

CENTER
FOR
REPRODUCTIVE
RIGHTS

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensas de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Católicas por el
Derecho a Decidir - Perú

CENBIPP

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y FUNDACIÓN POPULARES



Una apuesta por la equidad



Planned Parenthood®
Federation of America, Inc.

INTERNATIONAL

DESC

INFORME ALTERNATIVO
DE ORGANIZACIONES
DE LA SOCIEDAD CIVIL
**AL COMITÉ DE DERECHOS
ECONÓMICOS, SOCIALES
Y CULTURALES** SOBRE
LA SITUACIÓN DE LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN EL PERÚ

0230

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

DESC

**INFORME ALTERNATIVO
DE ORGANIZACIONES
DE LA SOCIEDAD CIVIL
AL COMITÉ DE DERECHOS
ECONÓMICOS, SOCIALES
Y CULTURALES SOBRE
LA SITUACIÓN DE LA SALUD
SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN EL PERÚ**

ABRIL 2011

INFORME ALTERNATIVO DE ORGANIZACIONES
DE LA SOCIEDAD CIVIL AL COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS,
SOCIALES Y CULTURALES SOBRE LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA EN EL PERÚ

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX
Avenida José Pardo 601, Oficina 604, Miraflores, Lima 18, Perú.
Teléfono: (511) 447-8668 / Fax: (511) 243-0460
www.promsex.org

Editora responsable: Beatriz Ramírez Huaroto

Equipo responsable:
Monica Arango
Rossina Guerrero
Ximena Casas

Corrección de estilo: Rosa Cisneros

Diseño y diagramación: Julissa Soriano / Daniela Juárez

Impresión: Lettera Gráfica S.A.C.
Jr. Emilio Althaus N° 460 Lince T: 471-0700 F: 471-6164

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2011-06392
ISBN: 978-612-4106-01-9

Primera edición, mayo de 2011.
Lima, Perú
500 ejemplares.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, ANESVAD, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Católicas por el Derecho a Decidir Perú, Centro de Investigación y Promoción Popular, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer, Fundación Hivos, Gobierno Vasco, International Women's Health Coalition, Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano, Junta Castilla – La Mancha, Lesbianas Independientes Feministas Socialistas, Medicusmundi Alava, Medicusmundi Gipuzkoa, Movimiento Manuela Ramos, Planned Parenthood Federation of América y Solidaridad Internacional.

Índice

- 5 Presentación

- 15 **I. EL DERECHO AL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, SIN DISCRIMINACIÓN (ARTÍCULOS 2, 3, Y 12 DEL PIDESC)**

- 17 **A.** Introducción
- 23 **B.** La discriminación de las mujeres en el ejercicio del derecho a la **salud**
 - 21 1. Panorama de la **mortalidad materna** en el Perú
 - 24 2. La discriminación a las mujeres en el acceso a los servicios de salud reproductiva: **Aborto**
 - 32 3. La discriminación de las mujeres en el acceso a la atención en salud reproductiva: **Anticoncepción**
- 37 **C.** La discriminación en el acceso al cuidado de la salud reproductiva a causa del estatus: **VIH**
- 43 **D.** La discriminación en el acceso de servicios de atención a la salud por razón de la **orientación sexual**
- 49 **E.** La discriminación en el acceso al cuidado de la salud reproductiva a causa de la edad: **adolescentes**

- 57 **II. PREGUNTAS PARA EL ESTADO**

Presentación

El Estado peruano es parte de los instrumentos más importantes de derechos humanos vigentes. Dentro del Sistema Universal de Derechos Humanos, uno de los tratados que vinculan al Perú es el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), ratificado por nuestro país el 28 de abril de 1978¹.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) es el órgano que supervisa el cumplimiento del PIDESC. Su creación no estaba prevista en el Pacto, sino que su origen se encuentra en la Resolución 1985/17, de 28 de mayo de 1985, del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas que señala como suyas las funciones de monitoreo del mismo recogidas en la parte IV del tratado. Periódicamente, los Estados tienen la obligación de informar al Comité las medidas que haya adoptado y los progresos realizados con el fin de asegurar el respeto a los derechos reconocidos en el Pacto; las organizaciones de sociedad civil presentan a su vez informes alternativos a los informes estatales también conocidos como reportes o informes “sombras”.

En el Grupo de Trabajo Pre-sesión del CDESC programado del 23 al 27 de mayo de 2011 se analizará el Informe presentado por el Estado peruano

¹ Información disponible en http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtmsg_no=IV-3&chapter=4&lang=en

(E/C.12/PER/1-4)² y se emitirá una Lista de cuestiones que el Estado deberá profundizar y reportar. Al final del proceso de examen, el CDESC emitirá *Observaciones Finales* para el Perú que deberán ser implementadas.

El derecho a la salud está protegido en el artículo 12 del PIDESC. Pese que la salud sexual y reproductiva no está expresamente contemplada en el texto del mismo, el CDESC ha garantizado su protección a través de sus *Observaciones Generales*, que representan la interpretación autorizada de las disposiciones del Pacto. Asimismo, otros Comités monitores de tratados de derechos humanos de Naciones Unidas también han señalado en sus *Observaciones Generales* ámbitos de garantía de este aspecto de la salud. Por otro lado, el Perú ha recibido numerosas recomendaciones específicas dirigidas a reformar marcos normativos y prácticas que vulneran los estándares internacionales de salud sexual y reproductiva; sin embargo, es poco lo que se ha hecho a la fecha por este propósito. Todo este marco de obligaciones internacionales del Estado ha sido recogido en el informe alternativo.

Las organizaciones que en alianza han elaborado el presente reporte hacen notar la ausencia de información en materia de salud sexual y reproductiva en el informe estatal y, por ello, enfatizan en diversos aspectos que ameritan ser destacados por su gravedad. El informe aborda las restricciones en el goce del derecho a la salud sexual y reproductiva sin discriminación, concentrándose en seis aspectos: mortalidad materna, aborto, acceso a la anticoncepción con énfasis en la anticoncepción oral de emergencia, VIH/SIDA, acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para personas lesbianas, gays, bisexuales y trans³ y acceso de los mismos para las/los adolescentes.

La recopilación estadística ha privilegiado información oficial en los casos en que ésta se encuentra disponible. Esperamos que el documento sirva no sólo a efectos de incidir en las recomendaciones puntuales que el Comité DESC dará al Estado peruano, sino como fuente de consulta para acciones de abogacía en los temas trabajados.

² Disponible en <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/cescrwg46.htm>

³ El término personas trans comprende a las personas travesti, transexuales y transgénero.

DESC

**INFORME
ALTERNATIVO
REMITIDO AL
COMITÉ DE
DERECHOS
ECONÓMICOS,
SOCIALES Y
CULTURALES**

8 de abril de 2011

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas

Palacio de las Naciones

CH-1211 Ginebra 10, Suiza

Re: Información suplementaria sobre derechos reproductivos en Perú, programada para ser revisada por el Grupo de Trabajo Pre-Sesión durante la 46ª sesión del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a realizarse del 23 a 27 de mayo del 2011

Distinguidos Miembros del Comité:

Este documento tiene por objetivo complementar el informe periódico presentado por el Estado Peruano, cuya revisión por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (el Comité) ha sido programada durante su 46ª sesión. El Centro de Derechos Reproductivos; el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX; Católicas por el Derecho a Decidir – Perú; el Centro de Investigación y Promoción Popular – CENDIPP; el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM Perú; Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer – DEMUS; el Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano – IESSDEH; Lesbianas Independientes Feministas Socialistas – LIFS; la Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, el Movimiento Manuela Ramos y Planned Parenthood Federation of América, esperamos ampliar la labor del Comité suministrando información independiente sobre los derechos protegidos por el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁴. En esta carta abordaremos las deficiencias del Estado Peruano

⁴ Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), *adoptado el 16 de dic.*, 1966, Res A.G. 2200A (XXI), U.N.GAOR, Supp. N° 16 en 49, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 3 (*entró en vigor el 3 de enero 1976*), disponible en <http://www2.ohchr.org/english/law/cescr.htm>.

para cumplir con sus obligaciones en virtud del Pacto, en particular respecto del ejercicio del derecho a la atención integral en salud, sin discriminación.

Como la salud y derechos reproductivos son fundamentales para la salud e igualdad de las mujeres, es imperativo que los Estados Partes demuestren un compromiso serio para asegurar dichos derechos, que reciben una amplia protección en el PIDESC. El artículo 12(1) del Pacto reconoce “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”⁵. El Comité, al determinar el alcance de este derecho en su Observación General N° 14, definió explícitamente que el derecho a la salud incluye “derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica”⁶, y confirmó además que “el ejercicio del derecho de la mujer a la salud requiere que se supriman todas las barreras que se oponen al acceso de la mujer a los servicios de salud, educación e información, en particular en la esfera de la salud sexual y reproductiva”⁷. A su vez, el Comité ha afirmado que los Estados Partes deben adoptar “medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia [...] los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información”⁸.

Los artículos 2(2) y 3 del PIDESC garantizan el derecho a la no discriminación, específicamente por motivos de “sexo, origen social u otra condición”⁹. Para este fin, el Comité ha caracterizado el deber de prevenir la discriminación en el acceso a la atención en salud como una «obligación fundamental» del Estado¹⁰. A pesar de estas protecciones y la orientación del Comité para su interpretación, la salud reproductiva de las mujeres en el Perú, particularmente sus derechos a un embarazo y parto seguros, acceso al aborto legal

⁵ *Id.* art. 12(1).

⁶ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC), *Observación General N° 14*: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, par. 8, U.N. Doc. E/C.12/2000/4 (2000), disponible en [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4). [En lo sucesivo, CDESC, *Observación General N° 14*].

⁷ *Id.* par. 21.

⁸ *Id.* par. 14.

⁹ PIDESC, arts. 2(2) y 3.

¹⁰ CDESC, *Observación General N° 14*, par. 19.

y a métodos anticonceptivos integrales, y el derecho al acceso a servicios de atención de salud reproductiva sin discriminación basada en sexo, edad o estatus, se están abandonando y violando.

La obligación de proteger, respetar y garantizar el derecho a la salud sin discriminación como está reconocida por el PIDESC, se encuentra en el núcleo de los derechos reproductivos, que, por lo tanto, incluye el derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva e información, sin discriminación. Dichos derechos están firmemente basados en diversos tratados internacionales de los que el Perú es parte¹¹ y son fundamentales para el ejercicio de los derechos de las mujeres a la vida, salud, dignidad, igualdad y autodeterminación. En efecto, los derechos delineados en estos instrumentos están integrados en la legislación nacional¹², y, “las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú”¹³. Por otra parte, el Tribunal Constitucional Peruano ha determinado que «los tratados

¹¹ Aparte del PIDESC, el Perú ha ratificado el Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), *adoptado* el 16 de dic. 1966, Res. A.G. 2200A (XXI), U.N. GAOR, Supp. N° 16, at 52, U.N. Doc. A/6316 (1966), 999 U.N.T.S. 171 (*entró en vigor* el 23 de marzo, 1976); la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), *adoptada* el 18 de dic. 1979, Res. A.G. 34/180 (XXXIV), U.N. GAOR, Supp. N° 46, at 193, U.N. Doc. A/34/46 (*entró en vigor* el 3 de set., 1981); la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC), *adoptada* el 20 de nov., 1989, Res. A.G. 44/25 (XLIV), Anexo, U.N. GAOR, Supp. N° 49, at 166, U.N. Doc. A/44/49 (1989) (*entró en vigor* el 2 de set., 1990); y la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (CAT), *adoptada* el 10 de dic., 1984, Res. A.G. 39/46 (XXXIX), Anexo, U.N. GAOR, Supp. N° 51, at 197, U.N. Doc. A/39/51 (1984) (*entró en vigor* el 26 de junio, 1987), entre otros. Además, el Comité DESC también ha establecido en su Observación General N° 9 que la legislación nacional deberá ser interpretada de acuerdo con las obligaciones internacionales del Estado: “Por eso, cuando un responsable de las decisiones internas se encuentre ante la alternativa de una interpretación de la legislación interna que pondría al Estado en conflicto con el Pacto y otra que permitiría a ese Estado dar cumplimiento al mismo, el derecho internacional exige que se opte por esta última”. CDESC, Observación *General N° 9: La aplicación interna del Pacto*, párr. 15, U.N. Doc. E/C.12/1998/24. Como tal, el Perú está obligado a defender los derechos reproductivos de las mujeres, ya que están consagrados en los tratados internacionales de los que es parte, y a tomar medidas para cumplir las recomendaciones e interpretaciones de estos derechos, según lo dispuesto por los organismos de las Naciones Unidas de monitoreo de los tratados.

