007.

⁹ Comunicación electrónica de Marco Polo Bardales Espinoza a Human Rights Watch, 4 de abril de 2008.

¹⁰ Entrevista telefónica con Marco Polo Bardales Espinoza, Ministerio de Salud, Lima, marzo de 2008. Una investigación posterior reveló que el Ministerio de Salud utiliza una lista de ocho categorías para clasificar los abortos, todas intervenciones médicas necesarias al momento del ingreso al hospital y que por ende no debieran ser punibles. Éstas son: embarazo ectópico, embarazo molar, otros productos anormales de la concepción, aborto espontáneo, aborto médico, otros abortos, abortos no especificados, intento fallido de aborto y complicaciones post-aborto. No existe un glosario que explique al personal médico las diferencias entre estos términos de carácter fundamentalmente administrativo.

En el Perú no existen procedimientos confiables de recopilación de datos sobre complicaciones graves o fatales del feto o la madre. Tomando como base los estudios hechos en otros países sobre incidencia de malformaciones congénitas graves y fatales, así como la amplia gama de patologías que pueden amenazar la vida y salud de las embarazadas, lo más probable es que, además de aquellos oficialmente informados, existan cientos de casos de mujeres y niñas que tenían derecho a un aborto terapéutico pero no lo recibieron.¹¹ Por ejemplo, un cálculo señala que al año nacen en el Perú 945 criaturas con malformaciones incompatibles con la vida.¹² Los casos de anencefalia son apenas un ejemplo: según datos del propio Ministerio de Salud, cada año se registran al menos 80 casos de anencefalia que sin embargo no reciben un aborto terapéutico.¹³

La anencefalia es una malformación fetal incompatible con la vida, en la cual el cerebro y la médula espinal dejan de desarrollarse. En este tipo de casos, la muerte fetal sobreviene antes o bien a las pocas horas o días del parto.¹⁴ Llevar un feto anencefálico generalmente provoca una enorme angustia y representa un peligro para la integridad física de la embarazada.¹⁵

Existen además docenas de otras patologías que ameritan la realización de un aborto terapéutico destinado a salvar la vida de la madre y preservar su salud y bienestar. Es por ello que un equipo de especialistas en salud reproductiva de nueve sociedades médicas del Perú elaboró un perfil clínico orientado a definir los criterios bajo los cuales se justifica la interrupción legal del embarazo. La nómina incluye,

¹¹ Luis Távara Orozco, Sheilah Verena Jacay Murguía, y María Jennie Dador Tozzini, *Apuntes para la acción: El derecho de las mujeres a un aborto legal. Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y por malformaciones congénitas incompatibles con la vida*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), septiembre de 2007, p. 49.

¹² Luis Távara Orozco, *Por qué las malformaciones congénitas letales y la violación justifican un aborto legal*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), 2008, pp. 8-9.

¹³ "El aborto terapéutico autorizado a nivel nacional", *RPP Noticias*, 8 de marzo de 2007, www.rpp.com.pe/portada/nacional/68474_1.php (visitado el 10 de julio de 2007).

¹⁴ Jerrold B. Leikin, MD y Martin S. Lipsky, MD (eds.), *American Medical Association Complete Medical Encyclopedia*. Nueva York: Random House Reference, 2003, p. 160.

¹⁵ Polihidramnios, hipotensión postural, hipertensión, ruptura prematura de membranas, parto podálico u otras formas de distocia y embolismos amnióticos son algunas de las consecuencias físicas de un embarazo anencefálico sobre la salud materna. Igualmente importantes son las potenciales consecuencias para la salud emocional de la embarazada, entre ellas angustia, depresión grave y estrés post-traumático. En este último caso, un tercio de las pacientes se recupera al año, en tanto que otro tercio sigue experimentando síntomas diez años después del diagnóstico. Véase Távara Orozco, *Por qué las malformaciones congénitas letales y la violación justifican un aborto legal*, p. 11.

sólo a título ilustrativo, más de 30 patologías que pueden llevar a una embarazada a contemplar la posibilidad de un aborto terapéutico.¹⁶ El Dr. Luis Távara, ginecólogo obstetra de fama internacional y ex Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), presidió el Comité de Salud Sexual y Reproductiva que organizó el taller. El Dr. Távara publicó un artículo enfocado exclusivamente a explicar por qué la anencefalia amerita, por sí sola y por motivos de salud física y mental, la realización de un aborto terapéutico,¹⁷ señalando que en tales casos el aborto debe considerarse legal debido a los graves y permanentes efectos que este tipo de embarazos pueden tener sobre la salud física y mental de una mujer.

La mayor parte de las razones de salud física para la realización de un aborto terapéutico han sido repetidamente reseñadas por la SPOG y sancionadas por el Colegio Médico del Perú.¹⁸ Más aún, el Colegio Médico apoya el acceso al aborto legal cuando el embarazo es producto de violación o violencia sexual o en casos de malformaciones fetales graves o fatales, señalando que en ambos existen repercusiones para la salud física y mental.¹⁹

Cooperación internacional

Si bien la obligación en cuanto a cambios, responsabilidad y fiscalización corresponde al Estado peruano, la cooperación internacional también juega un papel a través de la entrega de ayuda para el sistema de salud pública del Perú y diversos programas de salud reproductiva, entre ellos alumbramientos tradicionales y atención obstétrica de urgencia. El acceso al aborto terapéutico, sin embargo, no se cuenta entre ellos.

¹⁶ Entre ellas, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso, hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blanco, insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia hepática crónica, neoplasia maligna del aparato gastrointestinal que requiera tratamiento radio y quimioterapéutico, insuficiencia respiratoria, diabetes mellitus avanzada, neoplasias malignas a nivel del sistema nervioso central, epilepsia rebelde al tratamiento, cáncer invasivo de cuello uterino y otros cánceres ginecológicos, antecedente demostrado de psicosis puerperal o riesgo de suicidio, violación sexual por el riesgo de patologías posteriores, y tuberculosis refractaria. PROMSEX, “El aborto terapéutico en el Perú: es legal y salva vidas”, Serie Folletos PROMSEX, 2008. La misma organización recomendó incluir las malformaciones fetales (p. ej., anencefalia) de forma explícita en el Artículo 119 del Código Penal (véase nota 34) pero sin proponer pautas específicas. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, “Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico”, diciembre de 2005.

¹⁷ Távara Orozco, Por qué la anencefalia justifica un aborto terapéutico, p. 6.

¹⁸ Colegio Médico del Perú, Consejo Nacional, Comisión de Alto Nivel de Salud Reproductiva, “I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Lima, Perú, 21 y 22 marzo de 2007”, mayo de 2007, pp. 16-17, 19-20.

¹⁹ *Ibíd.*

Desde los años 70 en adelante, los mayores aportes al Estado peruano en materia de salud materna y servicios de salud reproductiva han provenido de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). Estos aportes se han canalizado tanto a través de servicios estatales como de organismos no gubernamentales.²⁰ Sin embargo, durante los últimos ocho años la USAID ha venido operando en el marco de la llamada “Política de Ciudad de México” (o Ley Mordaza), repuesta al asumir George W. Bush. Entre otras restricciones, dicha política prohíbe a la USAID financiar a ONG extranjeras que fomenten el aborto como método de planificación familiar o realicen abortos. Aparentemente, la USAID ha interpretado esta prohibición en el sentido de negar ayuda a organismos que provean servicios de aborto legal voluntario, promuevan la reforma de las normas jurídicas que regulan el aborto o deriven pacientes a servicios de aborto seguro, incluso cuando los fondos para tales actividades provienen de terceras partes.²¹ Si bien dicha política exceptúa claramente algunos tipos de aborto, por ejemplo en casos de violación o incesto o cuando peligran la vida de la embarazada, una lectura estricta lleva a la prohibición de financiar la entrega de información y servicios de aborto terapéutico para preservar la salud de la madre o en casos de anomalías fetales incompatibles con la vida.

²⁰ Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, USAID/Perú: Plan Estratégico País para el Perú, años fiscales 2002 a 2006, peru.usaid.gov/docmtos/ApprovedPeruStrategicPlanFY2002-06.pdf (visitado el 2 de agosto de 2007).

²¹ Memorandum de Francis A. Donovan, Buró de Administración, Oficina de Adquisiciones y Asistencia, Oficina del Director de USAID, a todos los oficiales de contratos y negociadores, respecto de Actividades Voluntarias de Población – Restauración de la Política de la Ciudad de México, 15 de febrero de 2001, www.usaid.gov/business/business_opportunities/cib/pdf/cibo103.pdf (visitado el 12 de marzo de 2008). Versión revisada, 29 de marzo de 2001, www.usaid.gov/our_work/global_health/pop/mcpolicy_sp.pdf (visitado el 30 de junio de 2008). Extracto: “El aborto es un método de planificación familiar cuando se practica con el propósito de espaciar los nacimientos. Esto incluye, pero no está limitado a, los abortos practicados por razones de salud física o mental de la madre pero no incluye abortos practicados cuando la vida de la madre estuviera en peligro en caso de que continuara el embarazo hasta el alumbramiento, ni abortos practicados en casos de violación o incesto (ya que el aborto bajo estas circunstancias no es un acto de planificación familiar). ... Promover activamente abortos significa que una organización compromete recursos financieros o de otro tipo, de una manera considerable o continuada para aumentar la accesibilidad al aborto o la práctica del mismo como método de planificación familiar. Esto incluye, aunque no está limitado a ello, lo siguiente: asesoramiento acerca del aborto como una opción disponible en caso de que no se utilicen otros métodos de planificación familiar o no sean efectivos o bien motivar a las mujeres a que consideren el aborto (responder pasivamente a preguntas acerca de dónde realizar un aborto de manera legal y segura no se considera promoción activa si la pregunta es hecha específicamente por una mujer que ya está embarazada, la mujer indica claramente que ya ha decidido abortar y el asesor de planificación familiar razonablemente cree que la ética de la profesión médica en el país exige una respuesta a la pregunta de dónde se puede realizar un aborto de manera segura) ... Quedan excluidas de esta definición de promoción activa del aborto como método de planificación familiar las referencias a abortos en caso de violación o incesto o si la vida de la madre estuviera en peligro en caso de que continuara el embarazo hasta el alumbramiento. Así mismo, queda excluido de esta definición el tratamiento de lesiones o enfermedades causadas por abortos legales o ilegales, por ejemplo, la atención médica después del aborto” (pp. 7, 9).

A pesar de disponer de recursos, en la actualidad ninguna de las grandes agencias de cooperación internacional, entre ellas el Fondo de Población de las Naciones Unidas y la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, financian proyectos directamente enfocados a garantizar el acceso al aborto terapéutico en el sistema de salud pública. En ese marco, en 2006 el Departamento para el Desarrollo Internacional de Inglaterra entregó un fondo de £3 millones a la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) para dar inicio al Programa Mundial por el Aborto Seguro en conjunto con sus filiales, que en el caso del Perú es el Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES). Dichas filiales, una por país en 180 naciones, trabajan por erradicar el aborto clandestino y permitir el cumplimiento hacia el 2015 de las metas de reducción de mortalidad materna en los países más pobres del mundo acordadas a nivel internacional.²²

Como parte de dicho programa mundial, en 2006 la IPPF estableció, con aportes adicionales de Dinamarca, Noruega, Suecia, Suiza e Inglaterra, el Fondo de Acción para el Aborto Seguro, destinado a financiar a organismos tales como Marie Stopes International, Manuela Ramos en el Perú y otros que han visto reducirse el financiamiento de proyectos de planificación familiar y salud reproductiva a raíz de la pérdida de los aportes de Estados Unidos. El Fondo se creó para “mejorar el acceso a los servicios de aborto seguro, con especial énfasis en las necesidades de mujeres marginadas y vulnerables”.²³

La larga trayectoria de la cooperación internacional en aportar a la manutención de los servicios de salud en el Perú demuestra un compromiso con el tema que, con respaldo y voluntad política suficientes, podría hacerse revivir.

²² “UK Government announces support to help combat threat to women’s health in developing world” (“Gobierno del Reino Unido anuncia apoyo para ayudar a combatir amenaza a la salud de las mujeres en el mundo en desarrollo”), boletín de prensa del Departamento para el Desarrollo Internacional, 6 de febrero de 2006, www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/reproductive-health060206.asp (visitado el 12 de marzo de 2008).

