



Apuntes para la acción:

El derecho de las mujeres a un

aborto seguro

CUMPLIMIENTO DEL
ABORTO TERAPÉUTICO
Y FUNDAMENTACIÓN
PARA LA AMPLIACIÓN
DE LAS CAUSALES DE
ABORTO POR VIOLACIÓN
Y POR MALFORMACIONES
CONGÉNITAS INCOMPATIBLES
CON LA VIDA

LUIS TÁVARA OROZCO
SHEILAH VERENA JACAY MUNGUÍA
MARÍA JENNIE DADOR TOZZINI

Edición:
SUSANA CHÁVEZ ALVARADO

aborto egga

LUIS TÁVARA OROZCO, Médico Gineco Obstetra, Maestro Latinoamericano de Ginecología y Obstetricia, Coordinador del Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG), Past Presidente de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y de la Sociedad Peruana de Fertilidad. Fue Profesor Principal de la Universidad Nacional Federico Villarreal. Autor de diversas publicaciones e investigaciones.

MARÍA JENNIE DADOR TOZZINI, Feminista. Abogada por la Universidad Nacional Federico Villarreal. Diplomada en Género y con estudios de maestría en Ciencia Política, mención Políticas Públicas y Sociedad Civil, en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Recientemente, Diplomada en Derechos Humanos y Procesos de Democratización por la Universidad de Chile. Es autora de diversas publicaciones e investigaciones.

SHEILAH VERENA JACAY MUNGUÍA, Asesora jurídica del Área de Derechos Humanos de la Comisión Andina de Juristas. Especialista en Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos, estudios de género y en derechos de los niños, niñas y adolescentes. Artículos publicados en medios periodísticos escritos y publicaciones editadas por la Comisión Andina de Juristas y Save the Children Suecia.

SUSANA CHAVEZ ALVARADO, Feminista, Obstetrix de la UNMSM, Maestra en Salud Pública, graduada en la UPCH y especialista en Políticas Públicas en Salud Sexual y Reproductiva por el Institute for Health Policy an Social Science (IHPSC) de la Universidad de California en San Francisco (USA). Con amplia trayectoria en programas de desarrollo en el campo de la salud sexual y reproductiva. Investigadora y autora de diversas publicaciones y artículos.



Apuntes para la acción:

El derecho de las mujeres a un

aborto
seguro

CUMPLIMIENTO DEL
ABORTO TERAPÉUTICO
Y FUNDAMENTACIÓN
PARA LA AMPLIACIÓN
DE LAS CAUSALES DE
ABORTO POR VIOLACIÓN
Y POR MALFORMACIONES
CONGÉNITAS INCOMPATIBLES
CON LA VIDA

Primera edición, setiembre de 2007
Primera reimpresión, enero de 2009

Apuntes para la acción:
El derecho de las mujeres a un aborto legal

*Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación
de las causales de aborto por violación y por malformaciones congénitas incompatibles con la vida*

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

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-16094
ISBN: 978-9972-2772-5-2

Autores:
Luis Távara Orozco
Sheilah Verena Jacay Munguía
María Jennie Dador Tozzini

Edición:
Susana Chávez Alvarado

Corrección de estilo
Rosa Cisneros

Diseño y diagramación
Julissa Soriano

Impreso en el Perú



Apuntes para la acción:

El derecho de las mujeres a un

aborto seguro

Autores:

Luis Távara Orozco

Sheilah Verena Jacay Munguía

María Jennie Dador Tozzini

Edición:

Susana Chávez Alvarado

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



Contenido

Presentación	8
Introducción	12
I. Cifras y Estatus Legal del Aborto en el Perú y el mundo	16
Legislación del aborto en el mundo	18
II. El aborto y la salud de la mujer	22
Aborto sin riesgos	23
El aborto legal y el acceso a los servicios	24
III. El aborto terapéutico	26
Fundamentos desde la perspectiva médica	27
Indicaciones médicas que justifican la interrupción del embarazo en condiciones legales	30
Fundamentos desde la perspectiva legal	33
La aplicación del aborto terapéutico en el Perú	35
Elementos constitutivos del aborto terapéutico en el Perú	35
<i>Que sea practicado por un médico</i>	35
<i>Consentimiento de la mujer o de su representante</i>	38
<i>Cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave o permanente</i>	39
Algunas consecuencias médicas y sociales por denegar un aborto terapéutico	41
Sobre la mujer	42
Sobre los hijos	43
IV. El aborto inseguro y la importancia de ampliar las causales del aborto permitido legalmente	44
El aborto inseguro y sus implicancias en la salud pública	45
Marco normativo para erradicar el aborto inseguro	46
Razones médico jurídicas para ampliar las causales de aborto; la incorporación de las malformaciones congénitas incompatibles con la vida y la violación o incesto dentro del aborto legal	47

Las razones médicas	47
<i>Las malformaciones congénitas incompatibles con la vida</i>	47
<i>Embarazos no deseados a consecuencia de la violación sexual</i>	47
Aspectos éticos de los proveedores de salud para abordar el aborto en casos de malformaciones incompatibles con la vida y embarazos producto de una violación	57
Las razones jurídicas	61
<i>Derecho Internacional de los Derechos Humanos y el aborto en América Latina</i>	61
1. SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	61
1.1 MARCO NORMATIVO	61
1.2 DECISIONES	63
2. SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS	76
1.1 MARCO NORMATIVO	77
1.2 DECISIONES	77
Análisis jurídico comparado del aborto por causales en	
Latinoamérica	80
<i>Antillas francesas y Guyana francesa</i>	82
<i>Barbados</i>	83
<i>Cuba</i>	84
<i>Guyana</i>	84
<i>Puerto Rico</i>	85
<i>Brasil</i>	86
<i>Colombia</i>	87
<i>México</i>	90
Fundamentos jurídicos para ampliar las causales de aborto en el Perú	92
Conclusiones	96
Bibliografía consultada	100

>

Presentación

En el debate sobre aborto suelen concentrarse un conjunto de perspectivas que muchas veces dan como resultado un espacio de disputa en distintos niveles, que hace imposible encontrar consensos. Nadie puede dudar que en su abordaje se involucren distintos elementos tales como evidencias, valores, creencias, principios, experiencias e incluso sentimientos. Sin embargo, aunque cada uno de estos aspectos puede tener particular importancia para cada persona o grupo social, no todos pueden ser apelados como criterios válidos para establecer jurisprudencia ni política pública. Los únicos criterios que si ofrecen esta posibilidad, de una manera sólida y constructiva, son los que corresponden al campo de la medicina basada en evidencias y al de los derechos humanos. De allí que estás deban ser las áreas de debate a las que se debe seguir recurriendo.

Cada vez hay mayor consenso en que el aborto es un problema de salud pública y de derechos humanos, cuyo antecedente inmediato son los embarazos no deseados. Un punto de partida para esta discusión es el reconocimiento de que los embarazos no deseados tienen a su base un conjunto de factores, cuya responsabilidad no se puede reducir sólo al comportamiento de mujeres como individuos, sino a la manera como la sociedad se organiza y ofrece oportunidades a cada uno de sus integrantes, a fin de que puedan adoptar sus propias decisiones en torno al ejercicio de sus derechos reproductivos.

Una de las constataciones que se evidencia es que los embarazos no deseados van a estar más presentes en aquellas sociedades que toleran las relaciones inequitativas de género y que tienen una alta tolerancia a las distintas discriminaciones: edad, clase, etnia, nivel socioeconómico, entre otras. Éstas se expresan en la vida cotidiana en la falta de acceso a servicios, en las relaciones de pareja caracterizadas por la dominación y la violencia, así como en las escasas oportunidades de las mujeres para tomar decisiones y acciones acerca de su propio cuerpo, sexualidad y fecundidad.

Los efectos adversos del aborto sólo son asumidos por las mujeres y, en algunos casos, por sus entornos más inmediatos. Esta situación se presenta porque el Estado, que tiene la responsabilidad de garantizar el derecho a una vida digna a todos los individuos sin ningún tipo de discriminación, no implementa de manera adecuada



un marco legal y políticas públicas que permitan el ejercicio de este derecho. Permite así que sean las mujeres las que sigan asumiendo las fallas del sistema, al ser víctimas de lesiones graves o letales, de estigmatización o de discapacidad.

Nadie duda que los temas de reproducción también pueden afectar a los hombres. Sin embargo, es importante puntualizar que los efectos y consecuencias son diferenciados. Dado que estos problemas corresponden a una etapa de vida que en términos de tiempo es bastante significativa (etapa reproductiva), merecen ser visibilizados como un asunto que afecta al 50% de la población. Por ese motivo, las decisiones de política pública no pueden hacerse al margen de las mujeres, porque ello no sólo constituiría una violación a los derechos humanos, sino también generaría consecuencias graves para la salud pública, e inhibiría el desarrollo de la democracia en el país.

A pesar de estas limitaciones el panorama es alentador, pues hablar del aborto hoy día ya no es tan difícil como hace algunos años. Las encuestas así lo demuestran cuando señalan, según datos de la Universidad de Lima (2007), que cerca del 70% de la población está de acuerdo con el aborto en caso de peligro de vida de la mujer gestante y casi un 60% está a favor cuando el embarazo es producto de una violación. Sin embargo, este alcance aún no es generalizado pues pareciera que mientras los y las ciudadanas están más dispuestas a hablar del tema, los y las responsables de diseñar e implementar las políticas públicas son más reticentes al considerar que hablar de aborto no es “políticamente correcto”. No consideran que eso les hace más distantes de quienes deberían servir: las usuarias de servicios, sus audiencias y electores.

Si para este grupo hablar acerca del aborto es difícil, mucho más resulta hablar desde distintas formaciones académicas. Ello, sobre todo, en un ámbito en donde las especialidades y disciplinas sólo dialogan entre sí, con lo que afectan la política pública. Un abordaje desarticulado resulta poco útil en el campo de las realidades. Esto debido a que las personas nos movemos en un campo complejo de relaciones sociales, por lo que se requiere una mayor comprensión de lo que está a la base de las decisiones, los comportamientos y las prácticas, muchas de las cuales, tienen que ver con las posibilidades que les ofrece tanto la ciencia médica, como la jurídica.

El propósito de esta publicación es tratar de responder a este reto presentando conjuntamente los argumentos de dos disciplinas –la medicina y el derecho– que justifican la intervención del Estado Peruano en la problemática del aborto en general, en el aborto terapéutico, así como su consideración por otras causales. Sus argumentos son presentados en forma separada, aunque se reconoce que ambas son disciplinas centrales respecto a una comprensión integral del problema del aborto y al desarrollo de las políticas públicas sobre el tema.

El documento tiene cuatro partes centrales. Empieza con una presentación de la situación actual del aborto y las leyes al respecto, tanto en el país como en el mundo. Luego aborda las consecuencias del aborto en la salud de las mujeres. Continúa con los fundamentos legales y médicos del aborto terapéutico en el Perú. Finalmente, argumenta sobre la necesidad y la urgencia de ampliar las causales del aborto permitido legalmente en el país, específicamente para los embarazos incompatibles con la vida, y en casos de violación, cuya recomendación se hace en base a una amplia selección de estudios médicos científicos y al análisis de doctrinas jurídicas y de derechos humanos.

Este trabajo es una síntesis de tres documentos: el primero, el de la perspectiva médica, fue redactado por el doctor Luis Távara, médico gineco-obstetra con una amplia experiencia en el tema; el segundo, desde la perspectiva jurídica, fue elaborado por la doctora Sheilah Jacay; y el tercero, vinculado también a lo jurídico, específicamente en relación con el aborto terapéutico, fue desarrollado por la doctora Jennie Dador. Susana Chávez se encargó de articular los tres documentos.

Esperamos que esta publicación facilite la labor de las personas encargadas de desarrollar políticas públicas, y de las y los profesionales y activistas que luchan por garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y varones. Es nuestro deseo contribuir a que todas y todos asumamos la responsabilidad que nos corresponde en la atención a la problemática del aborto en nuestro país.

Susana Chávez, Directora Ejecutiva, PROMSEX
Anna-Britt Coe, Asociada Fundadora de PROMSEX





Introducción

La palabra aborto probablemente suscita más controversia que cualquier otro tema de salud. El aborto es una práctica común en todo el mundo y fue probablemente el primer método de regulación de la fertilidad utilizado por la especie humana. También se sabe que tiene muy antigua data y que ha persistido en todos los tiempos y en todas las culturas, pues datos históricos que se remontan hasta hace cuatro mil años, dan pistas de la existencia de fórmulas abortifacientes¹⁻².

Todas las sociedades, cualquiera sea el nivel de desarrollo en que se encuentren, han buscado su propia manera de enfrentar el aborto, ya sea admitiéndolo como una práctica aceptable, combatiéndolo o ignorándolo, dando origen a una variedad de regulaciones nacionales y locales. Según informes de Naciones Unidas, el 98% de los países permiten el aborto para salvar la vida de las mujeres, el 65% para salvar su salud física, 62% para preservar su salud mental, 43% en casos de violación e incesto, 39% en casos de malformaciones fetales, 33% en casos de problemas sociales y económicos y 27% a solicitud de la gestante³.