¹² Constitución Política de Perú (1993) [en lo sucesivo Const. Perú], Art. 55.

¹³ *Id.* Cuarta Disposición final y transitoria.

internacionales de derechos humanos de los cuales el Estado peruano es parte integran el ordenamiento jurídico”¹⁴.

Sin embargo, la desigualdad impregna todas las esferas de la vida en el Perú. El Perú es identificado como un país de ingresos medios, pero más de la mitad de la población vive en la pobreza. Casi una cuarta parte vive en la pobreza extrema¹⁵. La población indígena del Perú está desproporcionadamente representada en las zonas rurales, especialmente entre la población rural pobre. Además, es evidente la disparidad entre las zonas rurales y urbanas pobres del país, con 50,3% de los rurales pobres que viven en la extrema pobreza, mientras que sólo el 9,7% de la población urbana se encuentra en esta situación¹⁶. Esta desigualdad también se manifiesta en el sistema de salud del país, que ocupó el lugar 119/191 en el año 2000 en el escalafón de sistemas de salud equitativos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el lugar 184/191 en la equidad de la distribución financiera¹⁷.

¹⁴ Tribunal Constitucional de Perú, Sentencia N° 0025-2005-PI/TC, numerales 25-34, *disponible en* <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/00025-2005-AI%2000026-2005-AI.html>; Tribunal Constitucional de Perú, Sentencia N° 0217-2002-HC/TC, numeral 2.

¹⁵ Amnistía Internacional. Informe *Deficiencias fatales: Barreras a la salud materna en el Perú*. Madrid: AI, julio 2009, p. 14., *disponible en* <http://www.amnesty.org/es/library/info/AMR46/008/2009> [en lo sucesivo AI, DEFICIENCIAS FATALES].

¹⁶ *Id.*

¹⁷ *Id.*

[REDACTED]

[REDACTED]

**I. EL DERECHO
AL ACCESO A
SERVICIOS DE SALUD
REPRODUCTIVA, SIN
DISCRIMINACIÓN
(ARTÍCULOS 2, 3, Y 12
DEL PIDESC)**

I. EL DERECHO AL ACCESO A SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA, SIN DISCRIMINACIÓN (ARTÍCULOS 2, 3, Y 12 DEL PIDESC)

A. Introducción

Existen problemas estructurales en la protección del derecho a acceder a los servicios de salud reproductiva sin discriminación en el Perú. La mortalidad materna causada por la falta de atención obstétrica es un ejemplo. Existe una relación directa entre la situación jurídica de los servicios de aborto y mortalidad materna en el país. El aborto es legal en el Perú cuando la vida o la salud de las mujeres se encuentran en peligro; sin embargo, a pesar de su legalidad por estos motivos, se dan fallas estructurales en la provisión de dichos servicios que resultan en la negación del acceso al procedimiento. No existe una regulación como un protocolo de atención o un recurso para acceder al aborto cuando sea necesario. Además, en el Perú existe una interpretación restrictiva de la ley que tipifica como delito el aborto incluso en casos de violación y por graves defectos físicos o mentales (que se caracteriza en el Código Penal como aborto eugenésico), perpetuando así un paradigma discriminatorio de género.

La legislación peruana prohíbe la distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia en el sistema público de salud, lo que genera desigualdades en el acceso a este medicamento esencial¹⁸, especialmente en casos de violación. Del mismo modo, existe insuficiente disponibilidad de la anticoncepción regular en el sistema público de salud.

La población con VIH no sólo sufre una grave discriminación en el acceso al tratamiento médico específico para el VIH/SIDA, sino que también experimenta discriminación en el acceso a servicios de salud reproductiva. Esta discriminación se extiende a todas las personas de orientación sexual diversa.

Los obstáculos mencionados en el acceso a servicios de salud reproductiva, que comprenden violaciones de derechos, se ven agravados en el caso de la población adolescente. Los/las adolescentes enfrentan obstáculos legales adicionales en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos en el Perú; todas las relaciones sexuales con y entre menores de edad entre 14 y 18 años se tipifican como delito, independientemente del consentimiento¹⁹.

Por otra parte, la Ley General de Salud establece que ningún menor puede recibir tratamiento quirúrgico o médico sin el consentimiento de su tutor legal. Estas disposiciones tienen consecuencias dramáticas sobre el acceso a servicios de salud reproductiva para adolescentes.

En las secciones siguientes se abordarán cada una de las violaciones al derecho a la salud sin discriminación consagrado en los artículos 2, 3 y 12 del PIDESC en el orden indicado anteriormente.

¹⁸ Organización Mundial de la Salud (OMS), *Lista modelo de medicamentos esenciales* (16ª ed., actualizada) (mar. 2009), disponible en http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/Updated_sixteenth_adult_list_en.pdf.

¹⁹ Perú, Código Penal (1991), Art. 173.

SALUD

2ALUD

B. La discriminación de las mujeres en el ejercicio del derecho a la salud

El artículo 12(2)a del Pacto reconoce el derecho a la salud materna e infantil y este Comité²⁰ ha interpretado que este derecho comprende la salud reproductiva, incluyendo “la libertad para decidir si desean reproducirse y en qué momento, y el derecho de estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como el derecho de acceso a los servicios de atención de la salud apropiados que, por ejemplo, permitirán a las mujeres pasar sin peligros las etapas del embarazo y el parto”²¹.

Los artículos 2(2) y 3 del PIDESC garantizan para todas las personas “igual derecho a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales”²², sin discriminación, especialmente por motivos de “raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social”²³. Este Comité ha afirma que el sexo está entre las razones de discriminación prohibidas²⁴ y advierte que se debe ejercer una vigilancia particular –“enfaticada”– para evitar la discriminación en el contexto del derecho a la salud haciendo “hincapié en la igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud”²⁵.

²⁰ PIDESC, art. 12(2)a. (“[Las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños”).

²¹ CDESC, *Observación General Nº 14*.

²² PIDESC, arts. 2(2) y 3.

²³ *Id.* art. 2(2).

²⁴ CDESC, *Observación General Nº 20: La no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales* (art. 2, párr. 2), U.N. Doc. E/C.12/GC/20 (2009), disponible en <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cescr/comments.htm>.

²⁵ *Id.* párr. 19.

Este Comité ha aclarado que los Estados Partes del PIDESC tienen la obligación positiva de garantizar la salud infantil y materna, y la salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a la planificación familiar, atención obstétrica de urgencia, y a la información²⁶. El Comité reconoce el vínculo indisoluble que existe entre los derechos de las mujeres a la no discriminación y a la salud, incluida la salud reproductiva: «el ejercicio del derecho a la salud de las mujeres requiere la eliminación de todas las barreras que se oponen con el acceso a servicios de salud, educación e información, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva»²⁷.

La atención obstétrica, los servicios para el aborto y la anticoncepción de emergencia incluyen servicios de salud que sólo las mujeres necesitan. La negación de los servicios de atención sanitaria de calidad, oportunos y apropiados que sólo necesitan las mujeres constituye discriminación y una violación de las obligaciones internacionales del Perú en virtud del Pacto. La no discriminación es un factor esencial en el cumplimiento del acceso al derecho a la salud, entre otros, que los Estados Partes deben adoptar medidas para cumplir.

Este Comité ha caracterizado el deber de prevenir la discriminación en el ejercicio del derecho a la salud y el acceso a servicios de salud como una «obligación fundamental»²⁸ de los Estados Partes; “los Estados tienen la obligación especial... de impedir toda discriminación basada en motivos internacionalmente prohibidos, en especial por lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud”²⁹. La Observación General N° 14 reafirma las obligaciones de los Estados de garantizar “el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria, en especial por lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados”³⁰, incluyendo a las mujeres.

²⁶ *Id.* pár. 14.

²⁷ *Id.* pár. 21.

²⁸ *Id.* pár. 19.

²⁹ *Id.* pár. 19.

³⁰ *Id.* pár. 43.

1. Panorama de la mortalidad materna en el Perú

De acuerdo con estadísticas presentadas el 2009 por el Ministerio de Salud de Perú (MINSA), el Perú tiene la segunda mayor tasa de mortalidad materna en Sudamérica después de Bolivia. En el 2000, la tasa de mortalidad materna en Perú era de 185 por cada 100,000 nacidos vivos³¹. Según la OMS, en 2010, 240 mujeres mueren por cada 100,000 nacidos vivos, el promedio regional es de 99³². Esta alta tasa de muertes maternas no sólo expone la desigualdad y la exclusión social que sufren las mujeres peruanas, sino que también revela la debilidad del marco institucional nacional. En 2009, el MINSA informó que «las causas de la mortalidad (materna) en los últimos cinco años son las mismas que para el año 2007: hemorragias (40.5%), hipertensión arterial como consecuencia del embarazo (19%), aborto (6%) e infecciones (6%), la mayoría de las muertes ocurren durante el parto (preeclampsia) y después del nacimiento (letargo del útero)»³³. Estas condiciones se definen como causas directas de muerte materna, pero también existen muchas causas indirectas, que son casi siempre evitables. El MINSA ha informado que el 71% de las muertes maternas se derivan de causas directas y el 29% de causas indirectas³⁴. Las causas indirectas de muerte materna se relacionan con la falta de acceso a servicios de aborto legal en el Perú.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000, los principales determinantes de la mortalidad materna se concentran en las mujeres menores de 18 años de edad y mujeres mayores de 35 años que tienen más de tres hijos y más de dos años entre los embarazos³⁵. Por otra parte,

³¹ Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. *Plan Estratégico Nacional para La Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2015*. Lima: Ministerio de Salud, 2009, p. 23, disponible en http://www.minsa.gob.pe/servicios/serums/2009/normas/1_penrmm.pdf [en lo sucesivo MINSA, Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal].

³² OMS, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*, disponible en http://www.who.int/whosis/who-stat/EN_WHS10_Full.pdf.

³³ MINSA, *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal*, p. 27.

³⁴ *Id.* p. 23.

³⁵ MINSA, *Información de Mortalidad (2004)*, disponible en http://www.minsa.gob.pe/ogei/estadistica/Archivos/SalaSituacional/04_Mortalidad.pdf.

^{31b} En el 2000 la estimación de muertes maternas fue de 185 por cada 100 mil nacidos vivos; en el 2009, fue de 103. INEI, ENDES 2009, p. 166.

entre 1999 y 2001, «el 50% de la población más pobre carga el 85% de las muertes maternas registradas en el país»³⁶. Según el Departamento de Epidemiología, que registra las muertes maternas que ocurren en el sistema público de salud, la mayoría de las muertes se producen en las regiones más pobres del país, como Cajamarca y Puno.

Si bien el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) recopiló información relativa a las tasas de mortalidad materna en 2000 y 2009, ninguna de estas encuestas incluyó información estadística básica como el nivel económico o la educación de las mujeres, factores que contribuyen a la mortalidad materna. Además, los datos oficiales sobre la mortalidad materna han sido severamente cuestionados en los últimos años. En 2002, el gobierno peruano anunció una reducción de la mortalidad materna a 164 x 100,000 nacidos vivos, pero esta cifra fue retirada después de que su veracidad fuera cuestionada³⁷.

Como parte de su compromiso con la reducción de la mortalidad materna, que, adhiriendo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio obligan a Perú a reducir la tasa de mortalidad materna a 66 x 100,000 nacidos vivos para el año 2015, el MINSA ha desarrollado el Plan Estratégico Multisectorial para la Reducción de la Mortalidad Materna. Pero este plan no obliga a los gobiernos regionales, y no tiene fondos suficientes para formular o implementar un plan de promoción sostenible.

El derecho a la no discriminación en el contexto de la atención de la salud materna, requiere que los Estados garanticen el acceso a la asistencia sanitaria de calidad a las poblaciones más vulnerables, incluidas las minorías étnicas y las personas que viven en las zonas rurales y de bajos ingresos. El Pacto obliga a los Estados Partes a garantizar que el derecho a la salud pueda ser ejercido «sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social»³⁸.