²³ Federación Internacional de Planificación de la Familia, www.ippf.org/en/What-we-do/Abortion/Safe+Abortion+Action+Fund+awards+111m+to+reduce+unsafe+abortion.htm (visitado el 31 de marzo de 2008).

IV. Casos ilustrativos de las consecuencias de la falta de acceso

A pesar de los contactos realizados con diversos hospitales y ONG dedicadas a la salud, no fue posible entrevistar a un número significativo de mujeres a quienes, teniendo derecho a un aborto terapéutico, se les hubiese denegado. Los motivos principales fueron la dificultad para identificar a estas mujeres, la reticencia a discutir temas personales y el desconocimiento de que sus derechos habían sido violados. En el Perú, país donde no se acostumbra a ventilar en público los casos de denegación de aborto terapéutico, aquellos que salen a la luz ilustran lo difícil que es acceder al aborto terapéutico legal, la forma en que muchos pequeños obstáculos se conjugan para impedirlo y la gravedad de las consecuencias. Los tres casos que se citan a continuación lo demuestran.

El caso de M.L.²⁴

M.L., de 31 años, casada y madre de un niño, relató a Human Rights Watch que al quedar embarazada en el 2004 deseaba tener una hija. A las 30 semanas de gestación, una ecografía reveló que el embarazo no era normal. A pesar de no tener síntomas aparentes, M.L. fue hospitalizada. Allí, sin más detalles, le dijeron que el feto tenía una malformación. Tras una semana en el hospital materno-infantil los médicos le dijeron que el feto carecía de cerebro y vejiga y que no iba a sobrevivir: moriría al nacer, si no antes.

M.L. solicitó un aborto terapéutico que le fue denegado. M.L. señaló al respecto: “No quisieron inducirme porque dijeron que la ley no lo permitía, que eso no se podía hacer”.²⁵ M.L., quien no sabía que se podía convocar a una comisión médica para que viera su caso, creyó lo que le dijeron.

Así las cosas, M.L. buscó otras formas de procurarse un aborto terapéutico. Consideró hacerse un aborto clandestino, pero su esposo no quiso que arriesgara la vida en un

²⁴ Entrevista con M.L., La Paz Apart Hotel, Lima, 7 de julio de 2007.

²⁵ *Ibíd.*

procedimiento inseguro e insalubre. Consultó en una clínica privada, pero el precio de 2,000 soles (unos US\$700) estaba fuera de su alcance.

Dos meses después volvió al hospital (con 38 semanas de gestación), donde tras una amniocentesis empezó a sentir contracciones. El personal médico le administró suero por vía intravenosa, según escuchó M.L., para impedir un trabajo de parto prematuro.

Al poco tiempo M.L. volvió al pueblo donde vivían sus padres. Relató que se sentía deprimida y desanimada, que lloraba continuamente y no comía.

Al llegar su embarazo a término el feto no se movía. M.L. fue ingresada al hospital con fuertes dolores: “Gritaba de dolor. Pensé que me iba a morir. Gritaba que ya no lo podía soportar... No era justo que me hubieran hecho esperar tanto cuando sabían que me iban a tener que operar... Después me dijeron que me iban a tener que hacer un corte vertical [para una cesárea] debido a la urgencia”.²⁶ En el hospital le dijeron que el feto era una niña, pero no la dejaron verla. Según dijo, hasta el día de hoy tiene pesadillas sobre el destino que corrió el cuerpo de esa criatura.

M.L. agregó que luego de esta experiencia sigue sintiéndose muy deprimida y que hace duros esfuerzos para pagar el tratamiento de su depresión. Nunca supo la causa de la malformación y teme que ella o su marido tengan algún problema de orden genético que pudiera afectar un próximo embarazo. “No quiero que esto le pase a otra mujer; lo que me pasó fue horrible... Llegué a pesar 40 kg. La gente no sabe lo que se sufre [en esta situación]; no quieren saber la verdad sobre ese tipo de sufrimiento”.²⁷

El caso de K.L.

El caso de K.L. es uno de los pocos que ha salido a la luz pública en el Perú, de modo que la información que sigue proviene de fuentes públicas (Human Rights Watch no

²⁶ *Ibíd.*

²⁷ *Ibíd.*

entrevistó a K.L.).²⁸ En el año 2001, K.L., quien a la sazón tenía 17 años y 14 semanas de embarazo, se enteró luego de un control en un hospital público que el feto que llevaba era anencefálico (lo que, como se señala en el capítulo anterior, es una anomalía incompatible con la vida y que además pone en peligro la salud de la madre). El médico tratante recomendó interrumpir el embarazo. Luego de asimilar la dura noticia, K.L. discutió la situación con su familia.

Consciente de que prolongar el embarazo ponía en peligro su salud física y mental, y sintiéndose incapaz de continuarlo a sabiendas de que el feto no tendría posibilidades de sobrevivir, K.L. (a través de su madre, dado que aún era menor de edad) solicitó en el Hospital Arzobispo Loayza de Lima la realización de un aborto terapéutico, para lo cual se hizo los exámenes de rigor. Dos semanas después de habersele recomendado interrumpir el embarazo, K.L. volvió al hospital, donde le dijeron que faltaba la autorización del Director. Una semana después, el Director rechazó la solicitud, argumentando que el embarazo no representaba riesgo grave para su salud. A K.L. no le quedó más alternativa que llevar el embarazo a término, contra su voluntad. Durante este período padeció de desnutrición y depresión severa. Cuando finalmente dio a luz tres semanas después de la fecha de parto –el retraso es común en los embarazos anencefálicos– los funcionarios del hospital la obligaron a amamantar a la criatura durante los cuatro días que vivió. A K.L. posteriormente se le diagnosticó una severa depresión que requirió de tratamiento psiquiátrico.²⁹

En el año 2002, dos organizaciones peruanas, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS) y el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), más el Centro de Derechos Reproductivos de Estados Unidos, presentaron el caso de K.L. ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH), el que falló a favor de K.L. Como se relata en el Capítulo VI, el CDH resolvió que el Perú debía indemnizarla y además reformar sus políticas a fin de impedir la repetición de casos similares

²⁸ Pardiss Kebriaei, “CDH. Dictamen en el caso K.L. vs. Perú”, *INTERIGHTS Bulletin*, Vol. 15, Nº 3, 2006, pp. 151-2.

²⁹ DEMUS et al., “El derecho a un protocolo para aborto terapéutico”, Lima, 2007.

El caso de L.C.

Human Rights Watch entrevistó a la madre de L.C., muchachita de un sector popular de Lima que a los 14 años fue violada a lo largo de varios meses por un hombre 20 años mayor, produciéndose un embarazo que ella ocultó.

Según la madre, L.C. se deprimió y desesperó al punto de que un día intentó suicidarse, arrojándose desde el techo de su casa. Su madre se enteró de la violación y el embarazo en la urgencia del hospital. “La niña se puso a llorar y me contó que un vecino moto-taxista había abusado de ella”.³⁰ L.C. sufrió un severo traumatismo vértebro-medular que la dejó cuadripléjica, a pesar de lo cual su embarazo no se vio afectado.

La madre relató haber pedido en el hospital un aborto terapéutico para que su hija pudiera hacerse una operación a la columna que intentaría ayudarle a recuperar la movilidad, pero “los médicos dijeron que no, porque está penado”.³¹ Pero la madre de L.C. sabía que, si elevaba una solicitud al Director del hospital, la decisión final podría quedar en manos de una comisión médica. Según ella, después de una serie de conciliábulos y demoras sin motivo aparente la comisión denegó la solicitud, argumentando que el embarazo ya no representaba peligro para la salud física de la niña: “Así nomás, a pesar de que la niña quedó como quedó, me dijeron ‘No podemos, señora, eso es delito’”.³² Posteriormente L.C. sufrió un aborto espontáneo estando en el hospital, pero a esas alturas la operación a la columna poco o nada le habría ayudado a recuperar la movilidad.³³

³⁰ Entrevista con madre de L.C., Lima, 26 de junio de 2007.

³¹ *Ibíd.*

³² *Ibíd.*

³³ Entrevista con el Dr. Julio Aguilar, Lima, 14 de junio de 2007; “Embarazada a los 13”, *Caretas Ilustración Peruana*, edición 1982, 28 de junio de 2007, www.caretas.com.pe/Main.asp?T=3082&id=12&idE=730&idSTo=363&idA=26938 (visitado el 10 de julio de 2007).

V. Obstáculos al aborto terapéutico

Aunque en el sistema de salud pública del Perú existen muchos obstáculos al aborto terapéutico, éstos no siempre son insuperables. Algunas de estas trabas son de carácter administrativo y legal: ausencia de definiciones, protocolos y pautas médicas predeterminadas; procedimientos de aprobación impredecibles; falta de rendición de cuentas; normas legales imprecisas y restrictivas que contraponen la obligación de denunciar al deber profesional y la falta de cobertura previsional para el procedimiento. Existen otras trabas que tienen que ver con actitudes que se originan en el temor a las represalias y en la confusión existente en torno al aborto legal o no punible. La gran mayoría de dichos obstáculos es imputable a la falta de disposición gubernamental a informar adecuadamente a mujeres y niñas acerca de su derecho al aborto terapéutico y al personal médico sobre la protección que le otorga la ley y su obligación profesional de proporcionar estos servicios a quienes los requieran.

Normas legales y definiciones imprecisas y restrictivas

Aunque el aborto en general está penalizado, el Código Penal de 1924 establece que el aborto terapéutico para salvar la vida y proteger la salud de la embarazada no se penalizaría. Las reformas posteriores siempre mantuvieron dicha excepción para proteger los intereses de la mujer. El Artículo 119 del actual Código Penal, que data de 1991, expresa: “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”.³⁴ En 1989 se propuso una reforma para despenalizar el aborto en casos de violencia sexual, inseminación artificial sin consentimiento y anomalías fetales incompatibles con la vida (también llamado “aborto eugenésico”). La propuesta fue aprobada en el Congreso peruano pero jamás promulgada por el Ejecutivo. La reforma nunca entró en vigor, como tampoco prosperó el debate posterior que intentaba reponer estas excepciones.³⁵

³⁴ Código Penal del Perú, Decreto Legislativo Nº 635, promulgado el 3 de abril de 1991 y publicado el 8 de abril de 1991, www.cajpe.org.pe/rij/bases/legisla/peru/pecodpen.htm (visitado el 14 de noviembre de 2007).

³⁵ *Ibíd.*, art. 120, pár. 2.

El actual Código Penal en teoría sanciona a las mujeres que se procuren un aborto y a quienes lo realicen.³⁶ En el caso de la embarazada, la pena máxima alcanza a dos años de presidio o 104 días de servicio comunitario. Para el médico, partera, farmacéutico o cualquier otro profesional de la salud que realice un aborto con el consentimiento de la mujer, la pena máxima será de cuatro años de cárcel. De concurrir agravantes, el profesional podrá sufrir inhabilitación permanente y ser privado de grados militares o policiales, títulos honoríficos y otras distinciones.³⁷

Los abortos sin consentimiento tienen penas aún más severas: cinco años si la mujer sobrevive, diez años si muere. La muerte también conlleva la inhabilitación del profesional.³⁸

Las penas se reducen cuando el aborto se realiza por razones “sentimentales o eugenésicas”, definidas como violación sexual fuera de matrimonio, inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, o graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico. En estos casos la pena no supera los tres meses, aunque el Código no aclara si para la mujer, para quien realiza el aborto, o ambos.³⁹

³⁶ *Ibíd.*, Artículos 114 y 120. “Artículo 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 cincuentidós a ciento cuatro jornadas”.

³⁷ *Ibíd.*, Artículos 115-117, 36 inciso 4 y 36 inciso 8, “Artículo 115.- Aborto consentido. El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de dos ni mayor de cinco años. Artículo 116.- Aborto sin consentimiento. El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de diez años.

Artículo 117.- Agravación de la pena por la calidad del sujeto. El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto, será reprimido con la pena de los artículos 115^o y 116^o e inhabilitación conforme al artículo 36^o, incisos 4 y 8.”