Si bien es cierto durante los últimos 50 años, con la extensión de los métodos anticonceptivos se ha logrado que miles de personas, particularmente mujeres, regulen su propia fecundidad, el acceso todavía es limitado, tal como lo señalan las cifras. Datos de la ENDES Continua 2004⁴ señalan que en el Perú sólo el 50% de las mujeres unidas usan métodos anticonceptivos modernos, pero en el área rural esta cobertura apenas alcanza al 20%. De todos los grupos, las adolescentes resultan siendo las más afectadas, pues sólo el 41% de mujeres entre los 15 y 19 años que viven en unión, regula su fecundidad con anticonceptivos modernos.

Al limitado acceso a métodos anticonceptivos se añade la tasa de falla que tienen los mismos. Aunque teóricamente los métodos

.....
¹ Rao, K. A.; Faundes, A. "Access to safe abortion within the limits of the law". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20(3): 421-432.

² Hurst, J. *La historia de las ideas sobre el aborto*. Montevideo: Católicas por el derecho a decidir, 1992.

³ WHO. *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*. Geneva: WHO, 2003; 106 pp.

⁴ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta Nacional de Desarrollo en Salud (ENDES) Continua 2004*.

modernos son muy efectivos, en el uso típico, particularmente en lo que se refiere a los métodos de corta duración, se observan tasas de falla que superan largamente la falla teórica. Por ejemplo, con los anticonceptivos hormonales la tasa de falla en un uso perfecto alcanza a 0.1%, pero en el uso típico esta falla se incrementa hasta 80 veces más⁵.

Por último, se debe considerar el poco control que muchas mujeres todavía tienen sobre su sexualidad. Incluso la viven en un contexto de violencia y coacción.

Esto hace pensar que el aborto será todavía una constante en el campo de la salud reproductiva y aunque los métodos pueden contribuir de manera efectiva en su disminución, está todavía muy lejos de garantizar la erradicación del mismo.

El aborto como experiencia suele vivirse en la intimidad y muchas veces en el más absoluto secreto⁶. Pero como tema de debate desencadena pasiones y controversias, pues aunque es un hecho que sólo se produce en el cuerpo de las mujeres, en su abordaje salen a relucir cuestiones fundamentales, relacionadas con:

- a) la existencia humana; el inicio de la vida y lo que determina nuestra condición de seres humanos y de personas;
- b) el desarrollo de la tecnología; los límites y potencialidades de los métodos para controlar la fecundidad, los métodos diagnósticos tempranos, las tecnologías para el bienestar fetal, etc.;
- c) la justicia y equidad; el acceso cultural y de género, el acceso geográfico y económico, los estándares de calidad de los servicios, entre otros.

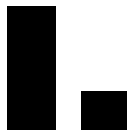
Todas estas cuestiones tienen un alto contenido filosófico, técnico, económico, cultural y político, que parecieran ser ajenas a la vida cotidiana. No obstante, se debe reconocer que detrás de cada aborto hay mujeres, familias, realidades, sueños y proyectos, pues así como el sentido mismo de la maternidad y de la responsabilidad que implica, en el caso del aborto no se trata de decisiones fáciles ni simples, sino de hechos relevantes que afectan principalmente la vida de las mujeres involucradas.

⁵ <http://www.reproline.jhu.edu/spanish.pdf>

⁶ Lafaurie, M.; Grossman, D. *El aborto con medicamentos en América Latina, Las experiencias de las Mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México: Population Council, 2005.

Sin embargo, aunque el aborto ocurre en el cuerpo de las mujeres, en la mayoría de los casos se suele discutir el tema sin su participación. Y aunque la mayor parte, incluyendo a las propias mujeres, lo declara como una práctica no deseable, esto no excluye la obligación ética, social y política de abordarlo con la mayor amplitud posible, incorporando las distintas perspectivas y teniendo en cuenta el enfoque de equidad. No es posible ignorar la legitimidad de las mujeres para hablar acerca de este tema, en donde resultan siendo las principales afectadas e involucradas.

En este sentido, si se trata de hablar del aborto fuera de la perspectiva de quienes lo viven, tendría que ser como un acto de profunda humildad y de respeto al otro, pues fuera de dicha realidad y con una actitud distinta a la señalada, siempre será una discusión incompleta.



Cifras y estatus legal del aborto en el Perú y el mundo

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año 210 millones de mujeres empiezan un embarazo, pero sólo 130 millones terminan en nacimientos. También menciona que casi el 40% del total de embarazos, son no planeados. Asimismo, los estimados señalan que en el mundo se producirían un total de 46 millones de abortos por año. De estos, 27 millones se producen en condiciones de legalidad, mientras que el resto (19 millones) ocurre en un contexto de prohibición o de ilegalidad⁷, lo que trae consigo que sean practicados muchas veces fuera del sistema médico, con alto riesgo para la salud y la vida de las mujeres.

En América Latina, se estima que por cada 3 nacimientos se produce un aborto y al parecer estas cifras se mantienen estables⁸. En el Perú, se conjetura que cada año se produce alrededor de 350 mil abortos (aproximadamente un aborto por cada 2 nacimientos)⁹.

Dado el alto subregistro por el carácter de clandestinidad, sobre todo en países en donde está penalizado el aborto, no se tienen datos precisos acerca de su dimensión y mucho menos se conoce su ocurrencia en los distintos ámbitos geográficos de cada país o en los grupos étnicos. Ante esta limitación, investigadores en el tema han desarrollado diversas metodologías, que permiten a la fecha tener un acercamiento a las verdaderas cifras. En una revisión sobre estimados de aborto, Rossier (2003) menciona la existencia de hasta 8 métodos entre los que se encuentran¹⁰:

- Estimaciones de mortalidad por aborto basadas en los registros de defunción o en estadísticas sobre la mortalidad materna.
- Estimaciones indirectas a partir de encuestas realizadas a los prestadores de servicios que practican abortos ilegales.

.....
⁷World Health Organization (WHO). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. World Health Organization, 2004. 4th.ed. Versión electrónica en: http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/index.html

⁸World Health Organization (WHO). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. World Health Organization, 2004. 4th. ed.

⁹Ferrando, D. *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima: Flora Tristán / Pathfinder International, 2002.

¹⁰Rossier, C. "Estimating induced abortion rates: a review". *Studies in Family Planning*. 34 2, 87-102. USA: Population Council, junio 2003. <http://www.popcouncil.org/publications/sfp/default.htm>

- Estimaciones basadas en la información que brindan las mujeres sobre su experiencia propia de aborto.
- Estimaciones a partir de estudios prospectivos en los sistemas de seguimiento demográfico.
- Estimaciones indirectas a través de encuestas que utilizan el método de “reporte anónimo de una tercera persona”.
- Estimaciones indirectas a partir del método residual.
- Estimaciones indirectas de expertos con base en diferentes fuentes de información (a través de ajustes, ponderaciones, correcciones, etcétera).

Legislación del aborto en el mundo

En casi todos los países del mundo, el aborto está bajo una legislación y es en base a ésta que se establecen las políticas públicas, ya sea para proscribirlo como práctica o para definir las ofertas de servicios. Cualquier postura en estos terrenos tendrá directa implicancia en la vida de las mujeres y en el ejercicio pleno de su ciudadanía.

Las legislaciones sobre aborto que se han desarrollado en el mundo con posterioridad a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo 1994) y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995), tienen una referencia importante a los derechos reproductivos. Esto ha permitido de algún modo un abordaje mucho más comprensivo y menos estigmatizado, basado en algunos de los siguientes fundamentos:

- La valoración del aborto como problema de salud pública: i) está asociado principalmente a la carga de morbilidad materna y a su impacto en el sistema sanitario; ii) las complicaciones y muertes que produce son prevenibles y generan un grave daño a la salud que se extiende muchas veces más allá de la etapa reproductiva; iii) es factible desarrollar acciones para su disminución a través de acciones integrales de mejoramiento de la salud sexual y reproductiva; y, iv) existe tecnología disponible y accesible que garantiza las intervenciones de aborto casi sin ningún riesgo para la salud.
- Se trata de una forma de discriminación y de injusticia: impacta directamente en el cuerpo de las mujeres; son ellas las

que llevan las más graves consecuencias; no todas las mujeres las sufren de la misma manera, si no sobre todo las más pobres, las menos instruidas, las más jóvenes o las mujeres que viven en las zonas rurales.

- La penalización vulnera el derecho a la vida, a la salud, a la autonomía, privacidad, confidencialidad y seguridad. Esta consideración abre la posibilidad de promover una elección informada, servicios de calidad, trato humanitario, entre otros.
- La vinculación entre las legislaciones restrictivas y la situación de desventaja en que viven las mujeres. Los países que tienen leyes restrictivas, por lo general, son aquellos en donde la mujer no tiene oportunidades de desarrollo y la inequidad de género es altamente tolerada e instituida
- La incapacidad de las leyes restrictivas para disminuir la práctica del aborto, y sus consecuencias prácticas negativas: a) la generación de un mercado negro que se aprovecha de la necesidad de las mujeres y que no ofrece ninguna garantía ni protección a su derecho a la integridad personal, la vida y la salud; y, b) el desarrollo de una red delincencial integrada por malos funcionarios del Estado –policías, jueces o proveedores de salud–, que chantajean a las mujeres que infringen este tipo de leyes.
- La evidencia de que la existencia de medidas de salud pública, de educación, de mejora del estatus social de las mujeres contribuyen de manera adecuada y efectiva a la prevención de embarazos no deseados y la disminución de abortos inseguros.

Bajo estas consideraciones las leyes sobre aborto se han perfilado con distintos grados de permeabilidad. Tal como se puede observar en el siguiente cuadro, sólo el 2% de países en el mundo tienen leyes absolutamente restrictivas sobre aborto; en tanto que la causal para despenalizar esta práctica basada en la idea de “salvar la vida de la mujer”, es la más extendida, seguida por la preservación de la salud física y mental, la violación y daños eugenésicos graves.

También es interesante visibilizar que por lo menos el 65% de países desarrollados permite el aborto basándose sólo en la solicitud

de las mujeres, pero también está considerado en el 14% de los países en desarrollo, lo que demuestra cierta tendencia de los países a liberalizar sus legislaciones sobre aborto.

DISTRIBUCIÓN DE PAÍSES DE ACUERDO A LA LEGISLACIÓN DEL ABORTO

Todos los países del mundo (193 países)	Para salvar la vida de la mujer	Para preservar la salud física	Para preservar la salud mental	Violación e incesto	Daños fetales	Razones económicas y sociales	A solicitud de la mujer
Permitido	189	122	120	84	77*	63	52
No permitido	4	71	73	119	116	130	141
Países desarrollados (48 países)							
Permitido	46	42	41	39	39	36	31
No permitido	2	6	7	9	9	12	17
Países en desarrollo (145 países)							
Permitido	144	81*	80*	45*	38*	27	21
No permitido	2*	64	65	100	107	118	124

Fuente: Naciones Unidas¹¹

* Se ha incluido información de Nicaragua, en donde se derogó la ley que permitía el aborto terapéutico, y Colombia, que incorporó en su legislación el aborto legal por riesgos de salud de la mujer (física y psicológica), daños fetales incompatibles con la vida y en casos de violación.

¹¹ WHO. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Geneva: WHO, 2004. 4th. ed.





El aborto y la salud de la mujer

Médicamente, se define como aborto a la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación o antes de que el feto alcance 500 gramos de peso. Esta interrupción puede ser espontánea o inducida¹².

Por sus características y resultados, el aborto puede ser:

- Aborto sin riesgos
- Aborto inseguro

a) Aborto sin riesgos

Tal como se ha señalado, el estatus legal del aborto influye de manera determinante en la práctica segura del aborto. Así, los países que han flexibilizado su legislación también han modificado el patrón de morbimortalidad.

En aquellos donde se permite alguna causal de aborto o el aborto está completamente despenalizado, se han introducido una serie de medidas en los sistemas sanitarios que tienen que ver con la reglamentación y con las tecnologías apropiadas.

El aborto legal o no penalizado se establece bajo dos modalidades¹³:

- **Sistema de plazos:** Considera un límite temporal en que se puede realizar un aborto, que generalmente corresponde a las 12 semanas de embarazo o hasta que el feto sea viable. Cuba tiene el sistema del plazo límite de 12 semanas y Puerto Rico utiliza como referencia la viabilidad del feto. Recientemente este sistema ha sido aprobado por el Congreso de México DF¹⁴.
- **Sistema de indicaciones:** Opera como un sistema de reglaxcepción. Bajo el mismo, el aborto es punible; pero ante

.....
¹² OMS. *Complicaciones del aborto terapéutico: Directivas técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: OMS, 1995; 152 pp.

¹³ Dador, J. *El aborto terapéutico en el Perú*. Lima: PROMSEX, 2007. En imprenta.