³⁶ *Id.*

³⁷ *Id.*

³⁸ PIDESC, art. 2(2).

Cuando los Estados no garantizan que la calidad de servicios de salud específicos, tales como la atención obstétrica, anticonceptiva, ginecológica y prenatal, estén disponibles para todas las mujeres, violan los derechos de la mujer a la salud³⁹ y a la no discriminación como una obligación de aplicación inmediata⁴⁰. Por lo tanto, Perú tiene la obligación de proporcionar servicios de atención de la salud reproductiva accesibles, disponibles y con calidad, los cuales permiten a las mujeres ejercer su derecho al más alto nivel posible de salud, tal como se define en el artículo 12. Por otra parte, el Comité CEDAW, en relación con el Perú, ha tomado nota «con preocupación que el aborto ilegal siga siendo una de las principales causas de la alta tasa de mortalidad materna, y que la interpretación restrictiva del Estado Parte del aborto terapéutico, que es legal, puede inducir a las mujeres a buscar abortos inseguros e ilegales». Es importante destacar que el Comité CEDAW ha expresado preocupación porque “el Estado Parte no aplicó las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra el Perú (CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005))»⁴¹.

El grave panorama de la salud reproductiva del Perú expone cuatro problemas estructurales en el sistema nacional de salud pública respecto a la mortalidad materna: i) Hay una falta de comprensión de las condiciones en que se producen las muertes relacionadas con el embarazo; ii) La mortalidad materna, particularmente debido a la negación de la atención obstétrica de calidad y oportuna, tiene un impacto más severo sobre la población más pobre; iii) Hay una atención desigual a las mujeres adolescentes, especialmente a las víctimas de violencia sexual; y, iv) La penalización del aborto lleva a las mujeres a buscar abortos en condiciones inseguras que pueden causar complicaciones graves como hemorragias, que comprenden el 41% de todas las muertes maternas en el Perú.

³⁹ Véase en general, CDESC, *Observación General N° 14*, párs. 12, 21.

⁴⁰ Véase en general, CDESC, *Observación General N° 16: La igualdad de derechos del hombre y la mujer al disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales*, U.N. Doc. E/C.12/2005/4 (2005), disponible en [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/7c6dc1dee6268e32c125708f0050dbf6/\\$FILE/G0543539.pdf](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/898586b1dc7b4043c1256a450044f331/7c6dc1dee6268e32c125708f0050dbf6/$FILE/G0543539.pdf).

⁴¹ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), *Observaciones Finales: Perú*, pár. 24, U.N. Doc. CEDAWC/PER/CO/6 (2007).

La penalización del aborto está directamente relacionada con las altas tasas de mortalidad materna. Un informe de 2009 de Amnistía Internacional demuestra que las principales causas de mortalidad materna en el Perú son las hemorragias (40.5%), la preeclampsia (18.9%), el aborto (6.1%) e infecciones (6.1%) y el 26.5% de las muertes tenía otras causas⁴².

2. La discriminación a las mujeres en el acceso a los servicios de salud reproductiva: Aborto

El aborto inseguro es una de las cinco causas principales de muerte relacionada con el embarazo en el Perú⁴³, donde una de cada siete mujeres que se someten a abortos es hospitalizada por complicaciones asociadas⁴⁴. Es revelador que sea mayor el porcentaje de mujeres pobres que corran riesgo de complicaciones al someterse a un aborto que el de las mujeres que no son pobres⁴⁵. La falta de claridad en torno al derecho y el acceso a servicios de aborto con frecuencia lleva a las mujeres a buscar abortos clandestinos, ilegales e inseguros. Según un informe de 2006, aproximadamente 371,420 abortos inseguros se realizan en el Perú cada año⁴⁶. El MINSA informó que en ese año, 40,794 abortos incompletos fueron tratados en centros de salud pública pero se informa de una tasa de 10% de omisión de casos reportados debido a información insuficiente o inexacta en el Perú⁴⁷ de tal manera que, en realidad, más mujeres son hospitalizadas y están innecesariamente en peligro.

⁴² Amnistía Internacional. *Deficiencias fatales*, p. 14.

⁴³ *Id.*

⁴⁴ *Id.*

⁴⁵ Ferrando, Delicia. *El aborto clandestino en el Perú. Revisión*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, diciembre de 2006, p. 20. (44% de las mujeres pobres rurales que se someten a un aborto corren el riesgo de complicaciones mientras que el 27% de las mujeres pobres urbanas están en riesgo; 24% de las mujeres rurales no pobres tienen riesgo de complicaciones mientras que sólo el 5% de las mujeres urbanas no pobres corren este riesgo).

⁴⁶ *Id.*

⁴⁷ Amnistía Internacional. *Deficiencias fatales*, p. 14.

Aunque el aborto se encuentra penalizado, el aborto terapéutico para salvar la vida y proteger la salud de la mujer embarazada es permitido por el Código Penal del Perú desde 1924. En el actual Código Penal, de 1991, el «aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada [...] no es punible cuando es el único medio para salvar la vida de la mujer o para evitar daños graves y permanentes a su salud»⁴⁸.

La falta de acceso a los servicios de aborto legal contribuye a la alta tasa de mortalidad materna en Perú. En varias ocasiones, este Comité ha vinculado los abortos ilegales e inseguros a las altas tasas de mortalidad materna⁴⁹. La negativa sistemática del Perú para cumplir con la ley que autoriza el aborto terapéutico cuando la vida de una mujer o su salud están en peligro, y su interpretación restrictiva de la ley, viola los derechos fundamentales de las mujeres contemplados en su Constitución, así como los derechos promovidos y reconocidos por este Comité y el Derecho Internacional. A pesar de la protección implícita y explícita en el derecho internacional, la salud y los derechos reproductivos de las mujeres en el Perú, así como su igualdad como ciudadanas de pleno derecho, y su derecho a vivir con dignidad, se ven amenazados y violados por falta de acceso al aborto terapéutico legal. La negación de los servicios de aborto legal a menudo agrava la vulnerabilidad de los grupos ya marginados, incluidos los adolescentes. Dos casos ante los órganos de monitoreo de los tratados de las Naciones Unidas revelan la situación sistemática en el Perú y la especial necesidad de la adopción de un protocolo de atención para los casos donde el aborto es legal.

⁴⁸ Perú, Código Penal (1991), Art. 119.

⁴⁹ Ver, CDESC, *Observaciones Finales: Benín*, U.N. Doc. CESCR E/C.12/1/Add.78 (2002); *Brasil*, U.N. Doc. CESCR E/C.12/1/Add.87 (2003); *Camerún*, U.N. Doc. CESCR E/C.12/1/Add.40 (1999); *Mauricio*, U.N. Doc. E/C.12/1994/8 (1994); *México*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.41 (1999); U.N. Doc. E/C.12/MEX/CO/4 (2006); *Nepal*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.66 (2001); *Panamá*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.64 (2001); *Paraguay*, U.N. Doc. E/C.12/PRY/CO/3 (2008); *Polonia*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.26 (1998); *Federación Rusa*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.94 (2003); *Senegal*, U.N. Doc. E/C.12/1/Add.62 (2001).

K.L.⁵⁰ tenía 17 años y llevaba un embarazo deseado en 2001, cuando el feto fue diagnosticado con anencefalia, una malformación incompatible con la vida extrauterina. K.L. no sólo sufrió de una depresión grave, sino también náuseas y otros síntomas físicos. Alentada por sus médicos que consideraban su embarazo como «un riesgo que amenaza la vida», y porque «sufría secuelas psicológicas severas acentuadas por su condición de menor»⁵¹, K.L. solicitó un aborto terapéutico, pero éste le fue negado por los funcionarios estatales de salud del Perú. Ella se vio obligada a llevar su embarazo a término, dando a luz a un bebé que murió poco después de nacer. Este caso fue presentado ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH) en 2002, y en 2005, el Comité emitió una resolución reconociendo el embarazo forzado de K.L. como un trato cruel, inhumano y degradante y una violación de los artículos 2, 7, 17, y 24 del PIDCP.

El CDH recomendó también que el Perú implemente las medidas y proporcione los recursos para evitar que estos casos ocurran en el futuro⁵², pero el Estado no ha cumplido con las recomendaciones de adoptar lineamientos legales claros para la prestación de aborto legal⁵³ y estos casos se siguen produciendo.

Se ha estimado que en el Perú, alrededor de 945 recién nacidos al año sufren de malformaciones graves incompatibles con la vida. Los estudios comparados señalan que entre el 3% y 5% de todos los nacimientos presenta algún tipo de defecto al nacer y que el 5% de ellos presenta malformaciones incompatibles con la vida. En el Perú hay 630,000 nacimientos por año⁵⁴.

⁵⁰ Comité de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH), *K.L. v. Perú*, Comunicación N° 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005), disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/undocs/1153-2003.html>.

⁵¹ *Id.*

⁵² *Id.*

⁵³ Human Rights Watch. *Informe Mundial 2010*. U.S.: Human Rights Watch, 2010, disponible en <http://www.hrw.org/world-report-2010>.

⁵⁴ Chávez Alvarado, Susana (editora). *Apuntes para la acción: El derechos de las mujeres a un aborto legal*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX, setiembre 2007, p. 49, disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/apuntesabortolegalsegedicion.pdf> [en lo sucesivo PROMSEX, *Apuntes para la acción*].

En el caso de L.C. vs el Perú⁵⁵, presentado ante el Comité CEDAW, se le negó un aborto terapéutico a una niña de 13 años de edad, a pesar de que era necesario para mejorar su diagnóstico de cuadriplejía. L.C., que vive en una región empobrecida, cerca de Lima, fue violada varias veces y quedó embarazada. Desesperada, intentó suicidarse saltando de un edificio de dos pisos. Ella fue descubierta y llevada al hospital, donde los médicos concluyeron que necesitaba una intervención de emergencia para realinear su columna vertebral. A pesar de este consenso y a pesar de la ley de aborto en Perú, los médicos se negaron a operar a L.C. una vez que se dieron cuenta que estaba embarazada. En varias ocasiones, L.C. y su madre solicitaron el aborto a las autoridades del hospital, pero fue en vano. Finalmente, L.C. sufrió un aborto espontáneo y le realizaron la cirugía correctiva de columna cuatro meses después. Pero ya era demasiado tarde y el procedimiento tuvo poco efecto: L.C. es cuadriplejica. Su condición ha afectado a su familia.

A la fecha, el MINSa no ha aprobado el protocolo de atención para casos de aborto legal, pese a que lo ha ofrecido en múltiples ocasiones⁵⁶.

No garantizar el acceso legal al aborto terapéutico pone directamente en peligro la salud y la vida de las mujeres que lo necesitan –e incluso puede llegar a sacrificarlas– y también “le niega a las mujeres su dignidad y su derecho a la

⁵⁵ Petición en nombre de L.C. contra Perú presentada ante el Comité CEDAW por el Centro de Derechos Reproductivos y PROMSEX en el 2009. Ver <http://reproductiverights.org/en/case/lc-v-peru-un-committee-on-the-elimination-of-discrimination-against-women>.

⁵⁶ El ofrecimiento de un Protocolo Nacional de Atención en los casos de aborto terapéutico ha tenido gran presencia en los medios de comunicación. Véase *Ministro Ugarte: “Próximamente será divulgado protocolo sobre el aborto terapéutico”*, ANDINA, 30 de set., 2010, <http://www.andina.com.pe/Ingles/Noticia.aspx?id=jXRtUhw5Gy4=>; *Aborto terapéutico en dos o tres meses*, PERÚ21, 28 de mayo, 2010, <http://peru21.pe/noticia/486496/peru-aplicarian-aborto-terapeutico>; *Piden aprobar protocolo de aborto legal*, PERÚ21, 29 de mayo, 2010, <http://peru21.pe/impres/noticia/piden-aprobar-protocolo-aborto-legal/2010-05-29/276174>; Vanessa Herrera, *Piden al Ministro Ugarte honrar su palabra*, LA REPÚBLICA, 8 de set., 2010, <http://www.larepublica.pe/archive/all/larepublica/20100908/23/node/288041/todos/13>; *Abortos terapéuticos no cuentan con protocolos*, PERÚ21, 16 de feb., 2011, <http://peru21.pe/impres/noticia/abortos-terapeuticos-no-cuentan-protocolos/2011-02-16/297203>.

libre autodeterminación”⁵⁷. En el marco del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), los Estados Partes están obligados a salvaguardar a sus ciudadanos de la pérdida de la vida prevenible y arbitraria⁵⁸, y de aumentar la esperanza de vida⁵⁹. En consecuencia, el Perú es responsable de garantizar el acceso al aborto terapéutico con el fin de proteger los derechos de las mujeres a la salud, la dignidad y la autodeterminación, así como a la igualdad sexual, y a garantizar la no discriminación, de conformidad con los principios establecidos en el PIDESC.