“Artículo 36.- Inhabilitación-Efectos. La inhabilitación producirá, según disponga la sentencia: 4. Incapacidad para ejercer por cuenta propia o por intermedio de tercero profesión, comercio, arte o industria, que deben especificarse en la sentencia; [o] 8. Privación de grados militares o policiales, títulos honoríficos u otras distinciones que correspondan al cargo, profesión u oficio del que se hubiese servido el agente para cometer el delito”.

³⁸ *Ibíd.*, Artículos 114-118.

³⁹ *Ibíd.*, Artículo 120: “Artículo 120.- 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.”

A pesar de que el Artículo 119 claramente establece que las intervenciones para proteger la vida y salud de la mujer estarán exentas de pena, la ley y las normas y protocolos oficiales no aclaran las circunstancias que otorgan derecho al aborto terapéutico.

Una de las principales interrogantes es hasta dónde el Código Penal peruano contempla el daño a la salud mental como causal para un aborto no punible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.⁴⁰ Pero en aquellos casos excepcionales en que se ha realizado algún tipo de aborto legal, la causal médica ha sido únicamente el peligro para la salud física de la mujer. El Dr. Luis Távara explica que el Código Penal “no especifica qué quiere decir el término ‘salud’, sino que se limita a ponderar la inminencia de la muerte o de problemas de salud física [potencialmente fatales], sin considerar las repercusiones para la salud mental”.⁴¹ Según el Dr. Edgardo Wilfredo Vásquez, del Hospital San Bartolomé, “no hay consenso en torno a los aspectos emocionales [exención legal por motivos de salud mental]... Una mujer que da a luz a una criatura anencefálica sufre daño emocional... Lo que hacemos es actuar dentro del margen de discreción médica”.⁴²

El Artículo 30 de la Ley General de Salud (Ley 26842) es muy claro en obligar a los prestadores de servicios de salud a denunciar a las mujeres sospechosas de haberse hecho un aborto ilegal. Dicho artículo establece: “El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente”. Dicha obligación fuerza a los médicos a violar el derecho fundamental de la mujer a la salud y la privacidad.⁴³

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud (OMS). Preámbulo de la Constitución de la OMS adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Registros Oficiales de la Organización Mundial de la Salud, Nº 2, p. 100) y promulgada el 7 de abril de 1948, www.who.int/suggestions/faq/es/index.html (visitado el 10 de noviembre de 2007).

⁴¹ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Luis Távara, Lima, 16 de junio de 2007.

⁴² Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Edgardo Wilfredo Vásquez Pérez, Lima, 8 de junio de 2007.

⁴³ También parece incompatible con la confidencialidad de la relación médico-paciente dispuesta en el Artículo 199: “1. El que revelare secretos ajenos, de los que tenga conocimiento por razón de su oficio o sus relaciones laborales, será castigado con la

Durante un taller nacional realizado en Lima en marzo de 2007, el Colegio Médico del Perú emitió una declaración que llama a derogar cuanto antes el Artículo 30.⁴⁴

Ausencia de protocolos de aborto terapéutico

El Estado hace poco o nada por garantizar que los prestadores de servicios de salud otorguen acceso al aborto legal. Uno de los mayores impedimentos para el cumplimiento de la norma vigente es la falta de un protocolo nacional de aborto terapéutico y de reglas que aclaren el sentido de la ley, todo ello a pesar de la obligación del Perú de garantizar dicha claridad conforme al derecho internacional de los derechos humanos.⁴⁵

En el fallo K.L. vs. Perú, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ordenó al país “adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro”. Aunque las ONG y las sociedades médicas han pedido al Ministerio de Salud elaborar un protocolo nacional de aborto terapéutico como una de las formas más eficaces de evitar tales violaciones y de normar y uniformar las atenciones médicas, los avances han sido escasos. A continuación se describe la evolución del debate sobre protocolos de aborto terapéutico a nivel de instituciones nacionales, regionales y locales.

Protocolos a nivel nacional

En enero de 2006 el Ministerio de Salud del Perú (MINSA), bajo la orientación de la entonces Ministra de Salud, Dra. Pilar Mazetti, dio inicio a la discusión de un

pena de prisión de uno a tres años y multa de seis a doce meses. 2. El profesional que, con incumplimiento de su obligación de sigilo o reserva, divulgue los secretos de otra persona, será castigado con la pena de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación especial para dicha profesión por tiempo de dos a seis años.”

⁴⁴ Colegio Médico de Perú, Consejo Nacional, I Taller Nacional sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, Lima, 21 y 22 de marzo de 2007, impreso en mayo de 2007.

⁴⁵ Kebriyai, “CDH. Dictamen en el caso K.L. vs. Perú”, pp. 151-2. A modo de precedente internacional similar, en *Tysiac v Polonia* el Tribunal Europeo de Derechos Humanos señaló que los Estados tienen la obligación de asegurar la claridad de las normas jurídicas en cuanto al aborto legal y la situación legal de la embarazada y que deben disponer un procedimiento eficaz y oportuno para determinar si las condiciones para la obtención de un aborto legal se cumplen en el caso individual, de modo tal que la embarazada quede a salvo de una incertidumbre prolongada y de toda perturbación y angustia innecesarias. *Tysiac v Polonia*, Dictamen del 20 de marzo de 2007, párrafos 116-124. Polonia tiene normas similares que restringen el aborto pero permiten el aborto terapéutico. En este caso, la embarazada no logró obtener un aborto a pesar de cumplir con los requisitos, sufriendo posteriormente graves daños a la vista derivados de su embarazo. El hecho de que el Estado polaco no contase con un mecanismo eficaz que garantizara a la embarazada un aborto terapéutico se estimó una violación del derecho a la integridad física y la vida privada consagrado en la Convención Europea sobre Derechos Humanos.

protocolo nacional de aborto terapéutico. Ese año organizaciones de la sociedad civil, funcionarios de derechos humanos, congresistas conservadores, sociedades médicas, altos funcionarios de varios ministerios, grupos de trabajo intersectoriales, redes de derechos reproductivos y periodistas se batieron en público y en privado en torno al tema del aborto terapéutico y la necesidad de contar con un protocolo.

En mayo de 2006 un grupo de organizaciones de la sociedad civil dirigió sendas cartas a la Defensoría del Pueblo, a congresistas de varios partidos, al MINSA y al entonces Presidente del Perú, Alejandro Toledo, expresando su profunda preocupación por la no implementación de las recomendaciones sobre el aborto terapéutico contenidas en el fallo del caso K.L. vs. Perú. En respuesta, la Defensora Adjunta para los Derechos de la Mujer se dirigió por escrito al Viceministro de Salud, haciendo ver la falta de implementación y los compromisos que el Estado peruano había adquirido respecto a este tipo de servicios. El Viceministro de Salud, José Gilmer Calderón Ybérico, encargó al equipo de estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva del Ministerio la elaboración de un protocolo para difusión a nivel nacional. Tras cumplir con la instrucción, el grupo de trabajo convocó una reunión de expertos externos donde se revisó el protocolo, el que luego fue presentado al Viceministro de Salud, todo ello en cuestión de meses.

En 2007, tras repetidas consultas respecto a la situación del protocolo, y teniendo como trasfondo el clamor de las organizaciones de la sociedad civil, el 1 de junio el Ministro de Salud informó a los congresistas involucrados que el “proyecto de guía técnica” había sido canalizado a la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM) para ser analizado por una comisión multisectorial.⁴⁶ En respuesta a persistentes y urgentes peticiones de participación pública, ese mes el Dr. Daniel Robles, congresista del partido gobernante, convocó a un debate público en el Congreso sobre el aborto terapéutico, el que sin embargo canceló dos días antes de la fecha programada. A un año del hecho no hay señales de que el debate se vaya a realizar, pese a la labor constante de la sociedad civil y la importancia de elaborar un protocolo con su aporte.

⁴⁶ La PCM es un equipo de comités y asesores ministeriales y de la Presidencia encabezado por el Presidente del Consejo de Ministros y que coordina y hace el seguimiento de políticas y programas multisectoriales para el Poder Ejecutivo. A pesar de no tratarse de un procedimiento administrativo habitual, la PCM puede solicitar la documentación oficial que requiera para fines investigativos, pero no está obligada a dar a conocer los resultados de la investigación.

Human Rights Watch ha tomado conocimiento de que en diciembre de 2007 la PCM devolvió el protocolo nacional al MINSA con la observación de que era inconstitucional. Más aún, la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Justicia recomendó no convocar a una comisión multisectorial, argumentando que los contenidos del protocolo “contravienen el marco normativo constitucional y jurídico al afectar el derecho fundamental a la vida del concebido [el feto]”.⁴⁷

Hasta la fecha el protocolo nacional de aborto terapéutico duerme el sueño de los justos en el MINSA.⁴⁸

Ante la ausencia de pautas nacionales, algunos hospitales y al menos un Gobierno Regional decidieron elaborar sus propias guías técnicas, en un proceso que sin embargo ha estado sometido a fuertes presiones y reveses.

Protocolos a nivel hospitalario

Como parte del proceso de análisis viceministerial del proyecto de protocolo nacional, se pidió al Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), el hospital materno-infantil más antiguo de Lima, que estudiara la propuesta y entregara su opinión. Tras meses de incertidumbre a la espera de la publicación del protocolo nacional, el INMP decidió tomar cartas en el asunto. En febrero de 2007 su Director, el Dr. Enrique Guevara, emitió un instructivo para “el manejo integral de la interrupción terapéutica del embarazo menor de 22 semanas”.⁴⁹ El INMP, también conocido como la Maternidad de Lima, envió un ejemplar de archivo al Ministerio de Salud. El 19 de abril de 2007 el Viceministro dejó el instructivo sin efecto por no haber seguido los conductos regulares.⁵⁰ Poco después el Ministerio de Salud removió al Dr. Guevara de su cargo “por haberse excedido en su autoridad”.⁵¹ El Dr. Esteban

⁴⁷ “Conformación de Comisión Multisectorial para evaluar el Proyecto de Guía Técnica por el Ministerio de Salud”, oficio de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Justicia, Ref. H.E. No. 258-2007-JUS/VM, 27 de junio de 2007 (timbrado como “Recibido” el 11 de diciembre de 2007); entrevistas telefónicas de Human Rights Watch con la Dra. Milagros Núñez, PCM, Lima, 17 y 18 de marzo de 2008.

⁴⁸ PROMSEX, *Un derecho negado, una responsabilidad eludida: Comportamiento del Estado Peruano frente al aborto terapéutico*, Lima: PROMSEX, agosto de 2007, pp. 33-34, www.promsex.org/files.php?action=viewfile&fid=48&fcat_id=2 (visitado el 30 de junio de 2008).

⁴⁹ Instituto Nacional Materno Perinatal, Resolución Directoral No. 031-DG-INMP-07, Lima, 7 de febrero de 2007.

⁵⁰ Ministerio de Salud, República del Perú, Resolución Viceministerial No. 336, Lima, 19 de abril de 2007.

⁵¹ Entrevista de Human Rights Watch con el Dr. Esteban Chiotti, Ministerio de Salud, Lima, 5 de julio de 2007.

Chiotti, a la sazón jefe de la Dirección General de Salud de las Personas del MINSA, dijo a Human Rights Watch que el instructivo “tenía deficiencias... y no se ajustaba a las normas establecidas... Un instructivo [hospitalario] no puede regular un acto médico”.⁵²

Existen otros tres hospitales que mantienen protocolos propios: el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé de Lima (desde 2005),⁵³ el Hospital Belén de Trujillo (desde 2006),⁵⁴ y el Hospital Nacional Hipólito Unanue (desde 2007) de Lima.⁵⁵

Estos protocolos hospitalarios, todos elaborados con base en evidencia objetiva y enmarcados dentro de las normas jurídicas vigentes, respondían a una necesidad inmediata y fueron redactados con la asesoría de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y, en un caso, con la asistencia técnica del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).⁵⁶ Lamentablemente, en lugar de apoyar su implementación o de utilizarlos como base para un protocolo nacional, el Ministerio de Salud ha preferido guardar silencio al respecto.

Protocolos a nivel regional

A nivel regional, sólo la Gerencia de Salud de Arequipa ha tomado medidas para regular el aborto terapéutico, precisando 24 procesos patológicos que justifican la interrupción legal del embarazo. Tras publicar un protocolo en diciembre de 2007, en febrero de 2008 el Gobierno Regional anunció que éste entraba en vigor con efecto inmediato en todos los hospitales públicos y privados de la región. La

⁵² *Ibíd.*

⁵³ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, “Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo”, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Lima, mayo de 2005.