¹⁴ El 25 de abril del 2007 el Congreso del Distrito Federal aprobó una reforma al artículo 144 del Código Penal del DF, a través de la cual se despenaliza en la capital mejicana el aborto practicado durante las doce primeras semanas de gestación.

determinadas circunstancias o condiciones está permitido. Las indicaciones más comunes suelen ser la terapéutica o médica, la eugenésica o pietista, la ética, la criminológica o en casos de violación. También han sido incluidas dentro de las indicaciones las razones económicas y sociales, la falla de anticonceptivos, entre otras.

b) El aborto legal y el acceso a los servicios

Si bien es cierto la despenalización del aborto es un avance muy importante, no necesariamente garantiza su acceso a las mujeres. Una de las mayores barreras es la ausencia de protocolos o guías de atención, validadas por los sistemas sanitarios oficiales. Con esta ausencia se deja a criterio de los proveedores la atención o no de las solicitudes de aborto. Eso sucede actualmente en el Perú con el aborto terapéutico.

La falta de protocolos también genera subregistros de los casos de aborto legal, haciéndolo pasar muchas veces por aborto incompleto o aborto frustrado o, lo que es más frecuente, empujando a las mujeres a que resuelvan este tipo de problemas fuera de los servicios de salud, lo que engrosa el número de abortos clandestinos. Un ejemplo típico de esta situación es que, a pesar de que el aborto terapéutico está permitido en el Perú desde 1924 y hay una tasa preocupante de muerte materna, sólo 3 hospitales a la fecha han desarrollado sus protocolos de atención; y de esos, sólo uno de ellos se acerca en algo a la demanda existente. Esta situación se repite en muchos otros países.

Otra barrera importante involucra a los propios proveedores, quienes en la mayoría de los casos no cuentan con competencias para atender este tipo de casos ni están sensibilizados para ofertar los servicios correspondientes. Sobre todo en el Perú, se puede señalar que en las instituciones formadoras, la metodología y entrega de la anticoncepción¹⁵, mucho menos la atención del aborto legal, no están considerados dentro de sus currículos. En ese caso prevalecen las

.....

¹⁵ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. XVI Congreso Peruano, III Congreso Bolivariano de Obstetricia y Ginecología. Taller Nacional Pre Congreso de Derechos Sexuales y Reproductivos. Lima 4 de febrero 2007.

concepciones morales o religiosas de quienes las conducen, actuando incluso al margen de la ley.

El acceso a las tecnologías también constituye una limitación. En los últimos 10 años se han dado pasos muy importantes para mejorar la atención del aborto incompleto, incluyendo la introducción del tratamiento ambulatorio de la aspiración manual endouterina (AMEU), la consejería pos-aborto y la anticoncepción post aborto.

No obstante, estos avances no han logrado proyectarse en la atención del aborto legal. Un factor que ha influido ha sido la Política de Ciudad de México del Gobierno Norteamericano¹⁶, que prohíbe a las organizaciones no gubernamentales (ONG) en el país que reciben financiamiento de la cooperación internacional norteamericana, efectuar investigación, realizar *advocacy* para modificar leyes o prestar servicios de aborto aunque estos sean legales. Son precisamente las ONGs en el Perú y otros países las que lideran el desarrollo de capacidades en el tema del aborto.

La falta de información también constituye un serio problema. Hay muchos proveedores que no conocen la legislación o piensan que todos los abortos sin excepción son ilegales, o consideran que hay muchas más causales de aborto legal de las que en realidad existen¹⁷. Las mujeres, potenciales usuarias del aborto legal, tampoco conocen de su existencia y muchas veces consideran que no encontrarán esta posibilidad en los servicios de salud.

.....
¹⁶ Mollmann, M.; Chávez, S. *La regla de la mordaza y la acción política en la lucha por la despenalización del aborto*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2003.

¹⁷ Pace, L.; Grossman D.; Chávez, S.; Távara, L.; Lara, D.; Guerrero, R. "Legal abortion in Peru: Knowledge, attitudes and practices among a group of physician leaders", *Gaceta Médica de México*, 2006; 142(3): 83-86.



El aborto terapéutico

a) Fundamentos desde la perspectiva médica

Según la Organización Mundial de la Salud: la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, por lo tanto no es sólo ausencia de enfermedad, sino un estado de equilibrio del ser humano.

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de etnia, religión, ideología política o condición económica o social¹⁸. Dentro de esta perspectiva la definición integral de salud se basa en que los seres humanos son individuos con muchas dimensiones interrelacionadas: física, mental y social. Esta última incluye las dimensiones económica, política, cultural y la social propiamente dicha¹⁹. Consecuentemente, para medir el nivel de salud se requiere tanto de indicadores de morbilidad y mortalidad como de las otras dimensiones²⁰.

Sin embargo, este concepto moderno de la salud resulta por lo general incompatible con el enfoque biomédico, aún muy presente en el ejercicio de la medicina, que escinde la mente del cuerpo y a ambos de su contexto social. Ello no obstante que hoy en día se reconoce que las funciones mentales que se transforman en enfermedades y dolencias físicas y mentales están mediadas por el cerebro. Durante el proceso de transformar las experiencias de los seres humanos en eventos físicos a nivel del sistema nervioso central, ocurren cambios en la estructura y la función del cerebro, las mismas que se pueden medir utilizando la resonancia magnética nuclear, la tomografía con emisión de positrones y otras técnicas²¹.

A partir de estas delicadas mediciones se ha podido establecer que, en comparación con los hombres, las mujeres sufren doblemente los trastornos depresivos y ansiosos. Esto se debe a su biología (en donde las hormonas juegan un rol importante), así como al componente psicológico y social.

.....
¹⁸ WHO. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. New York: WHO, 1946.

¹⁹ Lip, C.; Rocabado, F. *Determinantes sociales de la salud en el Perú*. Lima: MINSA / Universidad Norbert Wiener / OPS, 2005; 52 pp.

²⁰ Ware, J. "Standards for validating health measures: definition and content". *J Chronic Dis.*, 1987; 40: 473-480.

²¹ Rondón, M. *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, 2006; 23 pp.

Lo social resulta indesligable de lo biológico, dado que lo biológico también se construye por el género, que caracteriza a lo femenino, por lo menos desde la perspectiva occidental, como débil y susceptible a enfermedades y desordenes, mientras que con lo masculino ocurre lo contrario.

Tomando en consideración estos aspectos, la vida reproductiva de las mujeres es un período de riesgo para la aparición de la depresión, que tiene efectos muy nocivos. Estos se agravan con ciertos condicionantes sociales, como el menor desarrollo educativo, profesional y laboral impuesto por las propias inequidades de género. Como este trastorno mental afecta principalmente a las mujeres jóvenes, provoca una de las pérdidas más significativas del capital social²²⁻²³.

Si la salud se evalúa desde esta perspectiva, se comprenderá mejor cómo las experiencias emocionalmente traumáticas pueden también afectar la salud física y que las respuestas no pueden ser catalogadas de igual manera para todas las personas. Estas no reaccionan de la misma forma ni en la misma medida, por que la neurobiología que se realiza a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal produce la regulación o desregulación individual de la respuesta.

Este mecanismo biológico es el que se vulnera en la respuesta del tipo estrés postraumático cuando, por ejemplo, ocurre una violación o cuando una mujer se entera que enfrenta un problema grave de salud. Se ha observado que quienes presentan el estrés post traumático tienen niveles menores de cortisol y altos niveles de hormona liberadora de corticotropina, perjudiciales para las personas²⁴.

De lo expresado anteriormente resulta que cuando una mujer solicita un aborto terapéutico, además de una evaluación física, el médico está obligado a realizar una evaluación clínica – con el fin de determinar el impacto que representa para ella continuar el

.....
²² Berndt, E.; Koram, L.; Finkelstein, E. *et al.* "Lost human capital from early-onset chronic depression". *Am. J. Psyc.*, 2000; 157: 940-947.

²³ Miranda G., V, Miranda S., P. "Os distúrbios psiquiátricos femininos". Em: Costa D., A; Vilela J. Eds. *Desfazendo os mitos sobre doenças mentais*. Rio do Janeiro: Foglio Edit. 2000; pp. 197-212.

²⁴ Born, L.; Phillips, S. D.; Steiner, M.; Soares, C. "Trauma and the reproductive life cycle in women". *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2005; 27: Suppl. 2.

embarazo— y a considerar los problemas mentales, que incluyen el estrés psicológico o el sufrimiento mental debido al embarazo que representa un riesgo para ella. También debe tomar en cuenta qué es lo que la hace vulnerable al estrés —lo cual puede ser identificado a través de la historia clínica de su salud mental, tanto personal como familiar—, así como aquellos otros factores que pueden mantener el diestrés, tales como la pobre educación y el estatus social y económico marginal²⁵.

Lo dispuesto por la ley para hacer accesible un aborto legal no es suficiente. Se requiere contar con disposiciones técnicas muy claras que orienten la indicación médica del aborto en condiciones seguras y en el marco de la legalidad. Esto sólo lo pueden proveer los protocolos y las guías de prácticas²⁶ pues, como cualquier procedimiento médico, el aborto legal requiere de esas pautas.

Si bien es cierto en el Perú se considera a las razones terapéuticas como causal de aborto permitido por la ley, sólo dos establecimientos pertenecientes al Ministerio de Salud cuentan con un protocolo para la atención de las usuarias²⁷⁻²⁸. Por ello se hace necesaria la existencia de una norma nacional más amplia, que sea aplicable en todas las instituciones prestatarias de la atención.

Aunque aun no se cuenta con una norma de alcance nacional, al interior de la comunidad médica especializada en el tema (Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología) se ha realizado un amplio debate. Esto permite contar con un documento consensuado que señala las principales indicaciones que deberían considerarse en un aborto terapéutico.

.....
²⁵ Cook, R. J; Ortega-Ortiz, A.; Romans, S.; Ross, L. E. “Legal abortion for mental health indications”. *Int. Journal Gynaecol. Obstet.*, 2006; 95:185-190.

²⁶ Taracena, R. “Social actors and discourse on abortion: the Paulina case”. *Reproductive Health Matters* 2002; 10: 103-110.

²⁷ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. *Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo*. Lima: SPOG / CMP Flora Tristán, 2005; 29 pp.

²⁸ Hospital Belén de Trujillo. Departamento de Ginecobstetricia. *Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo*. Lima: PROMSEX / SPOG, 2006; 32 pp.

Indicaciones médicas que justifican la interrupción del embarazo en condiciones legales

En agosto del 2005 la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, en alianza con el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) y con el auspicio del Colegio Médico del Perú, llevó a cabo un taller con nueve sociedades científicas peruanas. Su resultado fue la construcción de un perfil clínico de las mujeres entre las que podría considerarse un aborto terapéutico.

Este documento, producto de la deliberación de muchos profesionales, considera un conjunto de patologías de la gestación o intercorrientes del embarazo que ponen en riesgo la salud y/o la vida de las mujeres y que, igualmente, son consideradas como causales para interrumpir el embarazo en otros reportes²⁹.

La reunión concluyó que existen entidades clínicas que ponen en riesgo la vida o pueden causar un mal grave y permanente en la salud de las mujeres gestantes, por lo que ameritan ser puestas en conocimiento de las interesadas para que decidan, de manera informada, su derecho a solicitar la interrupción del embarazo por razones terapéuticas. Estas entidades son:

- Insuficiencia renal crónica.
- Mujeres en diálisis.
- Lupus eritematoso sistémico con daño renal severo.
- Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blanco y/o comorbilidad asociada.
- Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvular o no valvular), hipertensión arterial o cardiopatía isquémica.
- Insuficiencia hepática crónica causada por hepatitis B, hepatitis C, trombosis del sistema portoesplénico con várices esofágicas.
- Neoplasia maligna del aparato gastrointestinal que requiera tratamiento quirúrgico, radio y quimioterápico.

.....
²⁹ Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. *Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico*. Lima: SPOG / PROMSEX, 2006; 18 pp.

- Insuficiencia respiratoria, demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm. de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%.
- Diabetes mellitus avanzada.
- Neoplasias malignas a nivel del sistema nerviosos central.
- Epilepsia rebelde al tratamiento.
- Síndrome de hiperestimulación ovárica refractario al tratamiento.
- Cáncer invasivo de cuello uterino.
- Otros cánceres ginecológicos.
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- Embarazo ectópico no roto.
- Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento.
- Corioamnionitis.
- Antecedente demostrado de psicosis puerperal, por el riesgo de suicidio ú homicidio.
- Violación sexual, por el riesgo de estrés postraumático, abuso de drogas, alcohol, depresión, suicidio y conducta violenta.
- Se consideró la necesidad de recoger mayores evidencias científicas para considerar la posibilidad de aborto terapéutico en los casos de tuberculosis sistémica y tuberculosis multidrogorresistente.