Este Comité entiende la obligación de no discriminación a los sectores más vulnerables en establecimientos de salud como aplicable tanto en la práctica como en la ley. En la Observación General N° 14, el Comité explica esto como el respeto por la ética médica, las consideraciones de género, la confidencialidad y la satisfacción de los mejores estándares de salud⁶⁰. Por esta razón, cada órgano de monitoreo de tratados ha establecido explícitamente la importancia de garantizar los derechos de las mujeres a la salud, incluida la salud reproductiva, y para implícitamente tener en cuenta las necesidades particulares impuestas por la diferencia biológica⁶¹. Este Comité recomienda una perspectiva de género en todos los programas relacionados con la salud mediante el reconocimiento de los factores biológicos y socioculturales que son determinantes de la salud de las mujeres⁶². El CDH ha establecido que

⁵⁷ Relatora Especial sobre la Violencia contra las Mujeres. *Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra las mujeres, sus causas y consecuencias, Sra. Radhika Coomaraswamy, de conformidad con la resolución de la Comisión de Derechos Humanos 1997/44, la Integración de los Derechos Humanos de la Mujer y la Perspectiva Género, Adenda: Políticas y prácticas que impactan los derechos reproductivos de las mujeres y contribuyen, a causar o constituir violencia contra las mujeres*, párs. 48, 59, U.N. Doc. E/CN.4/1999/68/ Add.4 (ene. 21, 1999), disponible en <http://www.unhchr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/4cad275a8b5509ed8025673800503f9d?Opendocument>.

⁵⁸ CDH, Observación General N° 6: El derecho a la vida (art. 6), Sesión 16ª, 1982, en Compilación de las Observaciones Generales y Recomendaciones Generales adoptadas por los Organismos de Tratados de Derechos Humanos, U.N Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, at 6 (1994), disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/hrcom6.htm>.

⁵⁹ *Id.*

⁶⁰ CDESC, *Observación General N° 14*, párr. 12(b)(i), (c).

⁶¹ Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24: Mujeres y Salud*, párr. 12(a), U.N. Doc. A/54/38, at 5 (1999), disponible en [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/77bae3190a903f8d80256785005599ff?Opendocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/77bae3190a903f8d80256785005599ff?Opendocument) [en lo sucesivo, Comité CEDAW, *Recomendación General N° 24*].

⁶² CDESC, *Observación General N° 14*, párr. 20.

la falta de acceso de las mujeres a los servicios de salud reproductiva viola los derechos de las mujeres a la igualdad y la vida, reconociendo que la falta de servicios disponibles y de información sobre planificación familiar, incluyendo el aborto, comprometen la capacidad de las mujeres a la igualdad de participación en todos los aspectos sociales y económicos de la vida pública, y el aumento de embarazos no deseados, los abortos ilegales e inseguros, así como la mortalidad materna⁶³.

El que el Perú no informe adecuadamente a las mujeres y las niñas de su derecho al aborto terapéutico y les proporcione recursos legales cuando este derecho les es negado, establece una profunda carga en el sistema de salud pública. Además, el Comité contra la Tortura reconoce que las leyes que prohíben el aborto, incluso para preservar la vida de las mujeres embarazadas, violan las normas éticas de la profesión médica⁶⁴.

Al no instruir al personal médico de la protección que la ley asigna a las mujeres y las niñas que necesitan un aborto terapéutico, o de su obligación profesional y ética de proporcionarles este servicio⁶⁵, el Perú atenta contra los estándares éticos de su personal médico. El Estado debe implementar protocolos para los profesionales clínicos referidos a la provisión del aborto terapéutico para evitar violaciones éticas, y proteger la vida, la salud y la dignidad de las mujeres.

⁶³ CDH, *Observaciones Finales: Georgia*, párr. 12, U.N. Doc. CCPR A/52/40 (1997); *Mongolia*, párr. 8(b), U.N. Doc. CCPR A/55/40 (2000); *Perú*, párr. 21, U.N. Doc. CCPR A/51/40 (1996); *Perú*, párr. 20, U.N. Doc. CCPR A/56/40 (2001).

⁶⁴ Comité contra la Tortura, *Observaciones Finales: Nicaragua*, CAT/C/NIC/CO/1 (2009).

⁶⁵ Normas internacionales de la Asociación Médica Mundial y de la Federación Internacional de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FIGO) enfatizan el deber esencial de los/las proveedores a actuar en el mejor interés de sus pacientes.

Por otra parte, aunque el MINSA ha regulado la atención médica para emergencias obstétricas, incluidas las complicaciones post-aborto tales como el aborto séptico⁶⁶, todavía hay normas que obligan a los operadores de salud a denunciar a las pacientes que buscan atención post-aborto⁶⁷. Si bien no todos los operadores de salud cumplen con estas disposiciones, las mujeres se abstienen de buscar atención por el temor a ser procesadas.

El artículo 120 del Código Penal peruano establece una sanción penal para los casos de aborto cuando la mujer ha sido violada. El mismo artículo establece una pena atenuada al aborto de un embarazo producto de una violación fuera del matrimonio; mientras que no considera dicha atenuación si el aborto es de una violación dentro del matrimonio.

Es de gran preocupación que se penalice el aborto en casos de violencia sexual. Esto es particularmente relevante ya que el 12% de las mujeres peruanas al menos una vez ha sido obligada a tener relaciones sexuales que no quería o no aprobaba⁶⁸. Un estudio encontró que casi la mitad de las mujeres en edad fértil de Cusco (46.6%) y casi una cuarta parte de las mujeres de Lima (22.5%) ha experimentado algún tipo de violencia sexual por parte de su pareja, siendo la forma más frecuente las relaciones sexuales forzadas físicamente, las cuales han sido vividas por un 37.6% de mujeres en Cusco

⁶⁶ MINSA, Resolución Ministerial N° 295-2006-MINSA del 26 de julio de 2006, que aprueba la Guía Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive.

⁶⁷ Dicho mandato es establecido en las siguientes leyes: Ley 26842, Ley General de Salud, art. 30 (El médico que brinda atención médica a una persona por herida de 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); Decreto Legislativo 957, Nuevo Código Procesal Penal, art. 326 (Facultad y obligación de denunciar.- 1. Cualquier persona tiene la facultad de denunciar los hechos delictuosos ante la autoridad respectiva, siempre y cuando el ejercicio de la acción penal para perseguirlos sea público. 2. No obstante lo expuesto, deberán formular denuncia: a) Quienes están obligados a hacerlo por expreso mandato de la Ley. En especial lo están los profesionales de la salud por los delitos que conozcan en el desempeño de su actividad, así como los educadores por los delitos que hubieren tenido lugar en el centro educativo).

⁶⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES continua 2009). Informe principal*. Lima: INEI, mayo de 2010, p. 270-271, disponible en <http://desa.inei.gob.pe/endes/> [en lo sucesivo INEI, ENDES 2009].

y un 16.4% en Lima⁶⁹. Otros estudios señalan que aproximadamente un 5% de esas mujeres resultan con un embarazo no deseado, lo que aplicado al caso peruano equivaldría a un mínimo de 35 mil embarazos anuales como producto de agresiones sexuales⁷⁰.

El CDH ha reconocido el vínculo entre la garantía de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres y la negación del acceso a los abortos en casos de violación o cuando las mujeres se ven obligadas a someterse a abortos «clandestinos que amenazan su vida»⁷¹, como sucede efectivamente en el Perú. Más aún, al permitir implícitamente que los proveedores de salud decidan sobre el acceso de las mujeres a un tratamiento médico legal y básico, de acuerdo a su criterio, como en el caso de L.C., compromete la autonomía y la salud de las mujeres. Asimismo, alienta la estigmatización del aborto, ocultando y perpetuando la discriminación de género en la sociedad peruana dentro del contexto de la salud reproductiva. Este Comité ha observado que la negación del acceso a los servicios específicos de salud reproductiva de las mujeres compromete el principio básico de no discriminación. Negar el acceso a servicios de aborto, particularmente en los casos de violación, priva a las mujeres de su capacidad para disfrutar plenamente del más fundamental de los derechos.

El artículo 120 del Código Penal también penaliza los abortos eugenésicos, que son definidos por dicho artículo como casos de graves defectos físicos o mentales, determinados por un médico. Esa legislación también debería ser revisada.

⁶⁹ Gúezmes, Ana y otras. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú. Estudio Multi-céntrico de la OMS sobre la Violencia de pareja y la salud de las mujeres*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002.

⁷⁰ PROMSEX, *Apuntes para la Acción*, p. 53-54.

⁷¹ CDH, *Observación General N° 28*, U.N. Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10 (2000) [en lo sucesivo CDH, *Observación General N° 28*].

En octubre del año 2009, la Comisión Especial Revisora del Código Penal⁷² aprobó en el anteproyecto del nuevo Código Penal, despenalizar el aborto en los casos de violación sexual, inseminación artificial o transferencia de un óvulo fecundado no consentidas y cuando hay malformación fetal, siempre que exista diagnóstico médico. Esta revisión ha estado pendiente durante más de dos años. Más aún, existe incertidumbre sobre si esta propuesta se aprobará cuando sea considerada.

La falta de acceso al aborto seguro y legal compromete severamente el derecho a la salud de mujeres y niñas en el Perú, violando lo consagrado en el PIDESC y su deber de adoptar medidas positivas para garantizar ese derecho.

3. La discriminación de las mujeres en el acceso a la atención en salud reproductiva: Anticoncepción

El acceso a la anticoncepción para las mujeres en el Perú es a su vez desigual e injusto. La Oficina del Defensor del Pueblo ha informado de dos problemas críticos⁷³: en primer lugar, hay una escasez constante de anticonceptivos modernos, incluyendo píldoras, inyecciones y la anticoncepción de emergencia; en segundo lugar, aunque los servicios de planificación familiar son gratuitos, la Oficina informa de constantes cobros indebidos e ilegales⁷⁴. Las estadísticas de la ENDES del 2000, 2004 y 2009 reflejan un incremento progresivo

⁷² El 26 de marzo de 2008 se instaló la Comisión Especial Revisora del Código Penal con tres congresistas y comisionados/as representantes de las siguientes instituciones: Poder Judicial, Ministerio Público, Defensoría del Pueblo, Ministerio de Justicia, Colegio de Abogados de Lima, tres representantes de las universidades de la República, que tengan facultades de Derecho con antigüedad no menor de diez años, designados por la Asamblea Nacional de Rectores.

⁷³ La Defensoría del Pueblo tiene tres informes de supervisión a los servicios de planificación familiar: el Informe Defensorial N° 90 (2005), el Informe Defensorial N° 111 (2007) y el Informe de Adjuntía N° 001-2009-DP/ADDM (2009).

⁷⁴ Defensoría del Pueblo. Adjuntía para los Derechos de la Mujer. *Segundo Reporte sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Informe de Adjuntía N° 001-2009-DP/ADDM*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009, p. 166-192, disponible en <http://www.defensoria.gob.pe/inform-varios.php>.

en el uso de métodos tradicionales, debido a la falta de disponibilidad de anticonceptivos modernos. En el área urbana, el 74.5% usa algún tipo de método: el 53% usa métodos modernos y el 21.3% usa métodos tradicionales. En el área rural, el 70% usa algún tipo de método: 42.3% usa métodos modernos y 27.8% usa métodos tradicionales⁷⁵.