⁵⁴ Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo, “Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo”, PROMSEX, Lima, febrero de 2006.

⁵⁵ Hospital Nacional Hipólito Unanue, Departamento de Ginecología y Obstetricia, “Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo”, Lima, diciembre de 2007.

⁵⁶ También colaboraron otras ONG de salud reproductiva tales como el Consejo de Población, Ibis Reproductive Health y PROMSEX, brindando asistencia técnica y realizando talleres con médicos para la elaboración de estas normas. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG), Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos, “Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico”, Lima, 13 de agosto de 2005.

contraofensiva fue inmediata y recibió amplia cobertura de prensa. Bajo la presión directa del Arzobispo de Arequipa,⁵⁷ máxima autoridad de la iglesia católica en la zona, el Presidente del Gobierno Regional detuvo la aplicación del protocolo, argumentando que los funcionarios regionales no se habían ceñido al proceso establecido ni solicitado la aprobación del Ministerio de Salud o de la Organización Panamericana de la Salud.⁵⁸

La Dra. Mercedes Neves, salubrista con 16 años de trayectoria en el sector salud de Arequipa, señaló que esta inusitada medida era claramente “una maniobra política del Gobierno Regional” producto de “una fuerte campaña del Arzobispo” que “atenta contra la competencia profesional ... [y] la descentralización”.⁵⁹ Aunque a la fecha la Gerencia de Salud de Arequipa sigue esperando, el Ministerio aún no se pronuncia públicamente sobre el protocolo regional. Según la Dra. Neves, para la jerarquía de la iglesia católica “la suspensión del protocolo es un triunfo... y para nosotros un fuerte revés”.⁶⁰

El Colegio de Abogados de Arequipa emitió un pronunciamiento que aclara las excepciones al aborto punible y señala que el protocolo es válido en su forma actual.⁶¹ Según Hugo Salas, decano del Colegio, “la campaña religiosa [del Arzobispo de Arequipa] confunde aborto terapéutico con aborto generalizado... [lo cual] va en contra del Código Penal”.⁶² Salas agrega que es la primera vez que la iglesia interviene en temas médicos y que los detractores del protocolo “confunden la fe con los asuntos médicos y jurídicos... El Presidente del Gobierno Regional nos ha asestado un fuerte golpe con tal de evitar una confrontación con la iglesia ... [En respuesta] estamos preparando una demanda para que el protocolo siga vigente” y así defender y proteger la salud y la vida de las mujeres de la región.⁶³

⁵⁷ Enrique Chávez, “Ira santa en la Ciudad Blanca”, *Caretas*, 21 de febrero de 2008, pp. 48-51.

⁵⁸ Entrevista telefónica de Human Rights Watch con la Dra. Mercedes Neves, Arequipa, Perú, 17 de marzo de 2008.

⁵⁹ *Ibíd.*

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ Pronunciamiento del Ilustre Colegio de Abogados de Arequipa, Arequipa, marzo de 2008. Comunicación electrónica de Hugo Salas con Human Rights Watch, 7 de abril de 2008.

⁶² Entrevista telefónica con Hugo Salas, decano del Colegio de Abogados de Arequipa, 19 de marzo de 2008.

⁶³ *Ibíd.*

Procedimientos de aprobación e interconsulta caso por caso; falta de rendición de cuentas

En el sistema de salud pública no existe claridad administrativa ni jurídica en torno a cómo se aprueba un aborto terapéutico. Pero más allá del grado de ambigüedad, los principios éticos de la medicina dictan que los profesionales de la salud deben actuar conforme al máximo beneficio para la salud y vida del paciente, y siempre con su consentimiento informado.

Un ginecólogo obstetra de la Maternidad de Lima describe así la arbitrariedad de las decisiones que se toman en cada caso: “depende del turno, de lo que cada doctor decida”.⁶⁴ El ginecólogo Miguel Gutiérrez, ex presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, agrega: “Estamos recién aprendiendo a afinar el procedimiento [de aborto terapéutico]... No podemos hablar todavía de un sistema rutinario”. El director de un hospital público donde se hacen aproximadamente 120.000 procedimientos obstétricos al año reconoce que “son muy pocos los casos [de aborto terapéutico]... Y están sujetos a la lógica de cada prestador”.⁶⁵ Daniel Robles López, médico de profesión y congresista por la provincia de La Libertad, dice: “Hay muchos casos [médicos] que justifican un aborto terapéutico ... ¿Por qué tenemos que hacer sufrir a la madre cuando el feto no va a vivir?... Pero tiene que haber alguna forma de regulación en torno a esto”.⁶⁶

A nivel hospitalario, la última palabra la tiene la comisión médica que conoce cada caso. Sin embargo, estas comisiones funcionan sin pautas ni plazos concretos y, según informan las personas entrevistadas, autorizan relativamente pocos abortos.⁶⁷ Human Rights Watch no logró obtener antecedentes escritos sobre cómo se conforman dichas comisiones o los procedimientos que aplican. Al parecer se organizan de forma espontánea, con los médicos de turno al momento del procedimiento. Según el Dr. Edgardo Wilfredo Vásquez, Director del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, la comisión normalmente avala la

⁶⁴ Entrevista con el Dr. Enrique Guevara, consulta particular, Lima, 9 de julio de 2007.

⁶⁵ Entrevista con el Dr. Miguel Gutiérrez, La Paz Apart Hotel, Lima, 8 de junio de 2007.

⁶⁶ Entrevista con el Dr. Daniel Robles López, Oficina del Congreso, Lima, 5 de julio de 2007.

⁶⁷ Entrevistas con diversos médicos y directivos de hospitales, Lima, junio y julio de 2007.

decisión del médico tratante, cumpliendo el rol de darle un resguardo legal.⁶⁸ Se nos informó además que, dado que puede requerir de múltiples reuniones, sólo en circunstancias excepcionales se convoca a un comité para tratar casos difíciles.⁶⁹

Existen también problemas con las interconsultas solicitadas por médicos de otras especialidades. Por ejemplo, varios oncólogos señalaron que, pudiendo ser importante que una paciente de cáncer interrumpa su embarazo, las interconsultas por aborto terapéutico se retrasan o simplemente no se hacen. Un oncólogo expresó que “en general no hablamos de embarazo [con nuestras pacientes, pero]... no es recomendable que una paciente con cáncer de mama se embarace [debido a fluctuaciones hormonales]... En el caso de mujeres con un cáncer cervicouterino agresivo, es común que el tratamiento radiológico obligue a interrumpir el embarazo”.⁷⁰ Un ginecólogo oncólogo del Instituto Nacional de Neoplasias agregó que si una embarazada necesita tratamiento radiológico o quimioterapia, los médicos tratantes primero determinan la viabilidad fetal. Si el feto está cerca del momento de viabilidad, se suspende el tratamiento a la espera de un parto por cesárea. El Dr. Oscar Barriga recuerda muy pocos casos en que se ha enviado a pacientes a interconsulta para la realización de un aborto terapéutico, explicando que sus colegas de otros hospitales “dilataban la situación y no realizaban el procedimiento a tiempo, de modo que el feto seguía creciendo”, lo que causaba nuevos problemas de salud a la paciente y retrasaba aún más el inicio del tratamiento.⁷¹

Debido en parte a la ausencia de un procedimiento uniforme de autorización, no existe prácticamente ninguna fiscalización de los prestadores de servicios que de forma injustificada deniegan un aborto terapéutico. De hecho, no fue posible conseguir antecedentes sobre medidas disciplinarias adoptadas en contra de prestadores que se niegan a realizar abortos terapéuticos.

⁶⁸ Entrevista con el Dr. Edgardo Wilfredo Vásquez Pérez, 8 de junio de 2007.

⁶⁹ Entrevista con el Dr. Julio Aguilar, Hospital Daniel A. Carrión, Callao, Lima, 14 de junio de 2007.

⁷⁰ Entrevista con el Dr. Félix Bautista, Director del Departamento de Promoción de la Salud, Instituto Nacional de Neoplasias, Lima, 21 de junio de 2007.

⁷¹ Entrevista con el Dr. Oscar Barriga, Instituto Nacional de Neoplasias, Lima, 21 de junio de 2007.

Temor a procesamientos o demandas por negligencia médica

Uno de los principales obstáculos a la realización de abortos terapéuticos en hospitales públicos es el temor a enfrentar cargos penales o demandas por negligencia médica. La falta de políticas y pautas explícitas deja al profesional de salud en la incertidumbre e indefensión, lo que le hace menos predispuesto a aplicar las exenciones médicas que prevé el Código Penal. El efecto intimidatorio que el tema legal tiene sobre los médicos que deben decidir caso por caso hace todavía más importante que “las disposiciones que regulan la disponibilidad del aborto legal se redacten de forma tal de atenuar dicho efecto”.⁷² Aunque en el Perú las demandas por negligencia médica rara vez prosperan, un director de hospital estima que el número va en alza.⁷³ Los hospitales públicos no tienen seguro de negligencia médica, por lo que cada profesional debe pagarlo de su bolsillo y hacerse cargo de los gastos en caso de demanda.⁷⁴

Según antecedentes proporcionados por la Corte Superior de Lima, en el período 2000 y 2007 hubo 108 procesamientos en contra de 125 hombres y 111 mujeres: 27 por autoaborto inducido, 20 por aborto sin consentimiento y 10 por “aborto eugenésico”.⁷⁵ No hay datos que aclaren el número de expediente, el año exacto, los cargos presentados, las edades, las circunstancias o el resultado de estos casos.⁷⁶ Sin estos antecedentes es imposible determinar cuántos de los procesados eran prestadores de servicios de salud, a cuántos se les formalizaron cargos o cuántos fueron condenados a penas privativas de libertad o a realizar servicio comunitario.

El Ministerio de Justicia no cuenta con datos oficiales en cuanto al número de médicos y mujeres condenadas a servicio comunitario o penas de cárcel por realizar o someterse a un aborto. A modo de anécdota, según funcionarios de salud y representantes de la sociedad civil que entrevistamos, se conocen pocos casos de

⁷² Tysiac v Polonia, pár. 116.

⁷³ Entrevista con el Dr. Edgardo Wilfredo Vásquez Pérez, 8 de junio de 2007.

⁷⁴ *Ibíd.*

⁷⁵ Una petición del Estudio para la Defensa y los Derechos de la Mujer (DEMUS) bajo la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública permitió a Human Rights Watch obtener un cuadro consolidado de hombres y mujeres procesados por “el delito de aborto” en el período 2000 a 2007 en 43 distritos de la Gran Lima.

⁷⁶ Corte Superior de Lima, Consolidado de Hombres y Mujeres Procesados por Delito de Aborto en el Período 2000 a 2007. Comunicación electrónica de Jeannette Llaja del DEMUS a Human Rights Watch, 4 de octubre de 2007.

procesamiento de prestadores de atención médica, en tanto los procesamientos de mujeres parecen ser escasos. A pesar de ello, el personal médico señala que el temor a ser procesados ejerce un fuerte efecto disuasivo a la hora de considerar un aborto legal.⁷⁷

Costo del procedimiento y falta de cobertura previsional

No existen datos oficiales sobre el costo de los procedimientos de aborto terapéutico para la institución o la paciente. Pero al menos en teoría, el aborto terapéutico, al igual que cualquier otra intervención médica necesaria e impostergable para salvar la vida o proteger la salud contra un daño duradero y permanente, debe ponerse a disposición al margen de la capacidad económica.⁷⁸ Cuando son las mujeres quienes deben pagar el costo, el tema puede crear trabas al acceso.

En el Perú los servicios médicos se pagan de cuatro maneras: a través de “EsSalud”, el Seguro Social de Salud para personas que trabajan; por medio de planes previsionales privados; a través de los planes previsionales de las FF.AA., o por medio de servicios de salud pública subsidiados que gestiona y financia en gran parte el MINSA.⁷⁹

Ante la ausencia de un protocolo nacional, no hay cobertura explícita del aborto terapéutico en los sistemas previsionales dependientes del Estado ni en los planes privados que apenas una ínfima parte de la población puede costear.⁸⁰

Las mujeres que solicitan abortos terapéuticos en el sistema de salud pública deben además costear de su bolsillo algunos aspectos del servicio. Las entrevistas realizadas en Lima con mujeres, profesionales médicos e investigadores confirman informes en el sentido de que los propios pacientes deben pagar los traslados de

⁷⁷ Susana Chiarotti, “Las estrategias jurídico legales para la defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos”, inédito, 1999, p. 8.