Además de esta importante lista, existen otras patologías maternas o condiciones clínicas que justifican la interrupción legal del embarazo. En la literatura consultada se mencionan las siguientes:

- Cuadros hipertensivos de naturaleza renovascular o de otras causales.
- Dermatomiositis que se agrave en el embarazo.
- Coagulación intravascular diseminada de presentación temprana, asociada a deficiencia de proteína S.
- Cáncer de mama en el primer trimestre que requiere radio y quimioterapia.
- Cáncer de colon tributario de tratamiento quirúrgico, radio y quimioterapia.
- Cáncer de cuello uterino que requiera tratamiento quirúrgico o radioterapia.

- La aplicación de radiación ionizante para el tratamiento del cáncer durante la gestación.
- Leucemia, que es poco frecuente pero que requiere de quimioterapia.
- Porfiria hepática aguda, acompañada de manifestaciones psiquiátricas precoces, manifestaciones neurológicas con convulsiones que semejan un estatus epiléptico y presencia de signos hemorrágicos.
- Encefalopatía de Wernicke que complica la hiperemesis gravídica.

Asimismo, en esta línea, la contribución del VIH/SIDA a las tasas de mortalidad durante la gestación es muy difícil de estimar. Sin embargo, parece que está constituyéndose en una causa importante en los países en desarrollo. La detección del VIH durante el control prenatal es, según las evidencias, la mejor oportunidad para la prevención de la transmisión vertical en la etapa perinatal. Comparadas con las pruebas convencionales, las pruebas rápidas incrementan sustancialmente la proporción de mujeres que obtienen resultados de VIH, de este modo se maximiza las intervenciones. Aunque el embarazo no parece tener efecto sobre el curso de la enfermedad, es frecuente la presencia de recién nacidos con bajo peso y está demostrado que las infecciones sobreagregadas pueden complicar la gestación y exponer a la mujer al riesgo de muerte materna. Asimismo, se debe considerar que el principal factor protector es la terapia antirretroviral³⁰⁻³¹.

Sin embargo, a pesar de esta nueva relación, debemos esperar que otras entidades o condiciones clínicas, evaluadas por el médico tratante, puedan resultar en indicaciones para una interrupción del embarazo en condiciones legales.

.....
³⁰ Rigopoulos, D.; Gregorious, S.; Paparizos, V.; Katsambos, A. "AIDS in pregnancy, part I: epidemiology, testing, effects on disease progression, opportunistic infections and risk of vertical transmission". *Skinmed*, 2007; 6(1): 18-23.

³¹ Minkoff, H. "Human immunodeficiency virus infection in pregnancy". *Obstet. Gynecol.*, 2003; 101: 797-810.

b) Fundamentos desde la perspectiva legal

A pesar de que el aborto terapéutico es legal en el país, el servicio no se implementa y, por lo tanto, no está disponible a las mujeres que lo necesitan. Existen numerosos acuerdos y convenciones internacionales, de los que es firmante el Estado Peruano, que exigen a las entidades del gobierno implementar el aborto terapéutico. Dador, por ejemplo, refiere los siguientes acuerdos y convenciones³²:

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer señala en su artículo 12 que *“Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.”*

El Comité que supervisa el cumplimiento de este pacto, emite la Recomendación General N° 24, titulada La mujer y la salud - Artículo 12. En su párrafo 11 indica que, *“Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios.”*

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (ICPD) realizada en 1994, se adoptó el siguiente acuerdo por parte de los Estados: *“en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se debería ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.”*³³

.....
³² Dador, Jennie. *El aborto terapéutico en el Perú*, en imprenta.

³³ Párrafo 8.25.

La Asamblea General de las Naciones Unidas revisó y evaluó la implementación de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD+5), en 1999, y acordó que, *“en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres”*.

En la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing, se establecieron las medidas que han de adoptar los gobiernos en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales. El párrafo 106° de la Plataforma de Acción de Beijing (PAB), letra K, se establece que *“En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos, y considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos.”*

En el documento “Nuevas medidas e iniciativas para la aplicación de la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing”, elaborado por Naciones Unidas a los 5 años de la implementación de la Plataforma de Acción de Beijing, en su sección IV –“Medidas e iniciativas a superar los obstáculos y a lograr la aplicación plena y acelerada de la Plataforma de Acción de Beijing”–, párrafo A –referido a medidas que han adoptar en el plano nacional los gobiernos–, letra O, se reafirma lo contemplado en la PAB 5 años atrás: *“En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos.”*

La aplicación del aborto terapéutico en el Perú

El artículo 119 del Código Penal peruano señala: *“No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”*.

En el Perú la normatividad del aborto data desde su primer Código Penal (1863), que consideraba la existencia de *abortos atenuados* que se practicaban para salvar el honor, es decir, para proteger la reputación de las mujeres y sobre todo de la familia a la que pertenecían, ya que las relaciones sexuales y la prueba de éstas, el embarazo, eran considerados una afrenta “al orden de la familia y a la moralidad pública”. También se incluía dentro de esta categoría al aborto consentido por la mujer.

En el Código Penal de 1924, se penalizó todas las figuras de aborto, con excepción del terapéutico. Cuatro años después, en 1928, dos juristas propondrían sin éxito la despenalización del aborto eugenésico y ético o por violación. El Código Penal de 1991, penaliza todos los abortos, con excepción del terapéutico.

Elementos constitutivos del aborto terapéutico en el Perú

En el análisis que hace Dador sobre la aplicación del aborto terapéutico en el Perú, señala que para que sea considerado como tal, deben cumplirse determinadas condiciones, entre las que se encuentran:

Que sea practicado por un médico

Según el artículo 21 del Código Sanitario, actualmente derogado, se establecía que el aborto terapéutico tenía que ser practicado por un médico diplomado y contar con la opinión previa de dos médicos, además de la firma del jefe del servicio que, de acuerdo al reglamento interno del hospital, debe autorizar todo tratamiento médico o quirúrgico que se realice.

Aclarando el dispositivo, el Colegio Médico del Perú se pronunció mediante Resolución CMP/CN-20, del 4 de noviembre de 1970:

“Cada caso de aborto terapéutico que se plantee en el ejercicio de la profesión debe resolverse a criterio de una junta médica de no menos de tres especialistas en el problema que se trate. Si llega a concluirse en la junta médica que es procedente el aborto terapéutico, éste debe efectuarse en un hospital o clínica oficialmente reconocida”. Las normas mencionadas han sido derogadas por la Ley General de Salud³⁴. Si bien este nuevo cuerpo normativo no regula el procedimiento administrativo para acceder a un aborto terapéutico, sí resultan aplicables a las mujeres que viven esta situación los derechos que como usuarias de los servicios de salud establece la Ley General de Salud en su artículo 15:

- Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad.
- A exigir la reserva de la información relacionada con el acto médico y su historia clínica, con las excepciones que la ley establece (confidencialidad).
- A no ser sometida, sin su consentimiento, a exploración, tratamiento o exhibición con fines docentes.
- A no ser objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos sin ser debidamente informada sobre la condición experimental de éstos, de los riesgos que corre y sin que medie previamente su consentimiento escrito o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o si estuviere impedida de hacerlo.
- A no ser discriminada en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afectare.
- A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio.
- A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de los medicamentos que se le prescriban y administren.

.....

³⁴ Ley N° 26842, Ley General de Salud. Lima, 15 de julio de 1997.

- A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.
- A que se le entregue el informe de alta al finalizar su estancia en el establecimiento de salud y, si lo solicita, copia de la epicrisis y de su historia clínica.

El procedimiento administrativo básico que se establece en los protocolos actualmente existentes en el Perú, se resume en lo siguiente:

- El trámite se iniciará con la petición de la gestante a la jefatura del departamento de ginecología y obstetricia, con expresión de causa.
- Si la gestante se encontrara impedida de prestar su consentimiento, lo hará su representante legal.
- La jefatura dará inicio al trámite de inmediato, refiriendo el caso al médico que corresponda en consulta externa.
- El médico que recibe el caso procederá a la evaluación.
- La jefatura del departamento constituirá una junta médica. El médico tratante formará parte y presentará el caso ante los otros.
- La junta médica, integrada por tres médicos, podrá pedir asesoría a otros especialistas; deliberará sobre el caso y dejará constancia de sus conclusiones en la historia clínica.
- Si es procedente, el médico tratante preparará a la paciente.
- La jefatura del departamento asignará al médico que llevará a cabo el procedimiento.
- Entre la fecha de la solicitud y la realización del procedimiento no deberá pasar más de una semana, debiendo actuarse con más celeridad si el caso lo amerita.
- Cumplido el procedimiento, la jefatura del departamento de ginecología y obstetricia informará a la dirección del hospital.

El protocolo no establece cuál sería el trámite a seguir en caso de que la junta médica dictamine que no procede la interrupción.

Es importante considerar, que de acuerdo al artículo XII de la Ley General de Salud, todo/a médico/a tiene derecho a la objeción de conciencia, pero ésta no opera de forma irrestricta. Las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas para eximirse de las disposiciones de la autoridad de salud cuando de tal exención se deriven riesgos para la salud de terceros.

Consentimiento de la mujer o de su representante

De acuerdo a lo establecido en el artículo 4 de la Ley General de Salud, ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento o el de la persona legalmente llamada a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Con excepción de las intervenciones de emergencia.

En caso que los representantes legales de las absolutas o relativamente incapaces³⁵ negaren su consentimiento, el médico tratante o el establecimiento de salud deberán comunicarlo a la autoridad judicial competente para dejar expeditas las acciones a que hubiere lugar en salvaguarda de la vida y la salud de las mismas.

En el caso de las adolescentes, la ley 27201 –del 14 de noviembre de 1999, que modifica el Código Civil–, establece que la edad mínima de mujeres y varones para prestar su consentimiento para contraer matrimonio es de 16 años. Además, otorga capacidad a las/os mayores de 14 años para reconocer a sus hijos/as, reclamar o demandar los gastos de embarazo o parto, y demandar la tenencia o alimentos.

A su vez, el artículo IV del Título Preliminar del Código del Niño y Adolescente establece que éstos gozan de derechos específicos relacionados con su proceso de desarrollo, y tienen capacidad especial para la realización de los actos civiles autorizados por ley.

.....

³⁵ Artículo 43 del Código Civil: “Son absolutamente incapaces: los menores de 16 años, salvo para aquellos actos determinados por la ley; los que por cualquier causa se encuentren privados de discernimiento; y, los sordomudos, los ciegosordos y los ciegomudos que no pueden expresar su voluntad de manera indubitable.”

Artículo 44 del Código Civil: “Son relativamente incapaces: los mayores de 16 y menores de 18 años, los retardados mentales, los que adolecen de deterioro mental que les impide expresar su libre voluntad; los pródigos; los que incurren en mala gestión; los ebrios habituales; los toxicómanos; los que sufren pena que lleva anexa la interdicción civil.”

La Norma Técnica de Planificación Familiar, Resolución Ministerial 536-2005/MINSA, señala que se puede suministrar métodos anticonceptivos temporales a los adolescentes que lo soliciten, siempre que hayan recibido orientación. Asimismo a aquellos que sean referidos en las siguientes circunstancias: riesgo de embarazo no deseado, peligro de contraer una ITS o VIH/SIDA, ser sexualmente activos, antecedentes de embarazo, víctima de violencia sexual.

De acuerdo con los Lineamientos de Políticas en Salud de las/os adolescentes, el Estado deberá garantizar el acceso universal de adolescentes a atención integral y diferenciada en los servicios públicos y privados de salud, con especial énfasis en Salud Mental, Sexual y Reproductiva, entre otras. Con esta finalidad el marco legal normativo deberá permitir el ejercicio del derecho a la salud de las/os adolescentes.

Debe quedar claro que en el caso del aborto terapéutico es la mujer gestante quien tiene la titularidad para decidir la interrupción del embarazo, ya que la vida y/o la salud que podrían afectarse, de continuar con el proceso de gestación, son precisamente las de ella.

Cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave y permanente.

Para acceder a la interrupción legal del embarazo no es necesario que la gestante esté en inminente peligro de muerte, es suficiente con que exista amenaza de daño grave y permanente en su salud.

La Organización Mundial de la Salud establece que “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”³⁶.

El Comité que monitorea el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha señalado que la salud debe entenderse como “un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes,

.....
³⁶ Constitución de la OMS de 1946, reformada por la 26ª, 29ª y 39ª Asambleas Mundiales de la Salud. Los cambios fueron reafirmados en la Declaración de Alma-Ata de 1978.

servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud”³⁷.

Es decir, que cuando la ley penal alude a la salud, se debe entender que comprende tanto a la salud física como a la mental³⁸. Es justamente bajo este último supuesto que algunos tribunales de la región han autorizado el aborto terapéutico en caso de embarazos resultantes de una violación sexual.

Pero es necesario advertir que, al no existir un consenso mínimo sobre los eventos que podrían afectar gravemente la vida o la salud de la gestante, opera la discrecionalidad de los/as médicos/as. Y cuando los márgenes de apreciación son tan amplios, se entrega este campo a la arbitrariedad de quienes a la hora de pronunciarse deben atribuirle significado.

