

Interrupción legal del embarazo (ILE) y protocolos de atención

Hay dos tendencias generales para reconocer el derecho a la interrupción legal del embarazo; por plazos (el número de semanas de embarazo que lleva la gestante) o por indicaciones, también conocidas como causales de salud. Desde una mirada global, del total de los países del mundo; 98% permiten el aborto para salvar la vida de la mujer, el 65% para salvar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales, 33% por problemas económicos y 27% a solicitud de la gestante.¹

La sentencia Roe vs. Wade de Estados Unidos (1973) fue la primera sentencia en establecer un plazo (20 semanas) para la interrupción legal del embarazo. En cuanto a sentencias vanguardistas sobre interrupción legal del embarazo por motivos de salud, el Tribunal Constitucional de España despenalizó en 1985 la interrupción voluntaria del embarazo en tres supuestos; cuando existe un grave peligro para la vida, salud física o psíquica de la embarazada; en caso de violación y en el caso de que se presume que el feto nacerá con graves taras físicas o psíquicas.²

En nuestra región, la Corte Constitucional de Colombia despenalizó la interrupción voluntaria del embarazo por causales de salud en el año 2006. En cuanto a interrupción legal por plazos, el Congreso del Estado Federal de México D.F despenalizó en el año 2007 la interrupción del embarazo por plazos en este distrito; durante las doce primeras semanas de gestación, la gestante tiene derecho a interrumpir el embarazo voluntariamente.

A continuación se detallará el caso mexicano así como el colombiano junto con una introducción a la situación legal en el Perú.

1. La situación regional del aborto

1.1 Colombia

Desde la década de los setenta se han visto en el contexto jurídico colombiano varios intentos de ampliar la legislación acerca del tema del aborto legal. En el 2005 tuvo lugar una demanda ante la Corte Constitucional que llegó a modificar la Constitución Colombiana de forma inesperada. La abogada Mónica Roa presentó una demanda ante dicha Corte cuestionando la constitucionalidad de la prohibición del aborto. La demanda obtuvo un fuerte apoyo de la opinión pública y proponía permitir el aborto en tres casos: cuando la vida de la mujer o su salud está en peligro, cuando el embarazo es resultado de una violación y cuando existen malformaciones incompatibles con la vida en el feto.

En mayo 2006, la Corte emitió la sentencia C-355 a través de la cual despenalizó el aborto. La sentencia señala: */.../ no se incurre en delito de aborto cuando con la voluntad de la mujer la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes tres casos: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico, y c) cuando*

¹ TÁVARA, L; JACAY, S; DADOR, M *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: PROMSEX, 2007. p. 13.

² Podrán encontrar las dos sentencias mencionadas en el material de lectura adjuntada en el CD del Congreso.

*el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.*³

El fallo es revolucionario es mucho sentidos, principalmente porque es formulado de una forma muy amplia. Por ejemplo, en el caso de una malformación fetal, la Corte no especifica que tiene que ser genética. En el caso de la violación, la Corte no exige que la mujer se someta a una inspección forense. Finalmente, en el caso de que el embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer; la Corte no especifica que el peligro tiene que ser inminente o grave, tampoco lo limita a salud física. El segundo carácter revolucionario de esta sentencia es que la aplicación del aborto terapéutico es inmediata, es decir que cualquier mujer que se encuentre en uno de los tres supuestos puede exigir que le practiquen un aborto de inmediato, sin importar el mes de embarazo en el que se encuentre.

1.2 México

En el Estado federativo de México, los Estados tienen soberanía legal, hecho que ha creado políticas diversas no sólo en el tema del aborto. En el 2007, el Congreso del Distrito Federal, aprobó una reforma al artículo 144 de su Código Penal, una reforma que despenaliza en este distrito el aborto practicado durante las doce primeras semanas de gestación. Además, la legislación reglamenta la objeción de conciencia y la garantiza sólo si la/el profesional dirige a la mujer a colegas no objetores.⁴

1.3 Perú

Si bien la legislación peruana penaliza el aborto, también establece que existen excepciones cuando éste está permitido, lo llamado "aborto terapéutico"; cuando la interrupción del embarazo es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente. El artículo 119 del Código Penal señala: "No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente."⁵ Esto quiere decir que no es necesario que la gestante esté en inminente peligro de muerte, basta que exista amenaza de daño grave y permanente en su salud.⁶

El 20 de Octubre de este año, una Comisión Revisora del Código Penal decidió proponer ante el Congreso peruano ampliar los supuestos para el aborto terapéutico; en casos de violación y cuando el feto sufre de graves taras físicas o psíquicas.

³ *Ibidem* pp. 87-90.

⁴ *Ibidem* pp. 90-92.

⁵ TÁVARA, L; JACAY, S; DADOR, M. *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: PROMSEX, 2007. p. 35.

⁶ El término *salud* se refiere a una definición *integral* del término y no simplemente a la ausencia de enfermedad física, por ejemplo, la Organización Mundial de Salud establece que "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social." Extraído de TÁVARA L; JACAY, S; DADOR, M. *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: PROMSEX, 2007. p. 39.