⁷⁸ Entrevista de Human Rights Watch con Raquel Cuentas, funcionaria de gobierno en el sector salud, Lima, 15 de junio de 2007.

⁷⁹ Stephanie Rousseau, “The Politics of Reproductive Health in Peru: Gender and Social Policy in the Global South”, *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, Vol. 14, Nº 1, Spring 2007, p. 99-100; entrevista con Raquel Cuentas, 15 de junio de 2007.

⁸⁰ Rousseau, “The Politics of Reproductive Health in Peru” p. 99.

urgencia hasta el hospital y los medicamentos e insumos que se necesitan antes, durante y después de una intervención. Los entrevistados señalaron además que a los pacientes se les obliga a reembolsar gastos varios, sabiéndose de casos en que se niega el alta al paciente que no pague.⁸¹ (A pesar de no ser el tema del informe, preocupan a Human Rights Watch estas graves imputaciones, que podrían constituir una violación al derecho humano a no ser encarcelado por deuda.⁸²)

Las mujeres de mayores recursos están en condiciones de pagar un aborto terapéutico realizado por un médico particular. En efecto, son muchos los médicos que, por motivos económicos, trabajan en ambos sectores: el sector público les da estabilidad, una jubilación y la satisfacción de estar cumpliendo con un deber social, en tanto que el sector privado les brinda un ingreso superior al promedio. Los abortos que se realizan en clínicas privadas de Lima cuestan de 300 soles (US\$107) hacia arriba, lo que los pone fuera del alcance de la mayoría de las mujeres de bajos ingresos.

Falta de conocimiento sobre el aborto no punible entre mujeres y profesionales de la salud

Pese a que el nivel de conocimiento público sobre el aborto no punible es muy bajo, el Estado no hace prácticamente nada por difundir información al respecto.⁸³ Muchas mujeres, niñas y prestadores de servicios de salud desconocen que, bajo ciertas circunstancias, el aborto es legal. Al haber tan poca información, las mujeres que podrían tener derecho a un aborto legal no saben a quién recurrir y lo más probable es que la prohibición general las haga temer ir a la cárcel.

⁸¹ Entrevistas con diversas personas, Lima, junio y julio de 2007.

⁸² Para mayor información y análisis sobre la detención de pacientes indigentes en recintos hospitalarios, véase Human Rights Watch, *A High Price to Pay: Detention of Poor Patients in Burundian Hospitals*, Vol. 18, Nº 8(A), septiembre de 2006. Extracto: “El derecho internacional de los derechos humanos prescribe el derecho a la libertad y seguridad de la persona. Las detenciones arbitrarias de cualquier tipo constituyen una violación del Artículo 9 del... PIDCP... La detención por no pago viola específicamente el Artículo 11 del PIDCP, el cual señala: “Nadie será encarcelado por el solo hecho de no poder cumplir una obligación contractual”.... El Artículo 12 del... PIDESC... obliga a los Estados a tomar medidas para hacer efectivo el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. La detención de pacientes por no pago de cuentas tiene graves implicancias para la atención de salud ... debido a que estas detenciones llevan a los indigentes a evitar los hospitales, exponen al paciente a ver su tratamiento limitado o interrumpido si el hospital se da cuenta de que no puede pagar y recluyen a personas convalecientes en condiciones que pueden exacerbar sus problemas de salud” (http://hrw.org/reports/2006/burundi0906/3.htm#_Toc144258844).

⁸³ Entrevistas con varios actores clave, Lima, junio y julio de 2007; y PROMSEX, “Edición Especial: Aborto Legal en el Perú”, *Sumando Voces*, 2007, p. 4.

La abogada Luz Monge Talavera, ex Defensora Adjunta para los Derechos de la Mujer, lamenta que la mayoría de las mujeres desconozca sus derechos y que el Estado haga tan poco por difundir esta información: “Piensan que si el Estado no entrega servicios, es normal. No tienen razón para reclamar, porque no lo esperan”.⁸⁴

Los médicos y otros profesionales de la salud tampoco parecen estar al tanto de las excepciones al aborto punible, o bien se sienten faltos de protección contra la ambigüedad jurídica y las posibles consecuencias negativas al interior del sistema de salud pública.⁸⁵ Numerosas personas entrevistadas durante el transcurso de esta investigación concordaron con esta forma de pensar.⁸⁶

⁸⁴ Entrevista con Luz Monge Talavera, Defensora Adjunta para los Derechos de la Mujer, Lima, 2 de julio de 2007.

⁸⁵ Entrevistas con actores clave, Lima, junio y julio de 2007.

⁸⁶ *Ibíd.*

VI. Normas del derecho internacional y respuesta de especialistas y autoridades internacionales en derechos humanos

Si bien este informe guarda relación expresa con el tema del aborto terapéutico, las interpretaciones más autorizadas del derecho internacional de los derechos humanos corroboran el derecho de toda mujer a decidir de forma autónoma en materia de sexualidad y reproducción, incluso sobre aborto. La legislación internacional de los derechos humanos es además concordante con el derecho de la mujer a decidir si desea tener hijos y cuándo, como también a interrumpir un embarazo, y apoya claramente la prestación de servicios de salud oportunos y accesibles dentro del marco de pautas objetivas y en condiciones seguras y sanitarias. La penalización del aborto, en cambio, constituye una clara contravención, entre otros, del derecho de la mujer a la privacidad y no discriminación.

El carácter altamente restrictivo de la norma jurídica que regula el aborto en el Perú, así como el desfavorable historial del país en materia de accesibilidad, han motivado fuertes críticas por parte de las autoridades e instancias nacionales e internacionales de derechos humanos. Algunas de las más fuertes han provenido del Comité de Derechos Humanos (CDH), que vela por el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de la CEDAW), y del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.

En octubre de 2005, el CDH falló a favor de K.L. con base en el Protocolo Facultativo del PIDCP. El Comité estimó que, al negar un aborto terapéutico a una adolescente embarazada, el Estado peruano había incumplido sus obligaciones internacionales y transgredido su propio ordenamiento jurídico interno, ordenándole “proporcionar a la autora un recurso efectivo que incluya una indemnización” y “adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro”.⁸⁷ El dictamen fue el primero del CDH en materia de aborto para un recurso presentado de manera

⁸⁷ CDH, K.L. vs. Perú, Comunicación Nº 1153/2003, Doc. NU CCPR/C/85/D/1153/2003(2005), párs. 8-9, www.cladem.org/espanol/regionales/litigio_internacional/CAS5-Dictamen%20KL.asp (visitado el 30 de junio de 2008).

individual.⁸⁸ El Comité falló que se habían violado los siguientes derechos consagrados en el PIDCP: respetar y a garantizar a todas las personas los derechos reconocidos en el Pacto (Artículo 2); no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (Artículo 7); vida privada (Artículo 17), y medidas especiales de protección a menores (Artículo 24).⁸⁹

El Comité de la CEDAW, al evaluar el cumplimiento de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, hizo notar que en el Perú “el aborto ilegal sigue siendo una de las principales causas de la elevada tasa de mortalidad materna y que la interpretación restringida que hace el Estado Parte del aborto terapéutico... puede inducir a las mujeres a hacer que se practiquen abortos ilegales en condiciones de riesgo”. El Comité instó “al Estado Parte a que examine su interpretación restringida del aborto terapéutico, que es legal,... 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”.⁹⁰

En los últimos años el Relator Especial ha hecho múltiples visitas y llamados al gobierno del Perú en torno al tema del aborto terapéutico. En un llamado urgente realizado en julio de 2006, el relator reprendió al Perú por no cumplir lo dispuesto en el dictamen del CDH en el caso K.L. vs. Perú, señalando su preocupación por la “sostenida incertidumbre en torno a las circunstancias precisas en las cuales la mujer tiene derecho legal a un aborto terapéutico... exponiendo su salud física y mental a riesgos potencialmente serios en caso de llevar el embarazo a término”.⁹¹ El Relator Especial señaló además que la incertidumbre jurídica y procedimental “contribuía a aumentar los abortos inseguros y clandestinos y, en consecuencia, la probabilidad de mortalidad materna” en un país con tasas relativamente elevadas

⁸⁸ *Ibíd.*; y Pardiss Kebriaei, “CDH. Fallo en caso K.L. vs. Perú”, pp. 151-152.

⁸⁹ CDH, K.L. vs. Perú, pár. 6.6.

⁹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Observaciones Finales: Perú, UN Doc CEDAW/C/PER/CO/6 (2007), párrafos 24-25, [www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/5f6573031a42e0c7c12572a4003f9a64/\\$FILE/No724413.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/5f6573031a42e0c7c12572a4003f9a64/$FILE/No724413.pdf) (visitado el 30 de junio de 2008).

⁹¹ Consejo de Derechos Humanos de la ONU, Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Paul Hunt, A/HRC/4/28/Add.1, 23 de febrero de 2007, párrafos 36-37, <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/Go7/110/11/PDF/Go711011.pdf?OpenElement> (visitado el 30 de junio de 2008).

en tal sentido. En febrero de 2007, el Relator Especial lamentó además no haber recibido respuesta del Estado peruano a la fecha.⁹²

Las normas internacionales respecto del nexo entre acceso al aborto y ejercicio de los derechos humanos de la mujer han evolucionado notablemente en los últimos quince años. Dicha evolución se ha manifestado en las más de 130 observaciones finales realizadas por las instancias de Naciones Unidas creadas en virtud de tratados, en las cuales especialistas en legislación internacional de los derechos humanos han expresado su visión sobre las restricciones al aborto en más de 90 países.⁹³ Dicha jurisprudencia afianza la lectura que dice que las normas y prácticas restrictivas y punitivas en cuanto al aborto comprometen derechos humanos claramente consagrados.

También se han producido notables avances en los sistemas regionales de derechos humanos en cuanto al derecho de la mujer a decidir en materia de aborto.⁹⁴ Así por ejemplo, el sistema regional africano contiene un protocolo vinculante que estipula la obligación de los Estados de tomar medidas para “proteger los derechos reproductivos de las mujeres, autorizando el aborto médico en casos de agresión sexual, violación o incesto o cuando la continuación del embarazo constituye un peligro para la salud física y mental de la madre o para su vida o la del feto”.⁹⁵ El

⁹² *Ibíd.*

⁹³ Janet Walsh y Marianne Möllmann, “Derechos humanos y acceso al aborto”, *Revista Iberoamericana de Derechos Humanos*, N° 3 (en preparación); y Centro de Derechos Reproductivos, *Bringing Rights to Bear: Abortion and Human Rights* (Nueva York: Centro de Derechos Reproductivos) (en preparación), pp. 1-28 del manuscrito original.

⁹⁴ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Solución amistosa, Paulina del Carmen Ramírez Jacinto, México”, Informe N° 21-07, Petición 161-02, 9 de marzo de 2007, www.cidh.org/annualrep/2007sp/Mexico161.02sp.htm (visitado el 10 de junio de 2008). En un caso presentado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos a nombre de “Paulina”, una niña violada a los 13 años a quien las autoridades de justicia y salud del estado de Baja California negaron un aborto legal, la CIDH aprobó la solución amistosa suscrita entre las partes el 8 de marzo de 2006 y se comprometió a vigilar su implementación. En dicha solución el Estado mexicano admitió su conducta indebida, convenía indemnizar a Paulina y su hijo y acordaba decretar pautas de acceso al aborto para mujeres violadas. Este fallo marca la primera vez que un Estado latinoamericano reconoce que negar el acceso a un aborto legal viola los derechos humanos. (Véase: “México admite responsabilidad por negar derechos a niña víctima de violación – Un hito que marca época: Acuerdo logrado ante Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el caso de una adolescente mexicana de 13 años víctima de violación a quien se negó el aborto”, Centro de Derechos Reproductivos, comunicado de prensa del 8 de marzo de 2006, www.reproductiverights.org/esp_pre_06_0308mexico.html (visitado el 30 de junio de 2008). Véase además: Grupo de Información sobre Reproducción Elegida (GIRE), *Temas para el Debate 6: Paulina, justicia por la vía internacional*, México D.F.: GIRE, 2008, www.gire.org.mx/publica2/paulinajusticia08.pdf (visitado el 30 de junio de 2008).