La falta de acceso de las mujeres a los procedimientos del aborto legal, indica la importancia que tienen los protocolos de atención del mismo. En los últimos 20 años han mejorado los métodos diagnósticos de la salud en general. En contrapartida, se han hecho muy pocos esfuerzos por atender las necesidades reproductivas de las mujeres que tienen una enfermedad o cuando el embarazo pone en riesgo su salud. Igualmente, se ha avanzado poco en facilitar su acceso a este tipo de atenciones, que por ley les corresponden.

Es importante señalar que la falta de cumplimiento ha motivado que el Estado Peruano tenga una decisión emitida por el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, referida a la negación de atención de un aborto terapéutico y el sometimiento a un trato cruel a una adolescente que portaba un embarazo anencefálico. (Caso K.LL vs. Perú)

.....
³⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. E/C 12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párrafo 9.

³⁸ Es común encontrar en las descripciones de las figuras delictivas contenidas en el Código Penal la diferenciación entre “daño en el cuerpo o la salud”. Con el primero de los nombrados se alude a lo físico y con el segundo a otro tipo de daños que trascienden lo estrictamente corpóreo.

c) Algunas consecuencias médicas y sociales por denegar un aborto terapéutico

Sobre la mujer

Los opositores al aborto, suelen referirse a un supuesto “síndrome postaborto”. Sin embargo, no existe una entidad clínica en la literatura científica y no figura en ninguna clasificación de trastornos mentales, debido a que no existen fundamentos para su reconocimiento como tal³⁹.

Por el contrario, en un estudio sueco, realizado en 1963, antes de que el aborto estuviera disponible libremente, se observó que el 22% de las mujeres a quienes se les denegó el aborto por indicación médica mostraban síntomas de depresión y ansiedad siete años después de su parto⁴⁰. Un estudio brasileño señala que al diagnosticárseles la malformación congénita del feto, luego de un momento crítico, las mujeres que decidieron un aborto terapéutico sintieron la satisfacción de haber tomado la decisión más acertada⁴¹. Otro estudio revela que luego de decidir un aborto por malformaciones congénitas, las parejas tuvieron un sentimiento de alivio y la mayoría comunicaron que su relación fue más estrecha luego de la interrupción del embarazo⁴².

Sobre los hijos

Entre los profesionales de la salud mental se supuso durante muchos años que los niños nacidos de embarazos no deseados tenían riesgo de un desarrollo psicosocial negativo y problemas en su salud mental cuando llegaban a adultos. En Praga, se diseñó una

.....
³⁹ Rondón, M. *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, 2006; 23 pp.

⁴⁰ Hook, H. “Refused abortion: A study of 249 women whose applications were refused by National Board of Health in Sweden”. *Acta Psychiatr. Scand.*, 1963; 168 (Suppl.): 3-156.

⁴¹ Ferreira da Costa, L.; Hardy, E.; Duarte M., J.; Faundes, A. “Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women’s experiences in Brazil”. *Reprod. Health Matters*, 2005; 13: 139-146.

⁴² Geerincq-Vercammen, C. R.; Kanhai, H. H. “Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment”. *Prenat. Diagn.*, 2003; 23: 543-548.

investigación para probar esta hipótesis. El estudio prospectivo hizo el seguimiento y examinó el bienestar mental de 220 niños (ahora adultos) nacidos en Praga entre 1961 y 1963, hijos de mujeres a quienes se les negó el aborto por embarazo no deseado. Estos niños fueron apareados a la edad de 9 años con otros 220 niños nacidos de embarazos deseados. Las cohortes de los niños escogidos fueron comparadas a los 9, 14-16, 21-23, 28-31 y 32-35 años de edad. Durante los períodos revisados se encontraron diferencias entre ambos grupos, que desfavorecieron al grupo de quienes provenían de embarazos no deseados. Así, a los 35 años de edad, los problemas psiquiátricos que requirieron internamiento fueron del orden de 8.5% en el grupo proveniente de embarazos no deseados, contra 1.2% en el grupo de embarazos deseados. Cuando la comparación se hizo cuando los integrantes de los grupos eran aún niños, la diferencia fue mayor: los niños provenientes de embarazos no deseados exhibieron 13.9% de trastornos psiquiátricos contra 0% en el grupo de embarazos deseados⁴³. Este estudio confirmó también lo que puede ocurrir con los niños nacidos de madres que padecieron sufrimientos físicos o psicológicos durante el embarazo⁴⁴.

⁴³ David, H. P. "Born unwanted, 35 years later: the Prague Study". *Reproductive Health Matters*, 2006; 14: 181-190.

⁴⁴ Kmietowicz, Z. "Unwanted children at increased risk of schizophrenia". *BMJ*, 1966; 313: 1167.



IV.

El aborto inseguro y la importancia de ampliar las causales del aborto permitido legalmente

a) El aborto inseguro y sus implicancias en la salud pública

El aborto inducido en nuestros países generalmente es inseguro y frecuentemente conduce a complicaciones inmediatas y a consecuencias a largo plazo. Las complicaciones inmediatas que con más frecuencia se presentan son: hemorragia, infecciones, lesiones traumáticas y químicas de los órganos del aparato genital y otros órganos, así como reacciones tóxicas a sustancias ingeridas o colocadas dentro del aparato genital. Varias de estas complicaciones pueden ser fatales y causar muerte materna. Asimismo, las complicaciones tardías pueden ser la infertilidad, dolor pélvico crónico y embarazo ectópico^{45, 46}.

En el mundo, de los 46 millones de abortos que se producen, la mitad son inseguros. América Latina presenta la mayor tasa de este tipo de abortos (29 abortos inducidos por cada mil mujeres en edad fértil). Esta práctica es responsable del 13% de las muertes maternas a nivel global, origina aproximadamente 70 mil defunciones maternas en Latinoamérica y cientos de miles de discapacidades. El Fondo de Población de Naciones Unidas señala que la causa más común de muertes maternas en esta parte del mundo es el aborto inseguro⁴⁷⁻⁴⁸.

En el Perú la tasa de aborto inducido continúa siendo causa importante de muertes maternas⁴⁹. Cuando se examina esas muertes se observa que una proporción importante (15%) se debe a enfermedades intercurrentes que se agravaron durante el embarazo, o que éste se complicó a consecuencia de las mismas⁵⁰.

.....
⁴⁵ Rao, K. A.; Faundes, A. "Access to safe abortion within the limits of the law". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20(3): 421-432.

⁴⁶ Chumbe, O.; Távara, L.; Rodríguez, C. "El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna". *Ginecología y Obstetricia* (Perú), 1994; 40 (1): 49-59.

⁴⁷ UNO. Department for economic and social information and policy analysis of United Nations. *World population prospects: The 2000 Revision*. New York: UNO, 2001.

⁴⁸ UNFPA. *Estado de la población mundial*. New York: UNFPA 2000; 13 pp.

⁴⁹ Távara, L. "¿Cómo asegurar a las mujeres el derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo?". *Gineceo* (Revista de la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología), 2006; 1(1): 29-35.

⁵⁰ Távara, L.; Frisancho, O.; Sacsa, D.; Urquiza, R.; Carrasco, N.; Tavera, M. "Estado actual de la mortalidad materna en el Perú". *Ginecología y Obstetricia*, (Perú), 1999; 45(1): 38-42.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 10 y el 20% de mujeres que tienen abortos inseguros requieren atención médica⁵¹. Estimados nacionales (Ferrando 2002)⁵², señalan que en el Perú la proporción de complicaciones se presenta en función del nivel socioeconómico de la mujer y el tipo de proveedor al cual accede: según esta fuente, el 44% de mujeres pobres tendrían riesgo de complicación, a diferencia de sólo el 5% en mujeres no pobres urbanas. Asimismo, el 71% de mujeres tendría riesgo de complicaciones si son atendidas por personal no calificado, mientras que sólo el 5% estaría en esta situación si son atendidas por un médico.

No todas las mujeres que tienen abortos inseguros y que sufren complicaciones acuden a los establecimientos. Las razones para no hacerlo tienen que ver con el temor de ser denunciadas, maltratadas o estigmatizadas o por que no cuentan con recursos suficientes para pagar la consulta, la intervención o el internamiento⁵³. En tal sentido, principalmente en el Perú, medidas como la atención ambulatoria del aborto han resultado claves, no sólo para disminuir los costos de la atención sino principalmente para facilitar el acceso de las mujeres a los servicios de salud⁵⁴.

b) Marco normativo para erradicar el aborto inseguro

La disminución del aborto inseguro, se constituye en una de las prioridades fundamentales de la salud reproductiva. Tal como se ha señalado, sus implicancias en salud pública y en el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres, han motivado su incorporación tanto en la normatividad nacional como internacional.

.....
⁵¹ World Health Organization (WHO). *Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. World Health Organization, 2004. 4th.ed.

⁵² Ferrando, D. *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima: Flora Tristán / Pathfinder International, 2002.

⁵³ Cardich, R.; Carrasco, F. *Visiones del Aborto*. Lima: Manuela Ramos / Population Council, 1993.

⁵⁴ Chávez, A. *Atención humanizada del aborto inseguro. Los consensos del Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. CMP Flora Tristán. Lima, 2002.

En una clasificación que elaboran Cook y colaboradores⁵⁵ sobre las normas internacionales que legislan la salud reproductiva y que involucran el aborto terapéutico, están incluidos los siguientes principios:

- Derecho a la vida, supervivencia, seguridad y sexualidad.
- Derecho a la autodeterminación reproductiva y a la libre opción por la maternidad.
- Derecho a la salud y a los beneficios del progreso científico.
- Derecho a la no discriminación y respeto por la diferencia.
- Derecho a la información y a la toma de decisiones.

c) Razones médico jurídicas para ampliar las causales de aborto. La incorporación de las malformaciones congénitas incompatibles con la vida y la violación o incesto dentro del aborto legal

Las razones médicas

Las malformaciones congénitas incompatibles con la vida

En el Perú no se dispone de un registro nacional de malformaciones congénitas, por tanto no es posible establecer su prevalencia real, por lo que para estimarla se necesita recurrir a estudios y reportes de otros países.

Actualmente se conoce que las anomalías congénitas son estructurales o genéticas/ cromosomiales, pueden ser únicas o múltiples, siendo generalmente más graves estas últimas^{56,57}. La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) califica de malformaciones severas o graves aquellas que son posiblemente letales o de naturaleza tal que, incluso si se someten

⁵⁵ Cook, R.; Dickens, B.; Fathalla, M. *Salud Reproductiva y Derechos Humanos; Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Oxford / Profamilia. Bogotá, 2003.

⁵⁶ Julian-Reynier, C.; Philip, N.; Scheiner, C.; Aurran, Y.; Chabal, F. *et al.* "Impact of prenatal diagnosis by ultrasound on the prevalence of congenital anomalies at birth in southern France". *J. Epidemiol Community Health*, 1994; 48: 290-296.

⁵⁷ De Vigan, C.; Khoshnood, B.; Lhome, A.; Vodovar, V.; Goujard, J.; Goffinet, F. "Prevalence and prenatal diagnosis of congenital malformations in the parisian population: twenty years of surveillance by the Paris Registry of congenital malformations". *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, (Paris), 2005; 34 (1 Pt1): 8-16.

a tratamiento médico o quirúrgico, pueden tener probabilidades de resultar en una minusvalía inaceptable de tipo mental y/o física, que afecta gravemente la calidad de vida⁵⁸.

En un estudio realizado entre 1984 y 1990, en Marsella (Francia), en 164509 embarazos monitoreados se detectó 1795 niños con malformaciones congénitas únicas y 288 con anomalías múltiples (en total, 13 por mil). Este estudio no incluyó las malformaciones de origen cromosomal. Destacó que las anomalías letales fueron 7.9% en los casos de anomalías múltiples y 4.3% en el caso de anomalías únicas⁵⁹.

Durante 15 años se examinaron los registros de Boston para determinar las malformaciones congénitas, resultando que el 2% de los recién nacidos tuvieron una malformación congénita mayor⁶⁰. En París se estudiaron los registros durante 20 años, determinándose que las 20 malformaciones más frecuentes (estructurales y cromosómicas) representaban una frecuencia de 3.2%⁶¹. Una investigación de mayor dimensión, realizada en el 2005, que abarcó a un total de 17 países de Europa, encontró que entre 4366 casos de malformaciones estructurales severas, el 4% presentaron muerte fetal y 43% terminaron en embarazos interrumpidos debido a la gravedad de la malformación⁶².

El 2005 se publicó también un estudio que revisó el registro nacional de malformaciones congénitas en Singapur, desde 1994 hasta el 2000, encontrándose un total de 7870 casos, que representan una tasa de 23.99 defectuosos congénitos por cada mil nacidos vivos⁶³.

Durante el 2006 se han publicado otros reportes en otras partes del

⁵⁸ FIGO. *Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology*. London: FIGO, 2003; 72 pp.