A pesar de que el aborto terapéutico ha sido despenalizado en el Perú desde el año 1924, no existe una reglamentación que especifique quienes pueden someterse a un aborto terapéutico, además, son pocas las mujeres que están informadas sobre sus derechos legales a este servicio. Esta ausencia causa una situación donde el criterio de decidir sobre la realización de un aborto terapéutico o no, está en la mano de los proveedores de salud.

En la literatura se mencionan varios factores que debilitan el acceso al aborto terapéutico:

- La mayoría de las/los proveedores de salud no están debidamente capacitados y las/los pocos que hay están concentrados en un número reducido de establecimientos.
- Hay escaso conocimiento por parte de las/los proveedores sobre su *obligación* de ofrecer atención de aborto *legal* en un marco de calidad de atención y derechos de las mujeres.
- La implementación y equipamiento de los establecimientos de salud es inadecuada.⁷

Estos factores pueden contribuir al hecho que el aborto terapéutico es una práctica perfectamente legal pero invisible; de hecho hay una acusada tendencia de las/los profesionales de salud de no reportar los abortos terapéuticos como abortos de fetos muertos o simplemente no declararlos.

2. Protocolos de atención

Con protocolo de atención se entiende un conjunto de recomendaciones que identifica claramente algunas de las patologías que ponen en riesgo la vida o la salud de la mujer y que pueden motivar la interrupción legal del embarazo, que determina los procedimientos que se deben seguir y que define los procesos técnicos y administrativos para acceder a la interrupción del embarazo. Debe anotarse que también se requiere que el Estado capacite al personal de salud sobre la materia, que brinde los recursos materiales necesarios para que estén a su disposición los implementos y la técnica necesarios para la realización de los procedimientos.

De los países Latinoamericanos, México (2002), Brasil (2005), Colombia (2006) y Argentina (2007) ya cuentan con protocolos de atención. En el contexto nacional la aprobación de un protocolo nacional ha seguido un camino de marchas y contramarchas. A la fecha, el Ministerio de Salud no ha aprobado la *Guía Clínica de Atención Integral de la interrupción terapéutica del embarazo menor de 22 semanas*, pese a que este documento ha sido revisado desde el año 2006 por las instancias estatales de salud correspondientes y su existencia ha sido avalada por el Colegio Médico del Perú y la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. A lo largo del proceso, el protocolo ha recibido atención de varias instancias a parte de los ministerios; la Defensoría del Pueblo, organizaciones de la sociedad civil, la Defensora Adjunta de los Derechos de la Mujer y la Corte Superior de Justicia de Lima.

3. ¿Qué diferencia haría un protocolo de atención?

El Estado tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a la vida digna a todos los individuos sin discriminación, no obstante, esta garantía no es implementada de manera adecuada ya que no existe un marco legal y políticas públicas que permitan el ejercicio de este derecho. Las restricciones al aborto tienen un impacto devastador sobre el ejercicio del derecho a la salud y a la vida, pues está

⁷ CHÁVEZ, S; GUERRERO, R. *Un derecho negado, una responsabilidad eludida – comportamiento del Estado Peruano frente al aborto terapéutico*. Lima: PROMSEX, 2007. p. 10.

plenamente demostrado que cuando un país criminaliza el aborto la mortalidad materna por esta causa tiende a aumentar. De hecho, el Comité de Derechos Humanos constata que en el Perú, el aborto clandestino sigue siendo la mayor causa de mortalidad materna, una tendencia visible en gran parte de la región.⁸ En el Perú, se registran entre 800 y 1200 muertes maternas cada año. El 15% de éstas pudieron evitarse con un aborto terapéutico.⁹

Una encuesta realizada entre los años 2005 y 2008 por la Universidad de Lima acerca del nivel de aceptación del aborto en la población de Lima metropolitana y el Callao, muestra un amplio apoyo público para el aborto terapéutico. En el 2008, 67.9 % de la población entrevistada aprueba al aborto en el caso que el embarazo pelagra la vida de la madre. Además, la población entrevistada declara una considerable aceptación de abortos en casos de violaciones y fetos con malformaciones; 48,2 % se muestran a favor de interrumpir el embarazo en los casos donde el embarazo es producto de una violación, y cuando trata de malformaciones graves del feto, 49,9 % aprueba la interrupción.¹⁰

4. Tres casos

4.1 K.L. vs Perú

El caso K.L. vs Perú es un caso que ha recibido mucha atención tanto en el Perú como fuera del país. En el año 2001, K.L. con 17 años de edad y 14 semanas de embarazo, se enteró en un control que el feto que llevaba tenía una malformación incompatible con la vida – anencefalia. El médico tratante sugirió una interrupción del embarazo y K.L., junto con su madre ya que era menor de edad, solicitó en el Hospital Arzobispo Loayza la realización de un aborto terapéutico. Después de dos visitas a dicho hospital, el Director del hospital rechazó la solicitud con el argumento que el embarazo no representaba un riesgo grave para su salud. Contra su voluntad, K.L. se vio obligada a llevar el embarazo a término. Después del parto, el personal del hospital la obligó a amamantar a la criatura durante los cuatro días que vivió. K.L. fue diagnosticada posteriormente con una severa depresión que requirió tratamiento psiquiátrico.