En las estadísticas comparadas de las ENDES 2000 y 2009 sobre fuentes de provisión de métodos modernos se evidencia que las farmacias han triplicado su porcentaje como instancia en la cual las mujeres peruanas obtienen (con costo económico) anticonceptivos en detrimento del acceso en los servicios públicos. La problemática en abastecimiento y cobros indebidos en los servicios estatales es particularmente relevante para la salud pública pues aún es este sector el mayor proveedor de métodos anticonceptivos a través del Ministerio de Salud y ESSALUD, que atienden al 68,6% de las usuarias actuales de anticoncepción⁷⁶. Su fracaso para proveer anticonceptivos afecta directamente el ejercicio del derecho a la salud reproductiva de las mujeres más pobres, en tanto la opción a acceder a anticonceptivos está directamente vinculada a la capacidad económica de las mujeres.

La información en el siguiente cuadro, revela la amplia discrepancia entre la tasa deseada de fertilidad de las mujeres en el Perú y la tasa real de fertilidad. Esta brecha responde, en parte, a la falta de acceso a anticonceptivos a lo largo del país, tal como se plantea a continuación.

2000		2004		2009	
Fecundidad deseada	Fecundidad observada	Fecundidad deseada	Fecundidad observada	Fecundidad deseada	Fecundidad observada
1.80%	3.25%	1.85%	2.90%	1.90%	2.95%

Evolución de la tasa de fertilidad. Fuente: INEI (ENDES), elaboración propia

En el 2009, el Tribunal Constitucional del Perú emitió una sentencia que declaró la inconstitucionalidad de la distribución gratuita de la anticoncepción

⁷⁵ Chávez Alvarado, Susana y Luis Távara Orozco. *El derecho a la planificación familiar, una agenda inconclusa en el Perú*. Lima: PROMSEX, noviembre 2010, p. 43, disponible en <http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/PlanificacionFamiliarDocumentoNacional.pdf>

⁷⁶ INEI, ENDES 2009, p. 103.

de emergencia (AOE) en el sistema público de salud, citando violaciones al derecho a la vida. Asimismo, ordenó a los laboratorios que producían la píldora que incluyeran en la posología la advertencia de que dicho producto podría inhibir la implantación del óvulo fecundado; todo en consideración a la supuesta incertidumbre sobre los posibles efectos anti-implantatorios del fármaco⁷⁷.

Sin embargo, en una sentencia previa del 2006, el Tribunal determinó que la píldora tenía efectos anticonceptivos. La sentencia de 2009 no explicó qué cambió en los tres años transcurridos desde su primer pronunciamiento al respecto para que el resultado fuera distinto y en esta ocasión el Tribunal declaró que, a su entender, existía incertidumbre científica sobre los efectos de la AOE; en esta sentencia hay una lectura de la posología al margen de las opiniones especializadas que fueron remitidas por parte de la Organización Panamericana de la Salud, el Colegio Médico del Perú y la Academia Peruana de la Salud, que apoyaron las conclusiones del 2006.

En 2010, el MINSA emitió la Resolución N° 167-20101/MINSA con base en una comunicación de la Organización Panamericana de la Salud, un informe de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) y un oficio del Instituto Nacional de Salud en los que se confirmaba que el levonorgestrel, la píldora anticonceptiva de emergencia, tenía un uso anticonceptivo, que no es abortiva y no tiene efectos secundarios. No obstante, se tramitó una petición argumentando que esta resolución significaba el no cumplimiento de la prohibición de distribuir gratuitamente la anticoncepción de emergencia impuesta por el Tribunal Constitucional. Esta petición fue amparada por un órgano judicial y, consecuentemente, el Ministerio emitió la Resolución N° 652-2010/MINSA por medio de la cual se prohibía nuevamente la distribución gratuita.

⁷⁷ ribunal Constitucional del Perú. Sentencia en el Expediente N° 02005-2009-PA/TC, de fecha 16 de octubre de 2009. Disponible en <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.html>

Esta prohibición de la anticoncepción de emergencia impuesta al Ministerio de Salud afecta el derecho de las mujeres pobres, en tanto el Estado es el principal proveedor de estos métodos para ellas. En 2007, 29,682 kits de anticoncepción de emergencia fueron distribuidos; 24,198 en 2008 y 27,731 entre enero y septiembre de 2009⁷⁸.

Esta prohibición ha tenido consecuencias particularmente duras para las mujeres que quedaron embarazadas a consecuencia de violencia sexual. Los lineamientos oficiales del MINSA respecto a la violencia contra las mujeres⁷⁹, declaran la obligación de ofrecer y administrar la anticoncepción de emergencia a las mujeres víctimas de violencia sexual.

La Observación General N° 14 de este Comité afirma que la prohibición de discriminación en los servicios de derechos sexuales y reproductivos es una obligación de aplicación inmediata⁸⁰. En la misma Observación General, también se deja sentado que los Estados, en cumplimiento con su deber de respetar el derecho a la salud, tienen la obligación legal de abstenerse de denegar o limitar el igual acceso de todas las personas a los servicios preventivos de salud e imponer prácticas discriminatorias como una política de Estado; más aún, las obligaciones de respeto incluyen la obligación del Estado de abstenerse de prohibir o impedir el cuidado preventivo. Asimismo, los estados deben abstenerse de limitar el acceso a anticonceptivos u otros medios para mantener la salud sexual, censurar o intencionalmente distorsionar información respecto a la salud, incluyendo educación e información sexual⁸¹.

Las políticas adoptadas por el Estado Peruano prohibiendo la distribución gratuita de anticoncepción de emergencia violan el derecho al más alto estándar posible de salud e impone un régimen desigual que es regresivo con relación a las políticas una vez adoptadas por el Estado.

⁷⁸ DEMUS. *Informe Regional de Derechos Humanos y Justicia de Género – Perú*. Lima: DEMUS, 2010, p.164 (Documento en proceso de publicación).

⁷⁹ El protocolo sobre violencia contra la mujer está incluido en las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud sexual y Reproductiva aprobadas por Resolución Ministerial N° 668-2004/ MINSA.

⁸⁰ CDESC, *Observación General N° 14*, p. 43.

⁸¹ *Id.* p. 34.

V I H

H V

C. La discriminación en el acceso al cuidado de la salud reproductiva a causa del estatus: VIH

De acuerdo al MINSA, a enero de 2010, existen 25,748 personas viviendo con sida y 40,181 casos de VIH en el Perú⁸². Debido a la gravedad de este tema, la Defensoría del Pueblo emitió un informe⁸³ respecto a la prevalencia y causas del VIH/sida en el Perú, tal como es reportado por ONUSIDA. La tasa de prevalencia de hombres adultos en el Perú es de 0,5% y de 0,3% para mujeres. El 97% de personas viviendo con VIH/sida contrajeron la enfermedad a través de relaciones sexuales, el 2% por transmisión vertical y el 1% a través de transfusiones de sangre⁸⁴.

Aunque la tasa de prevalencia para la población general del Perú es menor al 1%⁸⁵, es mayor entre los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH): 5%. Otras poblaciones en alto riesgo son trabajadores(as) sexuales y aquellos que se encuentran en prisión⁸⁶.

⁸² VÍA LIBRE. *Informe del cumplimiento de las metas de la UNGASS-SIDA en salud sexual y reproductiva de mujeres y poblaciones trans*. Lima: Vía Libre, 2010, pp. 18-19, disponible en <http://www.portalsida.org/repos/Informe%20comp.%20ssr%20final.PDF>.

⁸³ Defensoría del Pueblo. *Informe Defensorial N° 143, Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/SIDA: supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA*. Lima: Defensoría del Pueblo, 2009, p. 29. Disponible en http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe_143.pdf [En lo sucesivo, Informe Defensorial N° 143].

⁸⁴ *Id.* p. 12.

⁸⁵ Programa Conjunto de las Naciones Unidas Dedicado al VIH/SIDA (UNAIDS), Perú, <http://www.unaids.org/en/Regions/countries/Countries/Peru/>.

⁸⁶ Ver Informe Defensorial N° 143, p. 30. De acuerdo a los estudios de vigilancia centinela en la población HSH la prevalencia de VIH es de 13.9%; sin embargo, el riesgo no se distribuye uniformemente entre toda la población HSH, sino que existen diferentes niveles de prevalencia entre gays, bisexuales, travestis y transgénero, siendo que en las últimas categorías la prevalencia es más alta.

A lo largo de los años, el número de mujeres que ha contraído VIH se ha incrementado considerablemente. De acuerdo al MINSA, la tasa de hombres/mujeres era 12/1 en 1990, mientras que en los últimos 9 años ha sido –y permanece así– de 3/1⁸⁷. Esto se explica parcialmente por el hecho de que un sector de la población HSH es bisexual, hecho que coloca a las mujeres en mayor vulnerabilidad frente a la enfermedad.

Con relación a grupos etáreos, las poblaciones más jóvenes son más vulnerables al VIH/sida. Ciertamente, el 41% de los casos ocurren en personas entre 25-34 años⁸⁸. Las tasas más altas de prevalencia se encuentran en las ciudades del Perú⁸⁹.

El gasto en cuidado de salud del Estado para el VIH/sida aumentó entre 2007 y 2009 del 5% al 8% respectivamente. El incremento fue de 18,665.84 soles⁹⁰. El tratamiento médico del VIH/sida constituyó el 42% del gasto total del Estado, mientras que la prevención representó el 32%. Un 13.4% fue invertido en investigación. Mientras tanto, la principal fuente de fondos para el tratamiento y prevención del VIH/SIDA fue la fuente internacional, que cubrió el 48.9% del gasto total. El sector público representó el 41.8%⁹¹.

Reforzando las provisiones del PIDESC respecto al derecho a la salud sin discriminación el PIDCP establece como una obligación de los Estados, el garantizar la igualdad en el goce de derechos sin discriminación contra hombres y mujeres⁹². El CDH ha expandido este derecho, reconociendo que existe una serie de tradiciones y prácticas históricas, culturales y religiosas⁹³ que obstruyen “el goce igualitario de derechos” “tanto en el sector público como en el privado” y ha solicitado a los Estados que tomen las medidas necesarias para eliminarlas

⁸⁷ *Id.*; Ministerio de Salud. *Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS: periodo enero 2008-diciembre 2009*. Lima: MINSA, marzo de 2010, p. 12. Disponible en <http://www.redsidaperu.org.pe/Storage/Documentos/Archivo/149-8909b73abd1a37d.pdf>. [En lo sucesivo: MINSA, Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS]

⁸⁸ Informe Defensorial N° 14, p. 34.

⁸⁹ *Id.* pp. 31-32.

⁹⁰ MINSA, Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS, p. 20.

⁹¹ *Id.* p. 37-39.

⁹² PIDESC, art. 3.

⁹³ CDH, *Observación General N° 28*, párr. 5.

o modificarlas⁹⁴, de modo que no puedan ser usadas como un pretexto para justificar la discriminación contra las mujeres en el goce de sus derechos. En el Perú en particular, el Comité CEDAW ha reconocido “la prevalencia en toda la sociedad peruana de manifestaciones socioculturales de conducta que mantienen prejuicios y prácticas discriminatorias contra la mujer”⁹⁵.

Aunque el Perú ha incrementado su compromiso general de combatir el VIH/sida, el gobierno peruano no logra proteger a aquellos que viven con VIH/sida de transgresiones a sus derechos o de obstáculos a un cuidado de salud apropiado. Estos son componentes adicionales a su estado ya vulnerable. Como lo evidencian las sentencias del Tribunal Constitucional peruano, a las personas que viven con VIH/sida frecuentemente se les niega inconstitucionalmente el acceso a un cuidado integral de salud⁹⁶. Existe una gran escasez de antirretrovirales en el sistema de salud pública para el tratamiento de aquellos que padecen de VIH/sida⁹⁷. Además, a las mujeres que son VIH positivas no se les da el cuidado básico y adecuado durante el parto, para proteger la transmisión de la enfermedad a sus hijos. Ello aun cuando el

⁹⁴ *Id.* p. 4.