⁵⁹ Julian-Reynier, C.; Philip, N.; Scheiner, C.; Aurran, Y.; Chabal, F. *et al.* "Impact of prenatal diagnosis by ultrasound on the prevalence of congenital anomalies at birth in southern France". *J. Epidemiol Community Health*, 1994; 48: 290-296.

⁶⁰ Peller, A. J.; Westgate, M. N.; Holmes, L. B. "Trends in congenital malformations 1974-1999: effect of prenatal diagnosis and elective termination". *Obstet. Gynecol.*, 2004; 104 (Pt 1): 957-964.

⁶¹ De Vigan, C.; Khoshnood, B; Lhome, A.; Vodovar, V.; Goujard, J.; Goffinet, F. "Prevalence and prenatal diagnosis of congenital malformations in the parisian population: twenty years of surveillance by the Paris Registry of congenital malformations". *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, (Paris), 2005; 34 (1 Pt1): 8-16.

⁶² Garne, E.; Loane, M.; Dolk, H.; De Vigan, C. *et al.* "Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe". *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2005; 25: 6-11.

⁶³ Tan K., H.; Tan T., Y; Tan, J; Tan, I. *et al.* "Birth defects in Singapore 1994-2000". *Singapore Med. J.*, 2005; 46(10): 545-552.

mundo. En la República Checa se examinaron los datos del Registro Nacional de Anomalías Congénitas para el período 1996-2003, habiéndose encontrado 25593 niños nacidos con un defecto congénito. De estos datos se puede deducir que la incidencia promedio es de 40.5 por mil nacidos vivos, tasa que ha permanecido constante en los últimos años⁶⁴.

Es importante también el hallazgo obtenido en el estudio llevado a cabo en cinco regiones británicas, que examinó el registro de 831521 nacimientos ocurridos entre 1991 y 1999. Halló10844 anomalías congénitas, que dan una prevalencia de 12.9 por mil nacimientos. Tal vez lo más importante de este estudio es la proporción de nacidos muertos con anomalías congénitas (10.5%), que revela indirectamente la proporción de defectos letales en esta población⁶⁵.

Finalmente, un estudio llevado a cabo en Bulgaria sobre el registro nacional de anomalías congénitas encontró una prevalencia total de 32 por cada mil nacimientos. Muchas de esas anomalías se pudieron diagnosticar a temprana edad en el embarazo. Las malformaciones incompatibles con la vida—entre las que ocuparon un lugar importante las deformaciones del tubo neural— fueron significativamente menos frecuentes. La ecografía las puede identificar precozmente y deben ser informadas a los padres a fin de que puedan adoptar una decisión correctamente informada, sin dejar de considerar el sufrimiento que en ellos significa esta opción⁶⁶.

Conforme a lo observado, la prevalencia varía de país a país, pero está por debajo del 5% del total de nacimientos. Si se estima para el Perú una prevalencia de malformaciones congénitas del orden del 3% y se considera que anualmente nacen cerca de 630 mil niños, habría un total de 18900 recién nacidos con defectos al nacer. Si se calcula que el 5% de estas malformaciones son incompatibles con la vida, se estima entonces que anualmente habría 945 recién nacidos con un defecto congénito incompatible con la vida.

.....
⁶⁴ Sipek, A.; Gregor, V.; Horaek, J.; Msatova, D. "Birth defects occurrence in the Czech Republic in 2003". *Ceska Gynecol*, 2006; 71(3): 194-199.

⁶⁵ Rankin, J.; Pattenden, S.; Abramsky, L.; Boyd, P.; Jordan, H. *et al.* "Prevalence of congenital anomalies in five British regions, 1991-1999". *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*, 2005; 90(5): F374-379.

⁶⁶ Kovacheva, K.; Simenova, M.; Stoikov, G.; Slanov, N.; Pandurski, F.; Burzashki, I.; Popov, I.; Markova, S. "Terminated pregnancy following prenatal diagnosis of congenital anomalies -a part of register of congenital anomalies". *Akush Ginekol* (Sofía), 2006; 45: 10-15.

Actualmente el avance de la tecnología en medicina permite un diagnóstico relativamente precoz y seguro de este tipo de malformaciones. Mediante la aplicación de la ecografía, la resonancia magnética nuclear, las pruebas biofísicas, hormonales, bioquímicas y las pruebas genéticas, es factible explorar al feto dentro del útero y hacer un correcto diagnóstico pre natal, que permita determinar el bienestar del feto y el potencial que tiene para el desarrollo de enfermedades y discapacidades. Igualmente, es posible predecir la muerte fetal o en las primeras horas de vida.

Estos avances, principalmente la ecografía, actualmente muy extendida, permiten que las mujeres puedan saber, en etapas tempranas del embarazo, si sus fetos tienen una malformación o anomalía. Si bien es cierto, es una fuente de información muy valiosa para la toma de decisiones, también tiene un costo psicológico, puesto que sus resultados son causa de estrés al producir ansiedad respecto al curso de la gestación, incertidumbre sobre el futuro y, en algunos casos, reacciones de duelo anticipado, que podrían verse agravadas por algunas circunstancias como la edad de la mujer, expectativas de maternidad, personalidad o antecedentes psiquiátricos.

Cuando las mujeres se enteran que son portadoras de un feto con anomalías tienen un sentimiento de ser “defectuosas”, lo que representa una amenaza para su autoestima. Pueden además existir sentimientos de culpa, relacionados con su incapacidad de crear un niño sano y normal. La vida sexual se puede afectar por el estado de ansiedad o por la idea de que el sexo, en sí mismo placentero, puede dar lugar a una tragedia. Al enterarse de la fetopatía tanto la mujer como su pareja pueden mostrar ira y hostilidad hacia el personal que atiende, la familia o la propia pareja. Uno o ambos miembros de la pareja pueden caer en depresión a medida que se encaminan hacia una etapa de aceptación y equilibrio emocional; y, de continuar el embarazo, forzado por las circunstancias, pueden producirse repercusiones emocionales, resentimiento y hostilidad hacia el niño, que pueden durar varios años, así como dificultades en la adaptación, que afectan a una proporción importante de mujeres⁶⁷.

.....
⁶⁷ Rondón, M. *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, 2006; 23 pp.

Al desagregar la reacción que ocurre frente al conocimiento de la anomalía fetal, se podrá observar que es compleja y difícil. Una primera etapa puede ser de negación y *shock* emocional, que puede durar hasta que se procese la noticia y se pueda analizar sus implicancias. Luego sobreviene una etapa de ansiedad debida a la toma de decisiones tanto de la mujer como de la pareja –en caso ésta se encuentre presente–, qué conducta seguir, a quiénes comunicar, cómo y cuándo involucrar a los otros hijos y al resto de la familia. En esta etapa muchas mujeres pueden romper su vínculo con el feto, mientras que otras refuerzan su relación emocional⁶⁸.

En una reciente publicación de Strong⁶⁹ se deja constancia que la mujer informada de que su feto tiene una anomalía congénita, presenta un cuadro de ansiedad, de estrés emocional y *shock*, aunque también puede caer en depresión de duración prolongada. Estos efectos negativos sobre la mujer pueden contribuir significativamente a la presencia de complicaciones del embarazo y al desarrollo aún más comprometido del feto⁷⁰. La reacción ansiosa mostrada por los padres se mantiene a pesar de que la malformación encontrada pueda ser pasible de manejo quirúrgico después del nacimiento⁷¹.

Recientemente se ha publicado un estudio prospectivo llevado a cabo en Sri Lanka, país que cuenta también con legislación restrictiva en relación al aborto, dado que no se permite esta práctica en los casos de malformaciones congénitas. Se hizo una entrevista semiestructurada a un grupo de mujeres portadoras de embarazo con malformaciones congénitas letales. Todas ellas se mostraron afligidas y deprimidas al conocer la noticia, y sufrieron estrés por llevar un embarazo sin mayores expectativas de vida. Para todas fue muy doloroso compartir la habitación del hospital con otras

.....
⁶⁸ Detraux J., J.; Gillot de Vries, F.; Van den Eynch, S.; Courtois, A.; Desmet, A. "Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals". *Ann. NY Acad. Sci.*, 1998; 847: 210-219.

⁶⁹ Strong, C. "Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management". *Clin. Per.*, 2003; 30: 113-126.

⁷⁰ Mulder E., J.; Robles de Medina P., G.; Huizink, A. C.; Van den Bergh B. R.; Buitelaar J. K.; Visser G. H. "Prenatal maternal stress: effects on pregnancy and the (unborn) child". *Early Hum. Dev.*, 2002; 70: 3-14.

⁷¹ Aite, L.; Trucchi, A.; Nahum, A.; Zaccara, A.; La Sala, E.; Bogolan, P. "Antenatal diagnosis of surgically correctable anomalies: effects of repeated consultations on parental anxiety". *J. Perinatol.*, 2003; 23: 652-654.

mujeres cuyos embarazos eran normales. Un grupo de mujeres sintieron rechazo hacia sus médicos y todas se expresaron a favor de la legalización del aborto en los casos de malformaciones congénitas incompatibles con la vida⁷².

Otro estudio llevado a cabo en cerca de 100 parejas, que solicitaron y asistieron a la terminación de sus embarazos por anomalías fetales severas, mostró que con frecuencia ellas debían mantener una lucha entre la razón y sus emociones. Sin embargo, luego de efectuarse el aborto, tuvieron una sensación de alivio⁷³.

Un estudio llevado a cabo en Brasil entrevistó a mujeres después de 40 días de interrumpido el embarazo como consecuencia de malformaciones congénitas incompatibles con la vida, para recoger información acerca de la situación emocional vivida. Ellas informaron que tuvieron un terrible *shock* emocional al enterarse del diagnóstico, que les fue dado a conocer entre las 13 y las 25 semanas de su embarazo. Lloraron y experimentaron miedo, angustia y se resistieron a aceptar la situación. Cuando adoptaron la decisión de terminar sus embarazos sintieron tristeza, desesperación y culpabilidad, y esos sentimientos les causaron intensos sufrimientos. La eliminación del feto fue la parte más difícil de este drama. Sin embargo, después de ello experimentaron alivio por la decisión tomada y creyeron que fue lo más correcto, no obstante la angustia causada inicialmente. La inclusión de las anomalías fetales incompatibles con la vida como causales de aborto terapéutico, ayudaría a reducir el sufrimiento de las mujeres y contribuiría a la provisión de cuidados integrales durante el embarazo⁷⁴.

En esta misma línea, las conclusiones del taller con 9 sociedades científicas realizado en Lima en agosto del 2005, establecen que el diagnóstico intraútero de *agenesia renal bilateral* es causal de aborto legal, y que los casos de otras malformaciones requieren evaluación

.....
⁷² Senanayake, H.; de Silva, D.; Premaratne, S.; Kulatunge, M. "Psychological reactions and strategies of Sri Lankan women carrying fetuses with lethal congenital malformations". *Ceylon Med. J.*, 2006; 51(1): 14-17.

⁷³ Geerinck-Vercammen, C. R; Kanhai, H. H. "Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment". *Prenat. Diagn.*, 2003; 23: 543-548.

⁷⁴ Ferreira da Costa, L.; Hardy, E.; Duarte M., J.; Faundes, A. "Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil". *Reprod. Health Matters*, 2005; 13: 139-146.

individual de las repercusiones mentales que pueden ocasionar en la mujer gestante.

Habiendo revisado estudios recientes que muestran que las malformaciones incompatibles con la vida lesionan severamente la salud de la mujer, comentaremos algunas de esas anomalías.

La **anencefalia** es una grave malformación congénita que incluye ausencia del cerebro, falta de la calota craneana, de cuero cabelludo y, generalmente, se asocia con compromiso de otros órganos del feto. Aparece entre los 24 y 26 días después de la fecundación, por un defecto del tubo neural y es incompatible con la vida⁷⁵⁻⁷⁶. Además de ser una anomalía letal para el feto, expone a la mujer embarazada a serias complicaciones obstétricas y emocionales que ponen en riesgo la salud y la sobrevivencia de la gestante, como el caso K.LL vs. Perú del año 2001. El feto anencéfalo no tiene ninguna posibilidad de sobrevivencia, legalmente puede ser considerado como muerto dentro del útero⁷⁷. La interrupción del embarazo por esta causa debe ser considerada como una anticipación terapéutica del parto, conforme lo sostiene Diniz⁷⁸. Entonces, si la mujer solicita un aborto, el caso reúne todas las condiciones médicas para proceder⁷⁹.

La **osteogénesis imperfecta** comprende un grupo de desórdenes que afectan principalmente el colágeno I y que resulta en una fragilidad ósea aumentada. Las formas letales se caracterizan por micromelia con malformaciones de las piernas. El diagnóstico se puede hacer tempranamente en el embarazo y de hecho se puede considerar su interrupción⁸⁰.

El **síndrome de Turner asociado con hidrocefalia y feto hidrópico** es de presentación poco frecuente, pero su existencia es incompatible con la vida⁸¹.