⁹⁵ Protocolo Facultativo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África, adoptado por la segunda sesión ordinaria de la Asamblea de la Unión, Maputo, 13 de septiembre de 2000, CAB/LEG/66.6, promulgado el 25 de noviembre de 2005, Artículo 14, www.achpr.org/english/_info/women_en.html (visitado el 30 de junio de 2008).

protocolo sobre los derechos de las mujeres en África “afirma la libertad y la autonomía reproductiva como un derecho humano fundamental y ... representa la primera vez que un instrumento internacional de derechos humanos articula de forma explícita el derecho de la mujer al aborto cuando el embarazo es producto de agresión sexual, violación o incesto; cuando la continuación del embarazo pone en peligro la salud o la vida de la mujer, y en casos de defectos fetales incompatibles con la vida”.⁹⁶ La importancia y potencial impacto de este protocolo rebasan las fronteras africanas y abarcan a América Latina.

El derecho a la vida

La vida, derecho fundamental en muchos tratados de derechos humanos,⁹⁷ pelagra cuando a niñas y mujeres se les niega el acceso a un aborto legal y seguro. En América Latina y el Caribe, donde se hacen más de cuatro millones de abortos al año, la tasa regional de mortalidad materna es de 190 por cada 100.000 nacidos vivos.⁹⁸ De estas muertes, se calcula que 5.000 corresponden a abortos clandestinos.⁹⁹ En el Perú, donde la tasa es una de las más elevadas de la región, el aborto clandestino causa cerca del 16% de la mortalidad materna.¹⁰⁰ La penalización del aborto no reduce su incidencia; de hecho, las mayores tasas de aborto se registran en los países que más lo restringen¹⁰¹ y donde las mujeres se ven obligadas a hacerse

⁹⁶ Centro de Derechos Reproductivos, “The Protocol on the Rights of Women in Africa: An Instrument in Advancing Sexual and Reproductive Rights”, Documento Técnico, febrero de 2006, p. 1, www.reproductiverights.org/pdf/pub_bp_africa.pdf (visitado el 17 de junio de 2008).

⁹⁷ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) a 52, Doc. NU A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171, promulgado el 23 de marzo de 1976 y ratificado por el Perú el 11 de agosto de 1977; y Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada el 20 de noviembre de 1989, Res. A.G. 44/25, anexo, 44 U.N. GAOR Supp. (No. 49) a 167, Doc. NU A/44/49 (1989), promulgada el 2 de septiembre de 1990 y ratificada por el Perú el 28 de abril de 1978.

⁹⁸ OMS, *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed by WHO, UNICEF, UNFPA* (Ginebra: OMS, 2004), www.who.int/reproductive-salud/publications/maternal_mortality_2000/mme.pdf (visitado el 13 de marzo de 2008).

⁹⁹ Yolanda Palma, Elsa Lince y Ricardo Raya, “Unsafe Abortion in Latin America and the Caribbean: Priorities for Research and Action”, en Ina K. Warriner e Iqbal H. Shah, eds., *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences: Priorities for Research and Action* (Nueva York: Guttmacher Institute, 2006), p. 188, www.guttmacher.org/pubs/2006/07/10/PreventingUnsafeAbortion.pdf (visitado el 30 de junio de 2008).

¹⁰⁰ Luis Távara et al., “Estado actual de la mortalidad materna en el Perú”, pp. 38-42.

¹⁰¹ Heather D. Boonstra et al., *Abortion in Women’s Lives* (Nueva York: Guttmacher Institute, 2006), p. 10, www.guttmacher.org/pubs/2006/05/04/AiWL.pdf (visitado el 30 de junio de 2008).

abortos clandestinos con personas sin capacitación ni regulación formal, generalmente en condiciones inseguras y que por ende presentan riesgo vital.¹⁰²

Los órganos de Naciones Unidas creados en virtud de tratados han además expresado su preocupación en el sentido de que las normas que restringen el aborto violan el derecho a la vida. El CDH, por ejemplo, ha hecho ver en diversas ocasiones el nexo entre normas restrictivas, aborto clandestino y amenazas a la vida de las mujeres.¹⁰³ En el año 2000, en una Observación General sobre igualdad de derechos entre hombres y mujeres, el CDH llamó a los Estados a informar sobre “las medidas que hubiesen adoptado para ayudar a la mujer a prevenir embarazos no deseados y para que no tengan que recurrir a abortos clandestinos que pongan en peligro su vida”.¹⁰⁴

El derecho a la salud

El derecho internacional también garantiza a las mujeres el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.¹⁰⁵ Los abortos clandestinos constituyen una grave amenaza a su salud: entre el 10 y el 50% de las mujeres que se realizan un aborto clandestino necesitan atención médica por complicaciones tales como aborto séptico, infecciones, perforación del útero, inflamación pelviana, hemorragia u otras lesiones internas que pueden producir la muerte o causar infertilidad o trastornos

¹⁰² Marge Berer, “Global Perspectives: National Laws and Unsafe Abortion: The Parameters of Change”, *Reproductive Health Matters*, Vol. 12, Nº 24 suplemento (2004), pp. 1-8, <http://www1.elsevier.com/homepage/sab/womenshealth/doc/journals/pdf/RHM12%2024S%20ed.pdf> (visitado el 30 de junio de 2008).

¹⁰³ Véanse, por ejemplo, las Observaciones Finales del CDH sobre Honduras, Doc. NU CC PR/C/HND/CO/1 (2006), párr. 8; Madagascar, Doc. NU CCPR/C/MDG/CO/3 (2007), párr. 14; Chile, Doc. NU CCPR/C/CHL/CO/5 (2007), párr. 8; Zambia, Doc. NU CCPR/C/ZMB/CO/3 (2007), párr. 18; Kenya, Doc. NU CCPR/C/83/KEN (2005), párr. 14; Islas Mauricio, Doc. NU CCPR/CO/83/MUS (2005), párr. 9; Bolivia, Doc. NU CCPR/C/79/Add.74 (1997), párr. 22; Camerún, Doc. NU CCPR/C/79/Add.116 (1999), párr. 13; Chile, Doc. NU CCPR/C/79/Add.104 (1999), párr. 15; Colombia, Doc. NU CCPR/CO/80/COL (2004), párr. 13; Costa Rica, Doc. NU CCPR/C/79/Add.107 (1999), párr. 11; Ecuador, Doc. NU CCPR/C/79/Add.92 (1998), párr. 11; Guatemala, Doc. NU CCPR/CO/72/GTM (2001), párr. 19; Mali, Doc. NU CCPR/CO/77/MLI (2003), párr. 14; Marruecos, Doc. NU CCPR/CO/82/MAR (2004), párr. 29; Perú, Doc. NU CCPR/CO/70/PER (2000), párr. 20; Polonia, Doc. NU CCPR/C/79/Add.110 (1999), párr. 11; Polonia, Doc. NU CCPR/CO/82/POL (2004), párr. 8; Senegal, Doc. NU CCPR/C/79/Add.82 (1997), párr. 12; Sri Lanka, Doc. NU CCPR/CO/79/LKA (2003), párr. 12; y Venezuela, Doc. NU CCPR/CO/71/VEN, (2001), párr. 19.

¹⁰⁴ Comité de Derechos Humanos, Observación General 28, Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (Artículo 3), Doc. NU CCPR/C/21/Rev/1/Add/10 (2000), párr. 10, www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/8e9c603f486cdf83802566f8003870e7/90bb0e2705c0fe8c802568b9004b2679?OpenDocument (visitado el 30 de junio de 2008).

¹⁰⁵ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), adoptado el 16 de diciembre de 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), 21 U.N. GAOR Supp. (No. 16) a 49, Doc. NU A/6316 (1966), 993 U.N.T.S. 3, promulgado el 3 de enero de 1976 y ratificado por el Perú el 28 de abril de 1978, art. 12.1.

permanentes. La denegación del acceso al aborto legal y seguro provoca también daños en la salud mental, en especial cuadros depresivos.

El derecho a la salud requiere de cuatro características relacionadas entre sí: cantidad suficiente de servicios; servicios e información al alcance físico y económico de todos; servicios aceptables desde el punto de vista cultural, de género y del ciclo vital; así como servicios científicamente apropiados y de calidad adecuada.¹⁰⁶ La profesora Rebecca J. Cook expresa que, además de ser una mala política de salud pública, “las normas jurídicas y políticas que sin causa justificada restringen el aborto seguro contravienen esta norma de cumplimiento... [P]oner en riesgo la atención médica podría constituir una violación de los derechos humanos”.¹⁰⁷

Los órganos de Naciones Unidas creados en virtud de tratados han hecho saber su opinión sobre el efecto que el aborto clandestino y las normas restrictivas tienen en la salud de las personas. Por ejemplo, expresando preocupación en torno a posibles violaciones del derecho a la salud, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas ha recomendado a los Estados legalizar el aborto en ciertas circunstancias, como cuando el embarazo es producto de violación o incesto y cuando exista peligro para la vida de la embarazada.¹⁰⁸

El derecho internacional tiene también normas específicas sobre el derecho a la salud en el caso de adolescentes. En una Observación General realizada el año 2003 sobre la salud y el desarrollo adolescente, el Comité de Derechos del Niño se refirió a los riesgos del embarazo precoz para la salud física y mental e instó a los Estados a proporcionar servicios adecuados, incluyendo servicios de aborto donde no estén

¹⁰⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, “Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales”, Observación General Nº 14, Derecho al más alto nivel posible de salud, E/C.12/2000/4 (2000), pár. 12, www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/8e9c603f486cdf83802566f8003870e7/c25222ddae3cbdbbc1256966002ef970?OpenDocument (visitado el 30 de junio de 2008).

¹⁰⁷ Rebecca J. Cook, “Abortion, Human Rights and the International Conference on Population and Development (ICPD)”, en Warriner y Shah, eds., *Preventing Unsafe Abortion and its Consequences*, p. 15, www.guttmacher.org/pubs/2006/07/10/PreventingUnsafeAbortion.pdf (visitado el 30 de junio de 2008).

¹⁰⁸ CDESC, Observaciones Finales sobre Nepal, Doc. NU E/C.12/1/Add.66 (2001), pár. 55; Malta, Doc. NU E/C.12/1/Add.101 (2004), pár. 41; Mónaco, Doc. NU E/C.12/MCO/CO/1 (2006), pár. 23; México Doc. NU E/C.12/CO/MEX/4 (2006), párs. 25 y 44; Chile, Doc. NU E/C.12/1/Add.105 (2004), pár. 25; y Kuwait, Doc. NU E/C.12/1/Add.98 (2004), pár. 43.

penados por la ley. El Comité exhortó además a los Estados a adoptar medidas para reducir la morbilidad materna en niñas adolescentes, en particular la causada por prácticas de aborto clandestino.¹⁰⁹ En el caso *K.L. vs. Perú*, el CDH dictaminó que el Perú había violado el derecho de todo menor a medidas especiales de protección (Artículo 24 del PIDCP) y que no brindó “el apoyo médico y psicológico necesario en las circunstancias específicas de su caso” considerando su carácter de “menor de edad”.¹¹⁰ Asimismo, el CDH estableció la necesidad de ofrecer acceso y servicios especiales que protejan los derechos y bienestar de las adolescentes, especialmente respecto de salud reproductiva. En recomendaciones anteriores el CDH ha llamado a los Estados a garantizar a las adolescentes con embarazos no deseados un acceso seguro, oportuno y asequible al aborto donde la ley lo permite.¹¹¹

El derecho a la no discriminación

La no discriminación es otro derecho fundamental consagrado por los principales tratados internacionales de derechos humanos. Negar el acceso a abortos terapéuticos que persiguen poner fin a embarazos de alto riesgo constituye la denegación discriminatoria de un tipo de atención médica que solamente necesitan las mujeres, hecho que las expone a riesgos que los hombres no enfrentan.