⁹⁵ Comité CEDAW. *Informe del Comité sobre la Eliminación de la Discriminación contra las Mujeres*, para 317, Suplemento N° 38, U.N. Doc. A/53/38/Rev.1 (1998), disponible en: [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/c12563e7005d936d4125611e00445ea9/c6867215385c5af980256803004b2752/\\$FILE/N9825662.pdf](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/c12563e7005d936d4125611e00445ea9/c6867215385c5af980256803004b2752/$FILE/N9825662.pdf)

⁹⁶ Tribunal Constitucional del Perú, Sentencia N° 2945-2003- AA/TC (En abril del 2004, el Tribunal Constitucional declara fundada la demanda de amparo presentada en el 2002 por una mujer con VIH/sida, quien requirió que el MINSA le otorgue una atención integral, incluyendo tratamiento y exámenes periódicos); Tribunal Constitucional del Perú, Sentencia N° 2016-2004-AA/TC (en octubre del 2004, el Tribunal resolvió en el mismo sentido una demanda similar sobre un mandato judicial de protección de derechos fundamentales).

⁹⁷ *ESSALUD incumple con dar antiretrovirales*, *Diario La República*, 10 de julio, 2010, http://www.diariolaprimeraperu.com/online/actualidad/essalud-incumple-con-dar-antiretrovirales_63997.html; *Infectados con VIH denuncian desabastecimiento de medicamentos*, *DIA- RIO LA REPÚBLICA*, 28 de mayo, 2010, <http://www.larepublica.pe/28-05-2010/infectados-con-vih-denuncian-desabastecimiento-de-medicamentos> (Muchas personas viviendo con VIH/Sida informaron que, después de repetidas interrupciones de los tratamientos antirretrovirales-ARV-, en el Hospital Edgardo Rebagliati ESSALUD, ellos desarrollaron resistencia a los medicamentos y, a pesar de este hecho, las drogas usadas como “terapia de rescate” no están consideradas en el Petitorio Nacional de Medicamentos. Acciones de movilización social se llevaron a cabo como reacción y los medios de comunicación fueron informados sobre el problema de escasez en ESSALUD. A través de la presión social y de acciones legales de parte de la sociedad civil, incluyendo a las personas afectadas, la agencia estatal compró tratamientos para 18 pacientes con condiciones de ser drogo-resistentes, a un costo mensual de aproximadamente \$2,000 y \$3,000 dólares cada uno. Estas quejas llevaron a una reorganización en la cadena de ofertas de medicamentos en ESSALUD).

derecho internacional reconoce el derecho de las mujeres embarazadas VIH positivas a la operación cesárea⁹⁸.

La falta de integración e implementación de estrategias de prevención de VIH/sida dentro del sistema de salud pública, así como en sus protocolos pobremente monitoreados, menoscaba aún más el compromiso gubernamental de combatir el VIH/sida. Al no fortalecer la vigilancia respecto al protocolo de transfusiones de sangre, el Perú deja a toda su población vulnerable al VIH/sida⁹⁹, así lo hace también la extrema escasez de condones disponibles a las poblaciones en alto riesgo de contraer la enfermedad¹⁰⁰.

⁹⁸ *Denuncian vulneración de derechos de gestantes con VIH*, La Mula, <http://lamula.pe/2010/10/12/denuncian-vulneracion-de-derechos-de-gestantes-con-vih/1433> (En Piura, región del norte de Perú, la Asociación para la Vida hizo de conocimiento a las autoridades pertinentes varios casos de gestantes infectadas con el VIH cuyos partos se atienden de forma natural cuando deberían ser programados para cesárea, al parecer por negligencia médica. La Norma Técnica de Salud N° 054-2008 MINSA/DGSP- V.01, Norma Técnica para profilaxis de la transmisión madre-niño del VIH y sífilis congénita, establece que la forma de parto de las madres con VIH debe ser la cesárea electiva. El último de los cuatro casos de los que la Asociación tuvo conocimiento, se dio el pasado 4 de octubre del 2010, cuando una gestante que ingresó la noche anterior al Hospital de Sullana y estando todo preparado tuvo que dar a luz de forma natural en la madrugada de ese día. Según un documento confidencial, pese a estar preparada para ser intervenida por cesárea, el médico responsable argumentó que no podría realizar la operación por no contar con material quirúrgico, como la ropa descartable).

⁹⁹ *Mazzetti: No hay más infectados con VIH* (LA REPÚBLICA, 27 de nov., 2004, <http://www.larepublica.pe/node/104267>) (El 15 de agosto del 2004 la señora Carmen Guevara dio a luz a su tercer hijo, Christopher, en el Instituto Nacional Materno Perinatal. A pocas horas de su nacimiento, el niño recibió sangre donada contaminada con el VIH, al igual que otros siete recién nacidos y una mujer adulta. Tras una sentencia judicial, el 4 de diciembre del 2009 el Ministerio de Salud reconoció su responsabilidad en el contagio y se entregó un cheque de 800 mil soles a Carmen Guevara en cumplimiento a una orden judicial. *Perdón y dinero para Judith*, La República, 16 de set., 2007, www.larepublica.pe/archive/all/larepublica/20070916/pasadas/13/35771) (Un segundo caso ocurrió en abril del 2007 cuando la señora Judith Rivera Díaz entró a la sala de operaciones del Hospital Nacional Hospital Daniel Alcides Carrión por un tumor en el útero. En la intervención quirúrgica que se le practicó recibió una transfusión de 3 unidades de sangre y seis meses después se diagnosticó que estaba infectada con VIH. Según la respuesta oficial del Ministerio de Salud ella fue infectada pese a que se cumplieron con las pruebas y el tamizaje respectivo conforme a las normas y protocolos correspondientes. A través de la Resolución Suprema N° 012-2007-SA publicada el 28 de setiembre del 2007 se autorizó realizar una transacción extrajudicial de 300 mil nuevos soles a favor de la agraviada como pago por los daños ocasionados).

¹⁰⁰ *Denuncian falta de condones para prevenir el Sida en Perú*, RPP, 26 de julio, 2010, [www.rpp.com.pe/2010-07-26-denuncian-falta-de-condones-para-prevenir-sida-en-peru-noticia\)282875.html](http://www.rpp.com.pe/2010-07-26-denuncian-falta-de-condones-para-prevenir-sida-en-peru-noticia)282875.html) (Un total de 76 organizaciones de lesbianas, travestis, gay, bisexuales (LTGB) y trabajadoras sexuales del país denunciaron, en una carta remitida al Ministerio de Salud, que la distribución de preservativos en los centros de salud públicos ha ido disminuyendo desde abril de 2010 hasta agotarse en muchos establecimientos y que esta situación se ha vuelto especialmente más crítica en las regiones más pobres).

ORIENTACION **S**EXUAL

ORIENTATION SEXUAL

D. La discriminación en el acceso de servicios de atención a la salud por razón de la orientación sexual

La discriminación de la población no hétero-normativa está profundamente arraigada en la sociedad peruana¹⁰¹ y la falta de un marco legal, adecuadamente implementado y monitoreado para proteger a esta población, exacerba su vulnerabilidad a violaciones de derechos.

El nuevo Código Procesal Constitucional, aprobado en el 2004, reconoce la orientación sexual como una causa de discriminación de la cual se merece protección constitucional¹⁰². El Tribunal Constitucional emitió cuatro sentencias en el 2004, que abordan la discriminación por orientación sexual e

¹⁰¹ Una encuesta del diario El Comercio sobre homofobia elaborada por Ipsos Apoyo en el 2009 señala que el 80% de entrevistados respondió que tolera a los homosexuales y más del 60% dijo estar de acuerdo en que la homosexualidad es una orientación sexual distinta pero válida. Sin embargo, el 61% considera peligroso para los niños que un homosexual sea profesor escolar y un 51% afirma que no compartiría una habitación con un homosexual. El 76% desaprueba el matrimonio entre hombres y el 77%, entre mujeres, según la encuesta, y el 81% desaprueba la adopción de niños por parte de estas parejas. *El 80% de la población dice tolerar a los homosexuales* [EL COMERCIO, 29 de ag., 2009, <http://elcomercio.pe/impresia/notas/80-poblacion-dice-tolerar-homosexuales/20090823/331872>].

¹⁰² Ley N° 28237, Código Procesal Constitucional, art. 37, *disponible en* <http://spij.minjus.gob.pe/CLP/contenidos.dll?f=templates&fn=default-codproconstitucional.htm&vid=Ciclope:CLPdemo>.

identidad de género respectivamente¹⁰³. Adicionalmente, el Plan Nacional de Derechos Humanos del Perú incluye explícitamente una referencia a la orientación sexual en el cuarto lineamiento estratégico, estableciendo la implementación de políticas afirmativas a favor de los derechos de personas con una vulnerabilidad incrementada; el octavo objetivo estratégico enfatiza la necesidad de “garantizar los derechos de las personas con VIH/sida así como de las personas con diferente orientación sexual”¹⁰⁴. Sin embargo, ninguna de estas iniciativas ha sido implementada¹⁰⁵.

Aunque la legislación que aborda la diversidad sexual en el Perú se ha centrado solamente en el VIH/sida¹⁰⁶, el Principio 17 de los Principios de Yogyakarta afirma que todas las personas tienen el derecho de gozar del más alto nivel de salud física y mental sin discriminación por orientación sexual e identidad de género y que la salud sexual y reproductiva es un aspecto esencial de este derecho¹⁰⁷.

¹⁰³ Tribunal Constitucional del Perú, Sentencia N° 0023-2003- AI/TC, *disponible en* <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2004/00023-2003-AI.html> (En la primera sentencia se declaró inconstitucional el artículo 269 del Código de Justicia Militar que sancionaba las relaciones sexuales homosexuales); Tribunal Constitucional del Perú, 24 de nov., 2004, Sentencia N° 2868-2004-AA/TC, *disponible en* <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2005/02868-2004-AA.html> (En la segunda sentencia se ordenó la reincorporación a la Policía Nacional del Perú de un efectivo que fue expulsado por casarse con una persona transexual); Tribunal Constitucional del Perú, Sentencia N° 2273-2005-PHC/TC, *disponible en* <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/02273-2005-HC.html> (En la tercera sentencia se ordenó el cambio de nombre en el Documento Nacional de Identidad –DNI- de una persona transexual reconociendo el derecho a ser individualizado conforme a los rasgos distintivos que se derivan del propio desarrollo y comportamiento personal); Tribunal Constitucional del Perú, Sentencia N° 01575-2007-PHC/TC, *disponible en* <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/01575-2007-HC.html> (En la última sentencia, se señala que el derecho a la visita de íntima durante la reclusión penitenciaria es un derecho que debe ser garantizado al margen de la orientación sexual)

¹⁰⁴ RÍOS, Mario. *Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, trans y TS) frente a las ITS y el VIH*. Lima: CARE Perú, julio de 2009, *disponible en* http://www.prosa.org.pe/perupaisdiverso/images_camp/materiales/estudios/analisis_%20respuesta_normativa.pdf. [En lo sucesivo Ríos, Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, TRANS Y TS) frente a las ITS Y EL VIH]

¹⁰⁵ JAIME BALLERO, Martin (relator). *Informe anual sobre derechos humanos de personas trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2009*. Lima: PROMSEX, 2010, p. 11, *disponible en* http://www.promsex.org/docs/Publicaciones/informedhhtlgb_2009promsexredtlgb.pdf [en lo sucesivo, PROMSEX, INFORME ANUAL sobre derechos humanos de trans, lesbianas, gays y bisexuales en el Perú 2009].

¹⁰⁶ RÍOS. *Análisis de la respuesta normativa para la prevención y atención de la población vulnerable (HSH, TRANS Y TS) frente a las ITS y el VIH*.

¹⁰⁷ Los Principios de Yogyakarta sobre la aplicación de la legislación internacional de derechos humanos en relación con la orientación sexual y la identidad de género, *disponible en*: http://www.yogyakartaprinciples.org/principles_sp.htm.

Existen otras necesidades de salud de esta población que no son abordadas por el Estado. Por ejemplo, las lesbianas están preocupadas sobre su exposición al cáncer cervical y al cáncer de mama. Por temor al prejuicio de los profesionales de salud, ellas frecuentemente no visitan al ginecólogo(a)¹⁰⁸. De mayor preocupación todavía, son los casos de violencia doméstica que incluyen violencia sexual, usados para “corregir” la orientación sexual o para castigar a las mujeres por tales opciones. Dichos casos revelan la necesidad de servicios dirigidos a atender la salud mental para la población LTGB que sufre de depresión severa y ansiedad, lo cual se evidencia en el alcoholismo y tabaquismo como una consecuencia directa de un ambiente homofóbico generalizado¹⁰⁹. Con respecto a la población trans, se ha subrayado que la categoría de hombres que tienen sexo con otros hombres invisibiliza su exposición al VIH/sida y disminuye la posibilidad de una atención de salud focalizada.