.....
⁷⁵ Award, I.T.; Sorteen, G.D. "Amniotic fluid embolism and coagulopathy". *Anaesthesiol*, 2001; 6: 410-413.

⁷⁶ Kouam, L.; Kandom-Moyo, J. "A anencephaly asociated with hydramnios". *Rev. Fr. Gynecol Obstet.*, 1994; 89: 96-99.

⁷⁷ Ley N° 26842, Ley General de Salud. Lima, 15 de julio de 1997.

⁷⁸ Diniz, D. "Aborto e nou viabilidade fetal: O debate brasileiro". *Cad. Saude Publica*, 2005; 21(2): 634-639.

⁷⁹ Claxton-Mckinney, B. "Hypoplastic left heart syndrome". *Pediatr. Nurs.*, 2001; 27: 245-248.

⁸⁰ Dhouib, M.; Guirat, N. "Letal osteogenesis imperfect. Prenatal diagnosis". *Presse Med.*, 2004; 33(10): 658-660.

⁸¹ Kalpatthi, R.; Liebre, E.; Rajegowda, B.; Sharma, J. "Hydrocephalus in a hydroptic fetus with Turner syndrome: a rare association". *J. Mater Fetal Neonatal Med.*, 2003; 14: 136-138.

El **síndrome de corazón izquierdo hipoplásico** es una anomalía con desenlace fatal en el niño nacido vivo, en quien, al cerrarse el conducto arterioso luego del nacimiento, se desarrolla acidosis metabólica, disminución de la perfusión sistémica, colapso circulatorio y muerte. Esta anomalía puede ser detectada en el primer trimestre del embarazo y debe ser puesta en conocimiento de los padres para que tengan la oportunidad de tomar la difícil decisión de interrumpirlo, si así lo consideran⁸².

El **onfalocele** de por sí es una grave malformación congénita, que puede ser vista ecográficamente, eventualmente asociada a una masa quística y sólida que debe despertar la sospecha de un **teratoma del cordón umbilical**. Estos casos se pueden asociar con trisomía 13, y tiene resultados catastróficos⁸³⁻⁸⁴.

La **sirinomelia** es una rara malformación congénita fetal que se manifiesta con fusión, rotación, hipotrofia o atrofia de los miembros inferiores y anomalías urogenitales severas, que durante el embarazo condicionan oligoamnios. Por desgracia, el desenlace de esta malformación es letal, por lo cual se debe tener en cuenta su diagnóstico temprano durante el primer trimestre de la gestación⁸⁵.

Además de las mencionadas, existen otras malformaciones congénitas graves, como el encefalocele, la espina bífida, la transposición de los grandes vasos, la hernia diafragmática, la gastrosquisis y otras que pueden dar lugar a la necesidad de interrumpir el embarazo por ser de consecuencias fatales⁸⁶.

Embarazos no deseados a consecuencia de la violación sexual

Al igual que lo que ocurre con las malformaciones congénitas, no sabemos exactamente cuál es la proporción real de violaciones sexuales que se producen contra las mujeres en edad fértil, porque

⁸² Claxon-Mckinney, B. "Hypoplastic left heart syndrome". *Pediatr. Nurs.*, 2001; 27: 245-248.

⁸³ Satge D., C.; Laumand M., A; Desfarges, F.; Chenard M., P. "An umbilical cord teratoma in a 17 week old fetus". *Prenat. Diagn.*, 2001; 21: 284-288.

⁸⁴ Brantberg, A.; Blaas, H. G.; Haugen, S. E.; Eik-Nes, S. H. "Characteristics and outcome of 90 cases of fetal omphalocele". *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2005; 26: 527-537.

⁸⁵ Van Keirsbilck, J.; Connie, M.; Robrechts, C.; de Ravel, T.; Dymarkowski, S.; Van den Bosch, T.; Van Schonbroeck, D. "First trimester diagnosis of sirinomelia". *Prenat. Diag.*, 2006; 26: 684-688.

⁸⁶ Garne, E.; Loane, M.; Dolk, H.; De Vigan, C. *et al.* "Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe". *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2005; 25: 6-11.

sólo una pequeña proporción de ellas reportan el abuso sufrido⁸⁷. Una primera aproximación la ofrece ENDES Continua que encontró que el 3.3% de las mujeres habían sido obligadas a tener relaciones sexuales con su cónyuge en el último año⁸⁸. En esta misma línea, el Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas (UNFPA) reporta un estimado de 230 mil mujeres peruanas que habrían sido forzadas sexualmente por sus compañeros en el último año, e informa que la Policía Nacional registra 5891 casos de violación de mujeres anualmente⁸⁹.

Güezmes y colaboradores⁹⁰ sostienen que a nivel poblacional el 7.1% de las mujeres en Lima y el 22.9% de las mujeres en el Cusco fueron violentadas sexualmente por sus parejas en los últimos doce meses. Igualmente, un estudio llevado a cabo en tres hospitales de Lima muestra que el 12.8% de las mujeres en edad reproductiva fueron violentadas sexualmente durante el último año⁹¹.

De acuerdo con estas cifras se podría decir que, en promedio, 10% de las mujeres peruanas en edad fértil pudieran haber sido violadas durante el año anterior. Esto significa aproximadamente 700 mil mujeres. Igualmente, hay estudios que reportan la frecuencia de embarazos entre 10 hasta 30% en las mujeres violadas⁹². Si esta información se ajusta a la investigación de Holmes en USA⁹³ y se admite que el 5% de las mujeres violadas resultan con un embarazo no planeado, ocurre que en el Perú se pueden estar dando 35000 embarazos producto de violación. Aunque este número parece bastante conservador, esto quiere decir que pudiera ser un número mayor. En todo caso, este tema representa un verdadero problema de salud pública y de derechos humanos.

.....
⁸⁷ Távara, L. "Sexual violence". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-408.

⁸⁸ INEI. *Encuesta demográfica y de salud familiar, ENDES Continua 2004*. Lima: INEI / USAID / Measure DHS, 2005; 42 pp.

⁸⁹ UNFPA. *16 Días de activismo contra la violencia hacia las mujeres*. Lima: UNFPA 2006; 6 pp.

⁹⁰ Güezmes, A.; Palomino, N.; Ramos, M. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú*. Lima: CMP Flora Tristán / OMS / Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002; 119 pp.

⁹¹ Távara, L.; Zegarra, T.; Zelaya, C.; Arias M., L.; Estolaza, N. "Detección de violencia basada en género en tres servicios de salud reproductiva". *Ginecología y Obstetricia*, (Perú), 2003; 49(1): 31-38.

⁹² Távara, L. "Sexual violence". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-408.

⁹³ Holmes, M. M.; Resnick, H. S.; Kilpatrick, D. G.; Best, C. L. "Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women". *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1996; 175: 320-325.

La violencia basada en género está relacionada al desbalance de poder entre hombres y mujeres presente en mayor o menor grado en todas las sociedades. Recientemente, las Naciones Unidas la han reconocido como un problema de Derechos Humanos. Incluye la violencia emocional, física y sexual. La violencia sexual, dentro de la que se sitúa la violación, es la forma más extrema de la violencia basada en género y usualmente va acompañada de otros tipos de violencia. Es difícil determinar su prevalencia, pero es probable que afecte al menos a un tercio de las mujeres en algún momento de su vida⁹⁴.

El embarazo no deseado que puede derivar se una violación, tiene graves consecuencias sobre la salud física, ginecológica y mental de las víctimas. Además de los traumatismos físicos, que pueden ser leves o severos; las mujeres violadas corren el riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; el síndrome postviolación, que involucra un fuerte componente emocional en una fase aguda; y la presencia de sintomatología de largo plazo, que acarrea un sufrimiento grave⁹⁵⁻⁹⁶.

Se reconoce que una alta proporción de las mujeres violadas pueden presentar trastornos de estrés postraumático, de duración variable y que está caracterizado por el recuerdo de escenas pasadas, pesadillas, ideas recurrentes, sentimientos de parálisis, aislamiento autoimpuesto, pensamientos fijos acerca del incidente, uso incrementado de drogas y alcohol, conductas de riesgo, disociación, irritabilidad y explosión emocional que pueden llegar al suicidio y al homicidio⁹⁷⁻⁹⁸.

Además, las víctimas pueden presentar cefalea crónica, fatiga, disturbios del sueño, pesadillas y desórdenes alimentarios⁹⁹. Cuando

.....
⁹⁴ Távora, L. "Sexual violence". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-408.

⁹⁵ Kawsar, M.; Anfield, A.; Walters, E. *et al.* "Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic". *Sex Transm. Infect.*, 2004; 80: 138-141.

⁹⁶ Bowes, I.T.; O'Gorman, E. C. "Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims". *Acta Psychiatrica Scand.*, 1991; 83: 27-30.

⁹⁷ Bowes, I.T.; O'Gorman, E. C. "Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims". *Acta Psychiatrica Scand.*, 1991; 83: 27-30.

⁹⁸ Wasco, S. M. "Conceptualizing the harm done by rape: application of trauma theory to experiences of sexual assault". *Trauma Violence Abuse*; 4: 309-322, 2003.

⁹⁹ Távora, L. "Sexual violence". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-408.

se ha producido un embarazo como producto de la violación, la gestante puede llevar con rechazo al feto¹⁰⁰, lo que puede determinar consecuencias fatales, como lo ocurrido con Romina Tejerina en Argentina, quien mató a su recién nacido, producto de la violación sufrida, razón por la que el poder judicial de su país la condenó a pena carcelaria.

También, la violación puede llevar con frecuencia a las víctimas a padecer otra clase de trastornos, como la pérdida del deseo sexual, trastornos de la excitación, miedo a las relaciones sexuales y falta de capacidad para disfrutar de la sexualidad, que persiste tiempo después del asalto sexual como parte del sufrimiento ocasionado por el trauma psicológico¹⁰¹. En la esfera ginecológica, la violación puede condicionar dolor pélvico crónico y trastornos menstruales¹⁰². Estas dolencias y trastornos en la vida sexual y emocional ponen en riesgo la salud y la vida de las mujeres violadas, y son suficientes razones que justifican la indicación de un aborto en condiciones legales¹⁰³.

Aspectos éticos de los proveedores de salud para abordar el aborto en casos de malformaciones incompatibles con la vida y embarazos producto de una violación

Cuando se realiza el tamizaje, la detección y el manejo de las anomalías fetales graves o se informa a una mujer víctima de violación sexual que, como resultado de la misma, está embarazada, todo profesional debe verse obligado a proporcionar atención médica integral, incluyendo el soporte necesario para paliar el diestrés emocional que la mujer embarazada experimenta, pues en el caso de embarazos con malformaciones fetales, hay una búsqueda inmediata por parte de la mujer y/o de su pareja, a quién se atribuye responsabilidad de esta malformación. Esta situación puede generar

.....
¹⁰⁰ Van Berlo, W.; Ensik, B. "Problems with sexuality after assault". *Ann Rev. Sex. Res.*, 2000; 11: 235-257.

¹⁰¹ Rocar, M.; Medued, V.; Jovanovic, N.; Hotujac, L. "Psychological consequences of rape on women in 1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina". *Croat. Med. J.*, 2006; 47: 67-75.

¹⁰² Távora, L. "Sexual violence". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-408.

¹⁰³ De Mello e Souza, C.; Adisse, L. *Violencia sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasília: IPAS / Secretaría especial de políticas as mulheres, 2005; 186 pp.

graves conflictos, aislamientos y rupturas. En el caso de la mujer violada que enfrenta un embarazo como resultado del mismo, los sentimientos y las contradicciones son muy parecidas, incluyendo el problema de la revictimización y pueden conducir a un homicidio o suicidio¹⁰⁴⁻¹⁰⁵.

Por lo tanto, el soporte que tienen que brindar los proveedores de salud frente a ambos problemas, resulta imprescindible. Desde la perspectiva ética, debería ser asumido a partir del principio de *beneficencia*, que se refiere a la obligación del médico o el profesional de salud que aborda este tipo de casos, de proporcionar apoyo emocional cuando sea necesario. Esto va desde el momento del tamizaje, las pruebas de confirmación, hasta dar la mala noticia y acompañar a la mujer a lo largo del proceso de sufrimiento. Este mismo principio debe involucrar la obligación del médico de hacer entrega de una gama de recomendaciones, en donde el bienestar de la mujer debería mantener un alto nivel de privilegio

Para el caso de las malformaciones incompatibles con la vida, deberá tomarse en cuenta que el término de un embarazo de este tipo no sólo contribuirá con la preservación del bienestar de la mujer, sino también con la reducción de muertes perinatales. En Canadá se hizo al respecto un estudio de cohorte entre 1991 y 1998, encontrándose que existe una relación entre la terminación del embarazo por malformaciones congénitas y una reducción de la tasa de mortalidad infantil total a nivel poblacional¹⁰⁶.