El caso fue presentado ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que falló a favor de K.L. El Comité resolvió que el Estado peruano debía indemnizar a K.L. y también reformar sus políticas a fin de impedir nuevos casos parecidos.¹¹

4.2 L.C.

Otro caso peruano es el de L.C., una chica que a los 14 años fue violada y como resultado salió embarazada. L.C. intentó ocultar el embarazo, estaba deprimida y en su desesperación recurrió a intentar suicidarse arrojándose del techo de su casa. L.C. resultó cuadripléjica pero el embarazo no se

⁸ TÁVARA, L; JACAY, S; DADOR, M *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: PROMSEX, 2007. p. 67.

⁹ FORO REGIONAL POR LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS AREQUIPA. *Arequipa por la defensa y protección de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El aborto terapéutico es legal. El protocolo resuelve un vacío técnico.* Arequipa: Foro regional por los derechos sexuales y reproductivos, 2008. p. 11.

¹⁰ Grupo de Opinión Pública de la Universidad de Lima. VI Encuesta Anual sobre Situación de la Mujer Lima Metropolitana y Callao. 23 y 24 de febrero 2008.

¹¹ HUMAN RIGHTS WATCH *Tengo derechos, y tengo derecho a saber – la falta de acceso al aborto terapéutico en el Perú.* New York: Human Rights Watch, 2008. pp. 14-15.

vio afectado. En el hospital la madre pidió un aborto terapéutico con la finalidad de poder operar a su hija para darle la oportunidad de recuperar la movilidad. La comisión médica denegó la solicitud. Posteriormente, L.C sufrió un aborto espontáneo pero a esas alturas la operación de la columna no habría tenido mucho efecto para mejorar su estado cuadripléjico.¹² Se ha presentado una demanda ante Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y se está esperando su pronunciamiento.

4.4 Paulina

En México, 1999, Paulina de 13 años de edad, fue violada por un malhechor delante de su hermana y los dos hijos de ésta. Paulina resultó embarazada y junto con su madre pidió un aborto terapéutico, un derecho permitido en todas las entidades federativas mexicanas en caso de violación. Paulina fue internada en un hospital público donde, después de seis días de internamiento, fue dada de alta sin explicación y sin que le hayan realizado un aborto. Otra vez en el hospital el director del hospital le convenció a la madre de Paulina, sin evidencia científica, que practicándole un aborto a su hija, ésta podría morir o quedar estéril. Después de la reunión con el director, la madre de Paulina decidió que su hija iba a desistir del procedimiento.

La procuraduría de los Derechos Humanos y Protección Ciudadana del Estado de Baja California emitió una recomendación pidiendo indemnización a Paulina y capacitación del personal de salud en cuestiones de ética médica, derecho sanitario y derechos humanos. La única respuesta del gobierno de Baja California ha sido rechazar la recomendación y desconocer la responsabilidad del hospital.¹³

¹² *Ibíd*em p. 16.

¹³ GIRE Grupo de Información en Reproducción Elegida, A.C. *Paulina – en el nombre de la ley*, México D.F.: Grupo de Información en Reproducción Elegida, 2000.

Tabla 1. Situación legal del aborto en América Latina

SITUACIÓN LEGAL DEL ABORTO				
Totalmente prohibido	Para salvar la vida de la mujer	Por salud física	Por salud mental	Sin restricciones
Chile, El Salvador, Nicaragua	Argentina Brasil (además por violación sexual) Ecuador Guatemala, Haití, Honduras, México (sistema federado, rige para la mayoría de Estados), Panamá (además por violación sexual y daño en el feto), Paraguay, República Dominicana, Venezuela. Perú Colombia (además por violación, incesto y feto incompatible con la vida) Bolivia (además por violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto).	Argentina (en caso de violación sexual a idiotas), Bolivia Costa Rica, Ecuador Uruguay Colombia Perú México	Argentina Jamaica Trinidad y Tobago Perú Colombia México	Cuba (límite gestacional 12 semanas), Puerto Rico (hasta que sea viable). México - DF

Tabla 2. Hospitales peruanos que hasta la fecha han implementado protocolos para el aborto terapéutico.

Hospital	Fecha de inicio de vigencia	Estado de aplicación
Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé	Mayo de 2005	Vigente
Hospital Belén de Trujillo	Febrero de 2006	Vigente
Instituto Nacional Materno Perinatal	Febrero de 2007	Anulado por Resolución Vice Ministerial N° 336-2007-SA
Hospital Nacional Hipólito Unanue	Diciembre de 2007	Vigente
Hospital II-1 MINSA Tarapoto	Septiembre de 2008	Vigente
Hospital Regional de Pucallpa	Noviembre de 2008	Vigente
Hospital Amazónico de Yarinacocha	Noviembre de 2008	Vigente
Hospital Apoyo II Sullana	Marzo de 2009	Vigente