Otra demanda de este grupo es la atención médica necesaria para transformar el cuerpo, de modo que coincida con la identidad sexual. En ausencia de servicios formales, las personas trans recurren a sustancias ilegales y a hormonas sin prescripción, que frecuentemente causan grave daño a su salud. Estos procedimientos también requieren de una política de atención a la salud mental porque hay una alta prevalencia de uso de drogas y alcohol debido a la violencia transfóbica y sus efectos sobre la salud mental¹¹⁰.

¹⁰⁸ Salazar, Ximena y Jana Villayzán. *Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, derechos humanos, trabajo sexual y VIH/SIDA*. Lima: IESSDEH, REDLACTRANS; UNFPA, 2009, pp. 13-15 disponible en <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicaciones-peru/IESSDEH-Lineamientos-Trabajo-Multisectorial.pdf> [en lo sucesivo, Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans]; Asociación Internacional de Lesbianas y Gays (ILGA, por sus siglas en inglés) “La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales: cuestiones locales, preocupaciones comunes”. *Luchando*, edición 121, abril de 2007, disponible en http://america_latina_caribe.ilga.org/ilga/publications/publicaciones_en_espanol/otras_publicaciones/la_salud_de_las_lesbianas_y_mujeres_bisexuales [en lo sucesivo, ILGA, La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales].

¹⁰⁹ ILGA. *La salud de las lesbianas y mujeres bisexuales*.

¹¹⁰ Lineamientos para el trabajo multisectorial en población trans, pp. 13-15.

La población no heterosexual y personas trans enfrentan discriminación no sólo en el tratamiento por parte del personal de salud, sino también en la falta de identificación y priorización de sus necesidades de salud¹¹¹. Ninguno de los protocolos de salud pública en el Perú incorpora una perspectiva de diversidad sexual que aborde la realidad de salud de esta población.

Un ejemplo ilustra la resistencia del gobierno peruano a integrar una perspectiva de diversidad sexual dentro de las campañas estatales de salud. En el 2009, el MINSA y algunas organizaciones sociales de base diseñaron “Perú, país diverso”, que tenía por objetivo combatir, con recursos del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, el estigma, la discriminación contra la población gay, lesbica, bisexual, y transgénero¹¹², pero a última hora, el MINSA decidió retirar su logo de la campaña sin dar mayor explicación¹¹³.

¹¹¹ *Id.*

¹¹² Perú, un País Diverso http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2009/pais_diverso/archivo/vih_peru_pais_diverso.pdf.

¹¹³ PROMSEX, Informe Anual sobre Derechos Humanos de Personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en Perú, 2009, pp. 37-38.

A **D** **O** **L** **E** **S**
C **E** **N** **T** **E** **S**

A **AD** **OL** **ES**
C **EN** **TE** **S**

E. La discriminación en el acceso al cuidado de la salud reproductiva a causa de la edad: adolescentes

Como se ha mencionado, las adolescentes son un segmento particularmente vulnerable de la población del Perú. En el 2009, había 5'685,294 adolescentes¹¹⁴ y 57% de todos los nacimientos son de mujeres por debajo de los 20 años¹¹⁵. El 13% de las adolescentes son madres o han estado embarazadas

al menos una vez. Casi el 36% no quería tener hijos al momento de quedar embarazadas¹¹⁶.

De acuerdo a ENDES, el inicio de relaciones sexuales antes de los 18 años en el Perú se incrementó del 38,2% en el 2000 al 39,2% en el 2009. Asimismo, la fertilidad adolescente en mujeres entre los 15 y 19 años de edad ha aumentado entre el año 2000 y el 2009. En el 2000, el 13% de mujeres había estado embarazada al menos una vez; el 10,7% ya eran madres y el 2,3% estaban embarazadas por primera vez. Sin embargo, en el 2009, el 13,7 había estado embarazada, el 11,1% ya era madres y el 2,7% estaban embarazadas por primera vez. Los embarazos no planificados subieron del 41,8% en el año 2000 al 56,2% en el 2009¹¹⁷.

¹¹⁴ MINSA, Servicios Diferenciados para la Atención Integral de Salud del Adolescente (2009), disponible en http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/serv_diferenciados/Del_1_20_SD.pdf.

¹¹⁵ http://www.prb.org/Datafinder/Geography/Summary.aspx?region=111®ion_type=2.

¹¹⁶ INEI (ENDES 2000 & 2009).

¹¹⁷ *Id.*

De otro lado, el uso de anticonceptivos ha disminuido mientras que los casos registrados de ETS se han incrementado. En el 2000, el uso de cualquier método anticonceptivo y métodos anticonceptivos modernos era del 71.7% y los casos registrados de ETS eran del 0,3%. Más adelante, en el 2009, el uso de cualquier método anticonceptivo disminuyó al 58,3% y los métodos modernos al 40,9%. De modo concordante, las ETS registradas en el mismo año se incrementaron al 0.9%¹¹⁸.

Existen muchos riesgos inherentes al embarazo adolescente, incluyendo los obstáculos adicionales de acceso a los servicios de salud reproductiva, y es física y mentalmente más estresante. El CDH ha vinculado las altas tasas de mortalidad materna de adolescentes con el embarazo adolescente¹¹⁹. La OMS ha clasificado el embarazo adolescente como de alto riesgo¹²⁰. Más aún, el Comité de Derechos del Niño ha declarado que el embarazo después de una violación puede ser un “riesgo de salud significativo”¹²¹ y ha instruido a los estados partes para que “provean a los adolescentes (víctimas de abuso sexual) con todos los servicios necesarios”¹²². En consecuencia, ha urgido repetidamente a los Estados partes a que permitan el aborto en casos de violación e incesto¹²³.

De manera general, el Perú ha fallado en sus obligaciones para proteger la salud reproductiva de los adolescentes. Los funcionarios gubernamentales, en los casos de K.L. y L.C., eran conscientes de que manejaban un embarazo

¹¹⁸ *Id.*

¹¹⁹ CDH, *Observaciones Finales: Senegal*, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.82 (1997).

¹²⁰ OMS, Departamento de Salud Reproductiva e Investigación, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Manual sobre Salud Reproductiva en Situaciones con Refugiados para el Personal Interinstitucional sobre el Terreno*, Ginebra: OMS, 1999, Capítulo, p. 9, 93.

¹²¹ En la Observación General No 4, este Comité expresó su preocupación porque los adolescentes víctimas de abuso sexual, “se encuentran expuestos a importantes riesgos de salud como son [...] los embarazos no deseados, los abortos peligrosos... y los agotamientos psicológicos”. Comité de los Derechos Niño, Observación General No 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño, párr. 37, U.N. Doc. CRC/GC/2003/4 (2003). Disponible en: <http://daccess-ods.un.org/access.nsf/Get?Open&DS=CRC/GC/2003/4&Lang=E>.

¹²² *Id.* párr. 22.

¹²³ Ver, por ejemplo, Comité de los Derechos Niño, *Observaciones Finales: Chile*, párr. 56, U.N. Doc. CRC/C/CHL/CO/3 (2007); *Guatemala*, párr. 40, U.N. Doc. CRC/C/15/Add.154 (2001).

adolescente y sus riesgos concomitantes; uno de los embarazos fue resultado de una violación, pero no ofrecieron ninguna protección en particular.

Mientras que el número de embarazos ha disminuido de manera general, en Perú, la tasa de embarazos en adolescentes se ha incrementado recientemente¹²⁴. Las complicaciones en el embarazo y el aborto constituyen una de las cinco causas principales de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad. El embarazo adolescente implica los derechos a la vida y a la salud de los adolescentes y también impide el derecho a la educación y a la no discriminación en todas las esferas de la vida¹²⁵.

Exacerbando aún más la situación de la salud reproductiva de las adolescentes en el país, en el 2006 el Perú promulgó una ley modificando las normas sobre violación sexual en el Código Penal¹²⁶. Conforme a la reforma –aún vigente– todas las relaciones sexuales entre y con adolescentes entre 14 y 18 años son consideradas un delito de violación sexual sin distinción de consentimiento¹²⁷. Esta ley ha tenido un impacto negativo en el acceso de los

¹²⁴ Entre el censo del 2003 y el censo del 2007 se registró un aumento del 16.8% de madres adolescentes en el país. En la región Loreto, parte de zona de Selva, los indicadores muestran que el 26% de las adolescentes ya son madres de familia. En la zona de la Sierra el porcentaje es de 15%, mientras que en la Costa es de 8,5%.

¹²⁵ El 58.3% de las madres adolescentes alcanzó a estudiar algún año de la secundaria; en cambio, las adolescentes que no han sido madres tienen educación secundaria en promedio 5.5 puntos porcentuales más que las que han sido madres. El porcentaje de madres adolescentes que forman parte de la población económicamente activa representan el 22.4% del total, ante un 13.9% de las adolescentes que no son madres. Las adolescentes madres que trabajan realizan en mayor medida empleos de servicios (34.2%), el 32.4% se dedica a labores relacionadas con la agricultura, la pesca o la minería. El 19.1% de madres adolescentes se desempeñan como trabajadoras familiares no remuneradas.

¹²⁶ Ley N° 28704, que modificó el artículo 173° del Código Penal (1991).

¹²⁷ Esta reforma se contradice con otras normas legales vigentes. Por ejemplo, el Código Civil peruano reconoce capacidad a las/os adolescentes desde los 14 años para actos relacionados con la sexualidad y la reproducción: pueden reconocer a sus hijos/as, demandar los gastos del embarazo y el parto, y demandar y ser parte en los procesos de reconocimiento judicial de filiación extramatrimonial, tenencia y alimentos de sus hijas/os, así como casarse desde los 16 años (artículos 46, 241 y 244 respectivamente). Asimismo, el 15 de octubre de 2010, se promulgó la Ley N° 29600. Reconociendo la realidad del embarazo en mujeres adolescentes, esta Ley fomenta la reinserción escolar por embarazo. En resumen, otras leyes peruanas reconocen la realidad del inicio de las relaciones sexuales consentidas durante la adolescencia; sin embargo, la actual redacción del artículo 173 del Código Penal entra en abierto conflicto con ellas.

adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva¹²⁸ y estigmatiza su actividad sexual voluntaria. Los médicos no tienen claro el tratamiento que deben darle a los adolescentes que buscan atención a su salud reproductiva; esto pone en riesgo los controles pre natales y los partos en instituciones estatales, pues son evidencias del delito.

Un informe del 2009 del Ministerio de Salud resalta diferentes indicadores sobre el impacto negativo de esta ley, recomendando su reforma en tanto reconoce que “limita la capacidad de decisión de los médicos que están confundidos respecto de la actitud que deben tener hacia esta situación contra el derecho nacional” y su obligación de “garantizar los derechos sexuales y reproductivos de la población, especialmente adolescentes”¹²⁹. Más aún, dicha ley se intersecta con la obligación legal de denunciar pacientes en casos de delitos¹³⁰.

¹²⁸ Nagle, Jennifer y Susana Chávez. *De la protección a la amenaza: consecuencia de una ley que ignora los derechos sexuales y derechos reproductivos de las y los adolescentes. El caso de la modificatoria del Código Penal, Ley N° 28704*. Lima: PROMSEX, 2007; Barletta, María Consuelo. *Marco normativo de la protección de derechos de los niños, niñas y adolescentes en situación de vulnerabilidad*. Lima: CARE, marzo de 2008; RED SIDA PERÚ. *Análisis del marco normativo para el acceso de los/las adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva con énfasis en VIH/ SIDA*. Lima: Red SIDA Perú, 2009, pp. 10-11 y 27; Ministerio de Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Balance político normativo sobre el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual, salud reproductiva y prevención del VIH-SIDA*. Lima: IES, 2009. Ministerio de Salud y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Los establecimientos de salud como escenarios de la vida y la salud sexual de las y los adolescentes: agrégame a tus contactos, hazte fan y apoya la causa para superar las barreras que nos distancian*. Lima: MINSA, 2010.