En su Recomendación General sobre mujer y salud, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer plantea que denegar un procedimiento médico que sólo necesitan las mujeres constituye una forma de discriminación, agregando que “el acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones”.¹¹² Más aún, en diversas Observaciones finales a los informes

¹⁰⁹ Comité de los Derechos del Niño, Observación General Nº 4, “La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño”, Doc. NU CRC/GC/2003/4 (2003), pár. 31, [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.4.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.Sp?OpenDocument) (visitado el 30 de junio de 2008).

¹¹⁰ CDH, *K.L. vs. Perú*, pár. 6.3.

¹¹¹ Kebriyaii, “Dictamen del CDH en *K.L. vs. Perú*”, pp. 151-152.

¹¹² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General 24, *La mujer y la salud* (Vigésima sesión, 1999), Doc. NU A/54/38 a 5 (1999), reproducido en *Recopilación de las observaciones generales y recomendaciones*

presentados por países latinoamericanos, el CDH ha establecido un claro nexo entre igualdad de la mujer y disponibilidad de servicios de salud reproductiva, aborto incluido.¹¹³ En el caso de Argentina, el CDH expresó que “preocupa al Comité que la criminalización del aborto disuada a los médicos de aplicar este procedimiento sin mandato judicial incluso cuando la ley se lo permite, por ejemplo, cuando existe un claro riesgo para la salud de la madre o cuando el embarazo resulta de la violación de una mujer con discapacidad mental. El Comité expresa también su inquietud ante los aspectos discriminatorios de las leyes y políticas vigentes, que da[n] como resultado un recurso desproporcionado de las mujeres pobres y de las que habitan en zonas rurales a un aborto ilegal y arriesgado”.¹¹⁴

El derecho a la vida privada; derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre nacimientos

La legislación internacional de los derechos humanos consagra el derecho a la no interferencia con la familia y la vida privada¹¹⁵ y el derecho de la mujer a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos.¹¹⁶ Estos derechos sólo alcanzan pleno efecto cuando las mujeres pueden decidir, sin interferencia del Estado, cuándo quedar embarazadas. En el caso *K.L. vs. Perú*, el CDH señaló que al negarle acceso a un aborto terapéutico, el Perú “interfirió arbitrariamente en su vida privada”, violando el Artículo 17 del PIDCP.¹¹⁷

El derecho a la información

Este derecho, en cuanto a su relación con el derecho a la salud, incluye la obligación del Estado de no impedir la entrega de información por parte de privados y la

generales de los órganos creados en virtud de tratados, Doc. NU HRI/GEN/1/Rev.6 a 271 (2003), párr. 14, [www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CEDAW+Recom.+general+24.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CEDAW+Recom.+general+24.Sp?OpenDocument) (visitado el 30 de junio de 2008).

¹¹³ Véase CDH, Observaciones Finales sobre Argentina, Doc. NU CCPR/CO.70/ARG (2000), párr. 14; Colombia, Doc. NU CCPR/C/79/Add.76 (1997), párr. 24; Ecuador, Doc. NU CPR/C/79/Add.92 (1998), párr. 11; Paraguay, Doc. NU CCPR/C/PRY/CO/2 (2006), párr. 10; y Guatemala, Doc. NU CCPR/CO/72/GTM (2001), párr. 19.

¹¹⁴ CDH, Observaciones Finales sobre Argentina, Doc. NU CCPR/CO.70/ARG (2000), párr. 14.

¹¹⁵ PIDCP, Artículo 17.

¹¹⁶ CEDAW, Artículo 16, Nº 1, letra e). Señala: “Los Estados Partes ... asegurarán en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres... e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos”.

¹¹⁷ CDH, Comunicación Nº 1153/2003, Doc. NU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005).

obligación positiva de proporcionar la información completa y veraz que requieren la protección y promoción de la salud y los derechos reproductivos, en especial información sobre el aborto.¹¹⁸ La legislación internacional de los derechos humanos recoge además el derecho a la no discriminación en el acceso a servicios de información y salud, al igual que en todos los demás servicios.¹¹⁹ Las mujeres pagan un precio desproporcionado por la denegación de información sobre aborto seguro y legal.

El derecho a no ser sometido a torturas ni penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes

El derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes está consagrado en el derecho internacional consuetudinario y en diversos tratados internacionales y regionales de derechos humanos.¹²⁰ El CDH, en sus Observaciones Finales sobre el Perú, expresó su preocupación de que el ordenamiento jurídico del país penaliza el aborto incluso cuando el embarazo es producto de una violación. El Comité estimó que las restricciones al aborto contenidas en el Código Penal someten a la mujer a tratos inhumanos incompatibles con el artículo 7 del PIDCP.¹²¹ En el dictamen emitido en 2005 en el caso *K.L. vs. Perú*, el CDH señala que “el derecho protegido en el artículo 7 del Pacto no sólo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral”. El Comité observó que la depresión y sufrimiento de K.L. podían “preverse” y que “no conceder a la autora el beneficio del aborto terapéutico fue... la causa [d]el sufrimiento por el cual ella

¹¹⁸ Article 19, *The Right to Know: Human Rights and Access to Reproductive Health Information* (Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1995), pp. 39 y 61-72.

¹¹⁹ PIDCP, Artículo 192; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de Naciones Unidas, Observación General 14, “Derecho al más alto nivel posible de salud”, párrafos 12(b) y 18.

¹²⁰ PIDCP, Artículo. 7; Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José), adoptada el 22 de noviembre de 1969, Serie sobre Tratados, OEA No. 36, 1144 U.N.T.S. 123, promulgada el 18 de julio de 1978, reproducido en *Documentos Básicos Concernientes a los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano*, OEA/Ser.L.V/II.82 doc.6 rev.1 a 25 (1992), Artículo 5, www.cidh.org/Basicos/Basicos2.htm (visitado el 30 de junio de 2008).

¹²¹ CDH, Observaciones Finales sobre Perú, Doc. NU CCPR/C/79/Add.72 (1996), pâr. 15; CDH, Observaciones Finales sobre Perú, Doc. NU CCPR/CO/70/PER (2000), pâr. 20.

tuvo que pasar”.¹²² El Comité consideró que “los hechos que examina revelan una violación del artículo 7 del Pacto”.¹²³

Presunto conflicto de derechos

Aunque el derecho a la vida protege claramente los intereses de la mujer embarazada, los detractores del aborto argumentan que debe prevalecer “el derecho a la vida” del feto. Existe un gran debate en torno al momento en que se alcanza legalmente el carácter de persona y empieza a regir el derecho a la vida, debate en el cual muchos argumentan que este concepto legal sólo puede aplicarse una vez producido el nacimiento.

La Convención Americana sobre Derechos Humanos es el único instrumento internacional que contempla que el derecho a la vida se aplica desde la concepción, aunque no en términos absolutos.¹²⁴ La Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, antecedente inmediato de la Convención, señala que “todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”¹²⁵ pero no menciona la concepción.

En 1981 se pidió a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, ente a cargo de velar por la implementación de las disposiciones del sistema regional, determinar si las normas sobre el derecho a la vida en estos instrumentos eran compatibles con el derecho de la mujer al aborto seguro y legal. La Comisión dictaminó que, efectivamente, lo son.

El tema llegó ante la Comisión a raíz de un recurso contra el gobierno de los Estados Unidos presentado por un grupo denominado “Católicos por la Acción Política Cristiana” luego de que un médico fuera absuelto de cargos de homicidio simple en

¹²² CDH, K.L. vs. Perú, pár. 6.3.

¹²³ CDH, Comunicación Nº 1153/2003, Doc. NU CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005), pár. 6.3. El CDH falló además que se habían violado los artículos 2, 17 y 24 y estimó innecesario pronunciarse sobre el Artículo 6.

¹²⁴ Convención Americana sobre Derechos Humanos, Artículo 4.

¹²⁵ Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, OEA Res. XXX, adoptada por la Novena Conferencia Internacional de Estados Americanos (1948), reproducida en Documentos Básicos Concernientes a los Derechos Humanos en el Sistema Interamericano, OEA/Ser.L.V/11.82 doc. 6 rev. 1 a 17 (1992), Artículo 1, www.cidh.oas.org/Basicos/Basicos1.htm (visitado el 30 de junio de 2008).

un caso de aborto que databa de 1973 y que dio en llamarse “el caso Baby Boy”.¹²⁶ Los peticionarios solicitaron a la Comisión declarar a los Estados Unidos en violación del derecho a la vida consagrado en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, utilizando la Convención Americana sobre Derechos Humanos como herramienta interpretativa.¹²⁷ En las deliberaciones realizadas en torno al caso la Comisión estudió en detalle las disposiciones sobre el derecho a la vida contenidas en la Declaración, en la Convención y en los trabajos preparatorios de ambos instrumentos a fin de aclarar el objetivo y los fines expresos de la redacción de dichas disposiciones.¹²⁸ Respecto al derecho a la vida reconocido en la Declaración, la Comisión consideró importante notar que:

los signatarios que actuaron en Bogotá en 1948 rechazaron cualquier redacción que hubiera extendido ese derecho a los que están por nacer... [y la Conferencia] adoptó una simple declaración del derecho a la vida, sin referencia a los que están por nacer y lo vinculó a la libertad y seguridad de la persona. Parecería entonces incorrecto interpretar que la Declaración incorpora la noción de que exista el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Los signatarios enfrentaron la cuestión y decidieron no adoptar un lenguaje que hubiera claramente establecido ese principio.¹²⁹

En cuanto a la Convención, la Comisión estimó que la redacción del derecho a la vida contenida en el Artículo 4 tenía un propósito manifiesto y que los redactores tuvieron la intención expresa de que la frase “en general” permitiera una legislación nacional no restrictiva sobre el aborto: “En las sesiones de preparación del texto en San José se reconoció que esta frase dejaba abierta la posibilidad de que los

¹²⁶ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, *White y Potter (caso “Baby Boy”)*, Resolución Nº 23/81, Caso 2141, Estados Unidos de América, 6 de marzo de 1981, www.cidh.org/annualrep/80.81sp/estadosunidos2141.htm (visitado el 30 de junio de 2008).

¹²⁷ La Convención Americana sobre Derechos Humanos no tuvo aplicación directa dado que Estados Unidos no la había ratificado. Sin embargo, como Estado Miembro de la OEA, Estados Unidos se encontraba obligado por la Declaración Americana.

¹²⁸ La Convención de Viena sobre el derecho de los tratados de 1969 establece como regla general de interpretación que “un tratado deberá interpretarse de buena fe conforme al sentido corriente que haya de atribuirse a los términos del tratado en el contexto de estos y teniendo en cuenta su objeto y fin” y que se podrá acudir a medios de interpretación complementarios, en particular los trabajos preparatorios del tratado. Convención de Viena sobre el derecho de los tratados, artículos 31 y 32, www.oas.org/XXXIVGA/spanish/reference_docs/Convencion_Viena.pdf (visitado el 30 de junio de 2008).

¹²⁹ Comisión Interamericana de Derechos Humanos, caso “Baby Boy”, pág. 14 (a).

Estados Partes en una futura Convención incluyeran en su legislación nacional ‘los casos más diversos de aborto’”,¹³⁰ permitiendo por ende el aborto legal conforme a este artículo. Luego, la Comisión enmendó la plana a los peticionarios respecto de su selectiva lectura de la Convención:

[Q]ueda en claro que la interpretación que adjudican los peticionarios de la definición del derecho a la vida formulada por la Convención Americana es incorrecta. La adición de la frase “en general, desde el momento de la concepción” no significa que quienes formularon la Convención tuviesen la intención de modificar el concepto de derecho a la vida que prevaleció en Bogotá, cuando aprobaron la Declaración Americana. Las implicaciones jurídicas de la cláusula “en general, desde el momento de la concepción” son substancialmente diferentes de las de la cláusula más corta “desde el momento de la concepción”, que aparece repetida muchas veces en el documento de los peticionarios.¹³¹

La Comisión citó además los casos de diversos países, entre ellos Estados Unidos y Brasil, que durante las negociaciones consignaron que interpretaban los términos del párrafo 1 del artículo 4 de la Convención en el sentido de que “deja a la discreción de los Estados Parte el contenido de la legislación a la luz de su propio desarrollo social, experiencia y factores similares”.¹³²

¹³⁰ *Ibíd.*, pár. 14(c).

¹³¹ *Ibíd.*, pár. 30.

¹³² *Ibíd.*, pár. 14(c).

VII. Recomendaciones

Al Ministerio de Salud

- Elaborar un protocolo nacional de aborto terapéutico que abarque los siguientes aspectos:
 - Criterios de selección, entre ellos razones de salud mental;
 - El derecho de la mujer embarazada a que se le escuche y se tomen en cuenta sus puntos de vista;
 - Técnicas y procedimientos médicos a utilizar;
 - Normas uniformes de recolección de datos;
 - Normas de protección de la confidencialidad;
 - Procedimientos de referencia/interconsulta;
 - Plazos y línea de dependencia en las decisiones sobre aborto terapéutico; y
 - Mecanismos de fiscalización que permitan rectificar problemas.
- Abstenerse de impedir a los entes de salud regional la difusión de protocolos de aborto terapéutico, como es el caso de Arequipa.
- Elaborar e incorporar pautas claras sobre aborto legal por razones de salud mental, en especial en casos de malformación fetal congénita, trastornos incompatibles con la vida y embarazos producto de violación o incesto.
- Publicar guías técnicas para especialistas (oncólogos, cardiólogos, internistas) de modo que a las pacientes con patologías que un embarazo pudiera agravar o que lo pudieran afectar negativamente se les oriente adecuadamente respecto del aborto terapéutico.
- Asegurar que las mujeres y las comunidades tengan acceso a información objetiva y adaptada a distintos niveles educativos para prevenir embarazos que puedan poner el peligro su salud o su vida.
- Garantizar especial atención y acceso a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las adolescentes, incluido el aborto terapéutico.
- Implementar lo resuelto por el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas en el caso K.L. vs. Perú en el sentido de reconocer que las niñas

adolescentes son una población especialmente vulnerable que debe contar con servicios seguros, oportunos, gratuitos, no estigmatizadores, accesibles y apropiados.

A los ministerios y departamentos de salud regionales

- Investigar los cobros por aborto terapéutico que se hacen en el sistema de salud pública; asegurar, en conjunto con otros ministerios, que los planes previsionales públicos y privados cubran el aborto terapéutico y no se constituyan en un obstáculo al acceso a la salud.
- Vigilar el cumplimiento e investigar casos en que médicos u hospitales se nieguen a realizar abortos terapéuticos a niñas y mujeres con derecho a ello; sancionar según corresponda a los prestadores de servicios que impidan el acceso al aborto terapéutico.
- Realizar campañas de información pública para dar a conocer a las mujeres, a los profesionales de la salud y al público en general las normas jurídicas sobre el aborto no punible y el derecho del público a servicios accesibles, asequibles, disponibles y de calidad adecuada. Si bien esa labor debe encabezarla el Ministerio de Salud, éste tiene que trabajar en conjunto con los ministerios de Educación, Justicia y otros que sean del caso a objeto de llegar a públicos determinados con un mensaje en castellano y en idiomas indígenas, evaluando además el efecto de tales campañas sobre la prestación de servicios.
- Asegurar la participación permanente de actores de la sociedad civil, especialmente organizaciones dedicadas a los derechos de las mujeres, organismos del sector salud y sociedades médicas, en el diseño, implementación y control de programas y sistemas que aseguren el acceso al aborto terapéutico y demás elementos básicos de la salud sexual y reproductiva.

Al Ministerio de Justicia

- Emitir un instructivo aclaratorio sobre lo dispuesto en el Código Penal en materia de aborto terapéutico y difundirlo a la policía, fiscales, el Poder

Ejecutivo, congresistas, funcionarios administrativos y de primera línea del Ministerio de Salud, a los Gobiernos Regionales y a las sociedades médicas.

- Diseñar e implementar, en conjunto con los ministerios pertinentes, una estrategia de información pública orientada a garantizar que el derecho al aborto legal sea de conocimiento público, a modo de disipar y corregir el concepto erróneo que al respecto tiene la mayoría de la población.

A la Defensoría del Pueblo

- Investigar las denuncias de denegación de acceso al aborto terapéutico.

Al Congreso Peruano

- Derogar cuanto antes la norma del Artículo 30 de la Ley 26842 que obliga a los profesionales de la salud a denunciar posibles casos de aborto inducido a las autoridades policiales. Derogar además las disposiciones del Código Penal que penalizan el aborto y sancionan a las mujeres y niñas que se lo realizan.
- Destinar fondos suficientes para la realización de campañas de información pública sobre la disponibilidad de servicios de aborto seguro y legal.
- Asignar fondos para actividades de capacitación y prestación de servicios de aborto terapéutico, en especial capacitación del personal de hospitales públicos y atención primaria; implementación de prácticas óptimas de interrupción del embarazo, prevención de infecciones y analgesia, así como entrega de apoyo psicológico y social a mujeres que deban hacerse un aborto terapéutico.

Al Colegio Médico del Perú

- Continuar difundiendo las recomendaciones sobre aborto terapéutico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) y del propio Colegio Médico a todos los niveles y disciplinas de salud del país, a fin de informar a médicos y demás profesionales de la salud sobre su responsabilidad legal y ética. Reiterar que, exista o no un protocolo nacional, el cumplimiento del deber médico está primero.

- Impulsar la integración de las recomendaciones sobre aborto terapéutico de la SPOG y del Colegio Médico a los planes de estudio de las facultades de medicina.
- Introducir el aborto terapéutico como parte del proceso de formación y acreditación de egresados de medicina y obstetricia a través de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y de la Asociación Peruana de Facultades y Escuelas de Obstetricia, respectivamente.
- Instruir a los miembros del Colegio respecto del quebrantamiento de la ética y la norma jurídica y de la posible negligencia médica en que incurre el profesional de la salud que se niega a atender a una mujer que necesita un aborto terapéutico.
- Aclarar a las instituciones de salud locales, regionales y nacionales que el principio de la objeción de conciencia es personal y no institucional.
- Elaborar y difundir pautas generales de prevención del embarazo adaptadas a cada especialidad, a fin de que a las pacientes con patologías que un embarazo pudiera agravar o que lo pudieran afectar negativamente se les explique claramente el peligro que ello representa para su salud y su vida; ampliar dichas pautas a orientar sobre la interrupción del embarazo a pacientes cuyas patologías o tratamiento pudieran poner en peligro la vida o salud del feto.
- Incentivar a las sociedades científicas que integran el Colegio Médico a orientar a sus afiliados sobre prevención del embarazo en mujeres cuya vida o salud pudiera estar en riesgo. Basar las estrategias preventivas en un enfoque de reducción de riesgos centrado en la paciente.
- Presionar al Ministerio de Salud a nivel nacional y regional para que implemente a cabalidad las guías técnicas sobre aborto terapéutico.

A la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

- Aclarar al Ministerio de Salud del Perú que la llamada “Política de la Ciudad de México” no se refiere a situaciones en que peligra la vida de la mujer ni afecta las disposiciones sobre atención médica post-aborto. Según evolucionen las políticas de Estados Unidos, proporcionar financiamiento,

asistencia técnica y los insumos que permitan al Ministerio de Salud dar un mejor acceso al aborto seguro y legal.

A otros donantes bilaterales

- Seguir el ejemplo del Departamento para el Desarrollo Internacional de Inglaterra, entregando financiación y decidido apoyo al Fondo de Acción para el Aborto Seguro que gestiona la Federación Internacional de Planificación de la Familia y asignando recursos específicos para mejorar el acceso al aborto terapéutico en el Perú.
- Financiar y apoyar campañas de sensibilización sobre aborto terapéutico entre los distintos públicos del Perú. Asimismo, financiar y apoyar programas de salud reproductiva que incluyan prevención del aborto, acceso al aborto legal y atención integral post-aborto.

A la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

- Apoyar a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG) y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) en la elaboración y promoción de pautas éticas sobre aborto terapéutico que incluyan la condena específica a médicos y comisiones médicas que se nieguen a realizarlos o autorizarlos.
- Llamar a ginecobstetras y ginecólogos a trabajar con otros especialistas médicos para orientar a las mujeres respecto de la prevención del embarazo y plantear de forma oportuna la interrupción legal del embarazo cuando peligre la vida o salud de la paciente.

A la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

- Investigar las trabas que entorpecen el acceso al aborto terapéutico en la región, incluyendo el Perú. Publicar las conclusiones y difundirlas ampliamente a las autoridades, congresistas y otros actores clave.

Al Fondo de Población de las Naciones Unidas, demás organismos del sistema de Naciones Unidas y la Organización Panamericana de la Salud

- Plantear, de conformidad con los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el derecho internacional de los derechos humanos, la despenalización global del aborto como forma de proteger los derechos humanos de las mujeres y método objetivo para reducir la tasa de mortalidad y discapacidad materna derivada del aborto clandestino.
- Trabajar con los Estados para prevenir el embarazo no deseado, reducir la necesidad del aborto, asegurar que los sistemas de salud tengan la capacidad de hacer frente a las complicaciones derivadas del aborto clandestino y garantizar el acceso a servicios de aborto de calidad donde éste sea permitido.
- Apoyar la elaboración y difusión de protocolos nacionales objetivos de manejo de casos de aborto terapéutico.
- Participar en actividades interinstitucionales de control e información sobre salud materna y acceso universal a servicios de salud reproductiva, entre ellos el aborto terapéutico, en el Perú.
- Explicar al público peruano y mundial que la salud y bienestar mentales son parte fundamental del derecho a la salud, incluyendo la salud sexual, reproductiva y materna.
- Brindar mayor asistencia técnica al Ministerio de Salud del Perú a objeto de registrar y analizar adecuadamente el número de abortos terapéuticos que realizan los hospitales públicos.
- Sensibilizar y educar a autoridades, comunidades y personas respecto de que el aborto terapéutico salva vidas.
- Generar un análisis actualizado de tendencias y datos regionales de acceso al aborto terapéutico para uso de autoridades y otros actores clave.

Al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

- Reconocer la seriedad de los efectos adversos que la penalización del aborto y denegación del aborto terapéutico tienen sobre las mujeres peruanas, especialmente en cuanto al peligro que representan para su vida y su salud física, mental y social.
- Solicitar al Relator Especial sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud hacer con urgencia un seguimiento de las conclusiones del anterior relator en el caso del Perú.
- Durante el Examen Periódico Universal y otras ocasiones pertinentes, exhortar al Perú a dar cumplimiento a las recomendaciones sobre aborto terapéutico realizadas por el Comité de Derechos Humanos.

VIII. Agradecimientos

El presente informe fue elaborado por Angela Heimbürger, Investigadora de las Américas para la División de los Derechos de las Mujeres, con base en una investigación efectuada en el Perú, en conjunto con Marianne Møllmann, durante los meses de junio, julio y diciembre de 2007. Éste fue revisado por Janet Walsh, Subdirectora de la División de los Derechos de las Mujeres; Daniel Wilkinson, Subdirector de la División para las Américas; Lois Whitman, Directora Ejecutiva de la División de los Derechos del Niño; Aisling Reidy, Asesora Jurídica en Jefe, e Ian Gorvin, Jefe de Programas. Colaboraron en la producción Rachel Jacobson, Emily Allen, Fitzroy Hepkins, José Martínez, Andrea Holley y Grace Choi. Patricio Mason realizó la traducción al español, la cual fue revisada por Laura E. Asturias.

Agradecemos a todas las personas y organizaciones, demasiado numerosas para mencionarlas individualmente, que enriquecieron este informe con su tiempo, información y dominio del tema. Muchas de ellas son las que siguen luchando día a día para que las mujeres peruanas alcancen la justicia. Human Rights Watch agradece muy especialmente a todas las valerosas mujeres cuyas experiencias informaron el presente estudio.

Reconocemos asimismo los aportes de Alicia Ely Yamin, de la Escuela de Derecho de Harvard, y Lilian Sepúlveda, Asesora Jurídica del Centro de Derechos Reproductivos, entre otras personas. Human Rights Watch asume total responsabilidad por cualquier error u omisión.

La División de los Derechos de las Mujeres de Human Rights Watch reconoce con gratitud el aporte económico de Arcadia, el Fondo Moriah, la Fundación Oak, la Fundación Streisand, la Fundación Banky-LaRocque, la Fundación Schooner, la Fundación Jacob e Hilda Blaustein, la Fundación Frog Crossing, la Chicago Foundation for Women, y de integrantes de la Comisión Consultiva de la División de los Derechos de las Mujeres.