¹²⁹ MINSA. Documento técnico *Análisis de situación de salud de las y los adolescentes: ubicándolos y ubicándonos*. Lima: MINSA, 2009, disponible en: [ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM636-2009.pdf](http://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2009/RM636-2009.pdf).

¹³⁰ Ley General de Salud, art. 30, establece que los médicos están obligados a informar los casos de pacientes que buscan tratamiento debido a actos criminales de violencia. De igual manera, el art. 326 (2)(a) del Nuevo Código Procesal Penal obliga al personal de salud a informar los casos de embarazos de adolescentes. Por ejemplo, en atención a las normas precitadas, el Distrito Judicial de Lima del Ministerio Público emitió la Resolución N° 257-2007-DSDJL-MP-FN el 24 de enero de 2007, por la que se aprueba la Directiva N° 001-2007-DSDJL-MP-FN; en este documento se recuerda la obligación de las/los responsables de los establecimientos de salud privados y públicos de comunicar a las Fiscalías en el plazo máximo de 72 horas la atención o el ingreso a nosocomio de niñas y adolescentes menores de dieciocho años en estado de gestación.

La Corte Suprema del Perú ha diferenciado los casos de relación sexual consentida y no consentida, mediante la emisión de dos Acuerdos Plenarios¹³¹ que definen el criterio para determinar la exoneración de la responsabilidad penal para adolescentes de 14 a 18 años, ante todos los órganos judiciales. No obstante, estos acuerdos son vinculantes sólo en la rama judicial y no para el Ministerio Público o la Policía Nacional del Perú, que son quienes procesan los delitos. Asimismo, se han presentado, incluso desde el Poder Ejecutivo, proyectos de leyes en el Congreso que reforman el artículo 173 del Código Penal. Sin embargo, el Estado ha sido inconsistente en tanto que con posterioridad ha presentado un nuevo proyecto que no considera esta reforma¹³².

El acceso de los/las adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva se interpreta como sujeto al consentimiento de sus padres o representantes legales, en función de lo que estipula el artículo 4 de la Ley General de Salud del Perú. Tal legislación constituye una clara barrera legal que discrimina a las y los adolescentes de la posibilidad de ejercer su derecho a la salud¹³³.

El derecho a la salud, sus derechos constitutivos y el derecho a la información son inseparables¹³⁴. Aunque los hombres son susceptibles a los riesgos de la salud sexual y reproductiva, las mujeres y las adolescentes se encuentran

¹³¹ Corte Suprema del Perú, 16 de nov., 2007, Acuerdo Plenario N° 7-2007/CJ-116; Corte Suprema del Perú, 18 de julio, 2008, Acuerdo Plenario N° 4-2008/CJ-116.

¹³² Proyecto de Ley N° 4686/2010-PE presentado al Congreso el 2 de marzo de 2011. Disponible en <http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/CLProLey2006.nsf>.

¹³³ Código Civil peruano, Art. 44 (Incapacidad relativa. Son relativamente incapaces: 1.- Los mayores de dieciséis y menores de dieciocho años de edad [...]). Ley General de Salud, Art. 4 (Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. [...] En caso que los representantes legales de los absolutamente incapaces o de los relativamente incapaces, a que se refieren los numerales 1 al 3 del Artículo 44 del Código Civil, negaren su consentimiento para el tratamiento médico o quirúrgico de las personas a su cargo, el médico tratante o el establecimiento de salud, en su caso, debe comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de los mismos.).

¹³⁴ CDESC, art. 12; Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, "Protocolo de San Salvador", adoptado en San Salvador, El Salvador, 17 de nov., 1988, art. 10, O.A.S.T.S. N° 69, *reimpreso en Documentos Básicos en Materia de Derechos Humanos en el Sistema Interamericano*, O.A.S. Off. Rec. OEA/Ser.L.V/11.82 doc. 6 rev. 1, at 67 (1992) (*entró en vigor el 16 de nov., 1999*) [en lo sucesivo, Protocolo de San Salvador].

ante un riesgo reforzado¹³⁵. El Comité CEDAW ha observado, “las adolescentes y las mujeres adultas en muchos países carecen de acceso suficiente a la información y los servicios necesarios para garantizar la salud sexual”¹³⁶, y que la implementación del derecho a la información y educación es “central para la salud y el bienestar de las mujeres”¹³⁷. Este Comité asevera además que se debe implementar un enfoque en el cual los servicios de salud de las mujeres tomen en cuenta sus diferentes necesidades; en el que sean removidas todas las barreras al acceso de las mujeres a los servicios de salud, educación e información, incluyendo en el área de la salud sexual y reproductiva; que los Estados asignen recursos para programas dirigidos a las y los adolescentes para la prevención de las ETS; y que una educación específica en salud para adolescentes aborde temas de igualdad de género, violencia, prevención de ETS y derechos sexuales y reproductivos, entre otros principios¹³⁸.

Los niños y los adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y al acceso a centros¹³⁹ y servicios de tratamiento de enfermedades. El Perú tiene la obligación de proteger y asegurar los derechos de los adolescentes para que accedan a servicios de atención a su salud reproductiva sin discriminación, contemplados en el PIDCP, el PIDESC y la Convención de los Derechos del Niño, entre otros tratados internacionales.

El Comité DESC cita a la Convención de los Derechos del Niño cuando explora el contexto de atención de salud para niños y adolescentes. Declara, “el principio de no discriminación requiere que tanto las niñas como los niños tengan igual acceso a [...] un entorno seguro y servicios de salud física y mental”¹⁴⁰. Y que los Estados Partes “deben proporcionar a los adolescentes un entorno seguro y propicio que les permita participar en la adopción de decisiones que afectan a su salud, adquirir experiencia, tener acceso a la

¹³⁵ Paul Hunt, *Informe del Relator Especial de la CDH de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental: Los Derechos a la Salud Sexual y Reproductiva*, párs. 32-40, U.N. Doc. E/CN.4/2004/49 (16 de feb., 2004).

¹³⁶ CEDAW, *Recomendación General N° 24*, párs. 18.

¹³⁷ *Id.* párs. 29-31.

¹³⁸ *Id.*

¹³⁹ CDESC, *Observación General 14*, párs. 22.

¹⁴⁰ *Id.*

información adecuada, recibir consejos y negociar sobre las cuestiones que afectan a su salud. El ejercicio del derecho a la salud de los adolescentes depende de una atención respetuosa de la salud de los jóvenes que tiene en cuenta la confidencialidad y la vida privada y prevé el establecimiento de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva”¹⁴¹.

La situación presentada en este informe demuestra un claro incumplimiento con las obligaciones internacionales del Perú bajo el PIDESC, particularmente respecto al derecho a la salud sin discriminación. Tomando en cuenta la información proporcionada, así como el informe periódico del Perú, esperamos que el Comité considere hacerle al gobierno las siguientes preguntas.

¹⁴¹ *Id.* pár. 23.



II.

**PREGUNTAS
PARA EL
ESTADO**

II. PREGUNTAS PARA EL ESTADO

1. ¿Cuáles han sido los avances en el registro de mortalidad y morbilidad materna y los análisis de sus causas y consecuencias, especialmente para el registro de casos de adolescentes y áreas rurales?
2. ¿Qué está haciendo el Estado para mejorar la atención de las emergencias obstétricas en los primeros niveles de atención? ¿Qué pasos particulares está tomando el Estado para garantizar el acceso de atención obstétrica de calidad y pertinente para la población pobre y rural?
3. ¿Qué está haciendo el gobierno para extender su plan Multisectorial contra la Mortalidad Materna de modo que sea vinculante para los gobiernos locales y que incluya la prevención y control de ETS, VIH/SIDA?
4. ¿Por qué el Estado no ha cumplido con las recomendaciones emitidas por el CDH en el caso de K.L. vs Perú de adoptar medidas de no repetición con el fin de asegurar el ejercicio de las mujeres a su derecho de estar libres de tratamiento cruel, inhumano y degradante en casos de aborto allí donde la salud de la mujer está en peligro? ¿Qué está haciendo el Perú para adoptar un protocolo de atención para los casos de aborto legal que incluya mecanismos claros para acceder al procedimiento, respetando la amplia interpretación de su alcance en relación con la protección de la salud física y mental de las mujeres?
5. ¿Qué está haciendo el Perú para despenalizar el aborto para los casos de violación y para los casos de aborto eugenésico, como lo determina el Artículo 120 del Código Penal?

6. **¿Qué está haciendo el Perú para mejorar la situación respecto a la escasez continua de oferta de anticonceptivos modernos en el sistema de salud pública, reportada por la Oficina de la Defensoría del Pueblo?**
7. **¿Qué medidas está tomando el Estado para garantizar las opciones más amplias de anticonceptivos modernos para las mujeres en el sector de salud pública? ¿Por qué el Estado Peruano no está considerando información técnica oficial respecto a los efectos no abortivos de la anticoncepción de emergencia para prohibir su distribución gratuita? ¿Qué pasos está siguiendo el Perú para asegurar la oferta de anticoncepción de emergencia para las víctimas de violación sexual?**
8. **¿Qué pasos ha seguido el Estado para adoptar un sistema de monitoreo con indicadores en su sistema de salud pública para el tratamiento de personas que viven con VIH?**
9. **¿Cuál es la oferta y demanda actual de tratamiento antirretroviral para personas que viven con VIH y qué está haciendo el gobierno para mejorar dicha oferta?**
10. **¿Qué está haciendo el gobierno para incrementar la oferta de condones en el sector de salud pública y para incluir la provisión del condón femenino?**
11. **¿Qué acciones ha tomado el Estado para sensibilizar al personal médico en la atención de la población LTGB?**

12. **¿Qué acción ha tomado o está planeando tomar el Estado para adoptar protocolos sanitarios para las necesidades específicas en salud sexual y reproductiva de la población LTGB?**
13. **¿Qué está haciendo el Estado para extender el Acuerdo Judicial que exonera de responsabilidad para los casos de relaciones sexuales con adolescentes entre los 14 y 18 años cuando ha habido consentimiento?**
14. **¿Qué pasos está tomando el Estado para minimizar los efectos del artículo 173.3 del Código Penal para el ejercicio del derecho a una atención integral de salud reproductiva para adolescentes?**
15. **¿Qué está haciendo el Perú para priorizar la adopción como ley de la reforma legal pendiente en el Congreso que despenaliza las relaciones sexuales consentidas entre y con adolescentes entre los 14 y 18 años de edad?**
16. **¿Qué está haciendo el Perú para asegurar que las y los adolescentes obtengan servicios apropiados de atención en salud reproductiva sin necesidad de la intervención de terceras partes?**
17. **¿Qué medidas está tomando el Estado para incrementar y asegurar el acceso a información adecuada sobre derechos sexuales y reproductivos, particularmente sobre el acceso a la anticoncepción y servicios de aborto, especialmente para adolescentes y la población rural?**

Apreciamos el compromiso constante a lo largo del tiempo de este Comité hacia los derechos reproductivos y hacia la erradicación de la discriminación en el acceso a la atención de la salud reproductiva. Por favor, no duden en ponerse en contacto con las abajo firmantes en caso de que tengan preguntas adicionales respecto a la situación de la salud reproductiva en el Perú.

Sinceramente,



Mónica Arango Olaya
Regional Director for Latin America
and the Caribbean
[Center for Reproductive Rights –
CRR](#)



Susana Chavez
Directora
[PROMSEX](#)



Eliana Cano
Coordinadora
CDD - Perú



Carmen Valverde
Directora
CENDIPP



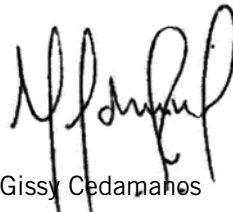
Liz Melendez
Coordinadora
CLADEM Perú



Jeannette LLaja
Directora
DEMUS



Carlos Cáceres
Director
IESSDEH



Gissy Cedamano
Coordinadora
LIFS

Rocío Gutiérrez
Coordinadora
Mesa de Vigilancia de los Derechos
Sexuales y Reproductivos

María Jennie Dador
Directora
Movimiento Manuela Ramos

Dee Redwine
Directora Regional, Oficina
Regional de America Latina y el
Caribe
Planned Parenthood Federation
of America – PPFA

0230

D E S C

0230



ISBN: 978-612-4106-01-9



9 786124 106019