Es importante reconocer que el principio de *beneficencia*, conlleva al profesional a la obligación no sólo de preservar la salud física, sino también la salud psicológica. Ambas deben verse, tal como las evidencias lo señalan, indisolubles una de la otra, ya que al aliviar la fuerte carga emocional también se podrá tener mejores resultados para el desarrollo de las intervenciones y control de las

.....
¹⁰⁴ Bowes, I.T.; O’Gorman, E. C. “Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims”. *Acta Psychiatric Scand.*, 1991; 83: 27-30.

¹⁰⁵ Wasco, S. M. “Conceptualizing the harm done by rape: application of trauma theory to experiences of sexual assault”. *Trauma Violence Abuse*; 4: 309-322, 2003.

¹⁰⁶ Liu: S.; Joseph, K. S.; Kramer, M. S.; Allen, A. C.; Sauve, R.; Rusen, I. D.; Wen, S. W. “Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada”. *JAMA*, 2002; 287: 1561-1567.

complicaciones (la mujer podría participar de manera más activa en su autocuidado, tomar decisiones mucho más reflexionadas, incluso si decide continuar con el embarazo).

Otro principio ético que aparece durante la prestación de este tipo de atenciones es el de la *no maleficencia* (*primum non nocere*). Al estar obligado el profesional a no revictimizar a la mujer abusada o portadora de un embarazo con malformaciones congénitas severas¹⁰⁷⁻¹⁰⁸, el médico deberá considerar a lo largo de su relación médico-paciente, los beneficios y los riesgos de interrumpir el embarazo, tomando en consideración sobre todo la decisión preservar de daños en la salud de la mujer¹⁰⁹⁻¹¹⁰.

También se debe tomar en consideración, el principio de *autonomía*, que significa entregar previamente información veraz a la gestante y su familia, para que ella sea la que tome decisiones informadas, basada en sus propios valores y perspectivas. Es obligación ética del médico plantear riesgos y beneficios de la madre y del feto para facilitar la decisión¹¹¹⁻¹¹².

Particularmente para el caso del embarazo producto de una violación, debe reconocerse que lo que se ha vulnerado en la mujer no sólo es su seguridad, porque la violencia produce daños graves a la salud física e incluso muertes¹¹³, sino también su libertad de decidir en el control de su propia fecundidad. En consecuencia, la ley no debería permitir una segunda vulneración al obligarla a asumir un embarazo no deseado¹¹⁴⁻¹¹⁵.

.....
¹⁰⁷ Faundes, A; Barzelatto, J. *El drama del aborto, en busca de un consenso*. Bogotá: TM Edit., 2005; 253 pp.

¹⁰⁸ Távara, L. "La anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2006; 52(1): 40-45.

¹⁰⁹ Faundes, A; Barzelatto, J. *El drama del aborto, en busca de un consenso*. Bogotá: TM Edit., 2005; 253 pp.

¹¹⁰ Burges, A. W; Holmstrom, L. L.. "Rape trauma syndrome and posttraumatic stress response". In: Burges, A. W. ed. *Rape and sexual assault: a Research Handbook*. New York: Garland Publishing Inc., 1985; pp. 46-60.

¹¹¹ Strong, C. "Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management". *Clin. Per.*, 2003; 30: 113-126.

¹¹² Harris, J. "Consent and end life decisions". *J. Med. Ethics*, 2003; 29: 10-15.

¹¹³ Heise, L; Ellsberg, M; Gottemoeller, M. *Victims of Gender-based Violence. Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*. Article 10, PATH. 2002.

¹¹⁴ Harris, J. "Consent and end life decisions". *J. Med. Ethics*, 2003; 29: 10-15.

¹¹⁵ Strong, C. "Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management". *Clin. Per.*, 2003; 30: 113-126.

Según las recomendaciones éticas de la (FIGO) toda mujer con un embarazo de un feto gravemente malformado, también tiene éticamente el derecho de concluir un embarazo¹¹⁶. Entre 1467 mujeres, en el medio oriente, que tuvieron un embarazo con un feto malformado, la gran mayoría optó por interrumpirlo¹¹⁷; mientras que, en otro grupo de mujeres portadoras de embarazos con malformaciones congénitas letales entrevistadas en Sri Lanka, todas coincidieron en que esta condición debe justificar un aborto en condiciones legales¹¹⁸, lo cual significaría la aplicación del principio ético de *justicia*. Asimismo, los médicos entrevistados en Brasil y que trabajan en la sala de emergencias, la mayoría de ellos católicos, estuvieron de acuerdo en una alta proporción que las malformaciones congénitas incompatibles con la vida justifican la interrupción del embarazo¹¹⁹.

Finalmente agregamos que el principio de *justicia* es un concepto social que se basa en la equidad. La justicia es un derecho de todos los individuos en un Estado democrático y la sociedad en su conjunto deben garantizar. En base a este principio se debe entender que los sectores menos favorecidos de la sociedad, en este caso las más pobres, pueden padecer con mayor frecuencia las restricciones de los dispositivos legales y exponerse a los peligros de llevar un embarazo en condiciones riesgosas, lo cual justifica entonces la entrega de un servicio de aborto en condiciones legales¹²⁰⁻¹²¹⁻¹²². El Comité de Ética de la FIGO sostiene en sus recomendaciones éticas que la interrupción del embarazo en los casos de estupro o incesto es éticamente aceptable¹²³.

.....
¹¹⁶ FIGO. *Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology*. London: FIGO, 2003; 72 pp.

¹¹⁷ Zlotogora, J. "Parental decisions to abort or a pregnancy with an abnormal finding alter an invasive prenatal test". *Prenat Diagn*, 2002; 22: 1102-1106.

¹¹⁸ Senanayake, H.; de Silva, D.; Premaratne, S.; Kulatunge, M. "Psychological reactions and strategies of Sri Lankan women carrying fetuses with lethal congenital malformations". *Ceylon Med. J.*, 2006; 51(1): 14-17.

¹¹⁹ Loureiro D., C.; Vieira E., M. "Conocimientos e opiniones sobre aspectos éticos e legales nel aborto entre médicos que trabalham nas guardas do emergência no Riberao Preto, Sao Paulo, Brazil". *Cad. Saude Publica*, 2004; 20(3): 679-688.

¹²⁰ Strong, C. "Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management". *Clin. Per.*, 2003; 30: 113-126.

¹²¹ Faundes, A; Barzelatto, J. *El drama del aborto, en busca de un consenso*. Bogotá: TM Edit., 2005; 253 pp.

¹²² Harris, J. "Consent and end life decisions". *J. Med. Ethics*, 2003; 29: 10-15.

¹²³ FIGO. *Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology*. London: FIGO, 2003; 72 pp.

Derecho Internacional de los Derechos Humanos y el aborto en América Latina.

A lo largo de la última década se han observado cambios importantes en el consenso internacional sobre el vínculo entre el acceso al aborto y el ejercicio efectivo de los derechos humanos de las mujeres. Estos cambios se evidencian claramente en el trabajo de los órganos de supervisión de las Naciones Unidas, en la adopción de instrumentos internacionales de protección de derechos humanos, en los documentos de consenso de varias conferencias mundiales relativas a los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y derechos reproductivos, y en las decisiones emitidas por los órganos de protección del sistema interamericano de protección de los derechos humanos.

1. SISTEMA UNIVERSAL DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

El Sistema Universal de Protección de Derechos Humanos (SUDH) funciona en el marco de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), que ha implementado una serie de mecanismos a fin de proteger y garantizar el ejercicio de los derechos humanos y en especial de aquellos que necesitan de una especial protección, como es el caso de las mujeres.

Al respecto, la salud sexual y salud reproductiva de la mujer ha sido un tema que ha captado la atención de este sistema de protección, en especial todo aquello que esté referido al acceso al aborto, tal y como se podrá apreciar en los textos convencionales y decisiones que se presentan a continuación.

1.1 MARCO NORMATIVO

Con respecto al acceso al aborto, es posible encontrar fundamentos en diversos instrumentos de la normatividad internacional que tienen como referente el concepto del derecho a la salud¹²⁴, que incluye a

.....

¹²⁴ El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en su Observación General 14, ha establecido que el derecho a la salud comprende una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones para que las personas puedan llevar una vida sana. Asimismo, señala que el derecho a la salud está formado, además, por un conjunto de libertades entre las cuales se puede encontrar el derecho a controlar la salud de uno, su cuerpo, el derecho a no padecer injerencias y a la libertad sexual y genésica o reproductiva.

la salud sexual y salud reproductiva. Estos proponen dentro de sus recomendaciones a los países, la flexibilización de la normatividad del aborto.

Se concibe la *salud sexual* como “*la capacidad de mujeres y hombres de disfrutar y expresar su sexualidad y de hacerlo sin riesgo de enfermedades transmitidas sexualmente, embarazos no deseados, coerción, violencia y discriminación*”¹²⁵.

Mientras que la *salud reproductiva* es entendida como el “*estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos*”¹²⁶.

Al respecto, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW) prevé dos principios que inspiran las disposiciones previstas en este tratado y que son importantes para el tratamiento de la salud sexual y salud reproductiva: el principio de no discriminación e igualdad ante la ley y el principio de autonomía de la voluntad.

El artículo 1 de la CEDAW señala que la discriminación contra la mujer debe ser entendida como “*toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera*”.

Esta convención establece que tratándose de discriminación el resultado comprende los casos en los que no existe intencionalidad. Este supuesto es fundamental, dado que la discriminación contra la mujer está asociada con prejuicios y estereotipos basados en concepciones patriarcales sobre el rol y funciones reproductivas y sexuales atribuidos a la mujer.

En este contexto es pertinente recordar que los artículos 10, 12, 14 y 15 de la CEDAW, así como los artículos 2 y 26 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos reconocen el derecho de las mujeres a la igualdad ante la ley y a una capacidad jurídica

.....
¹²⁵ Hera. Salud sexual. Página web de iwbc.org/hera. Citada por María Isabel Plata y María Cristina Calderón “El derecho a la salud sexual y reproductiva”. Profamilia, Colombia. *V Curso Internacional “Mujer y Derechos Humanos”*. Lima, febrero del 2000.

¹²⁶ Declaración de El Cairo, párrafo 7.29.

plena, que incluye el derecho de las mujeres a tomar decisiones libres e informadas sobre la atención de la salud, el tratamiento médico y la investigación.

En cuanto a la aplicación del principio de autonomía de la voluntad¹²⁷, éste determina que la decisión de las personas en materia de planificación familiar sea libre, voluntaria, responsable e informada. En tal sentido, el artículo 16.1.e de la CEDAW garantiza el derecho a decidir sobre el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos.

Este principio es importante, ya que junto con los argumentos de salud pública, por ejemplo, es el que mayormente se utiliza para fundamentar la despenalización del aborto.

1.2 DECISIONES

En el Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos los mecanismos convencionales conocidos como comités¹²⁸ tienen a su cargo la supervisión del cumplimiento de las disposiciones del tratado por el cual fueron creados¹²⁹.

Para la realización de su función de control las Convenciones establecen ciertos procedimientos que deben realizar los comités, los cuales pueden ser divididos en cuatro categorías: informes periódicos, denuncias de violaciones presentadas por un Estado Parte, investigación de casos de violaciones generalizadas o sistemáticas, y denuncias presentadas por víctimas de manera individual o en grupo.

.....

¹²⁷ De acuerdo al principio de autonomía individual, son los individuos quienes eligen su plan de vida y la adopción de ideales de excelencia humana. En consecuencia, ni el Estado, ni los demás individuos deben interferir en esa elección del plan de vida. La interferencia del Estado sólo se justificaría en el caso que ciertas conductas perjudiquen a terceros. Al respecto, se sugiere revisar Villanueva, Rocío. *Sobre género, derecho y discriminación*. pp. 14-15. Pontificia Universidad Católica del Perú y Defensoría del Pueblo. Lima, 1999.

¹²⁸ Existen los siguientes órganos convencionales: Comité de Derechos Humanos; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial; Comité contra la Tortura; Comité de los Derechos del Niño; y, Comité sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.

¹²⁹ La base legal de estos mecanismos se encuentra en cada una de las convenciones que los crearon, con la excepción del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que fue creado por el Consejo Económico y Social por medio de una resolución.

En este contexto, algunos comités han desarrollado el tema del acceso al aborto en relación con los siguientes derechos:

- A la no discriminación e igualdad ante la ley.
- A la vida.
- A la integridad personal.
- A la libertad personal.
- A la privacidad.
- A la salud.
- A la libertad religiosa y de conciencia.

Al respecto, cabe precisar que este desarrollo se ha dado a través de las observaciones generales, observaciones finales y decisiones para casos individuales emitidos por los comités, como se podrá apreciar a continuación¹³⁰.

Así, sobre el ***derecho a la no discriminación e igualdad ante la ley***, como bien lo ha señalado el Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, “*no es suficiente garantizar a la mujer un trato idéntico al del hombre. También deben tenerse en cuenta las diferencias biológicas que hay entre la mujer y el hombre y las diferencias que la sociedad y la cultura han creado*”¹³¹. En tal sentido, dado que el aborto es un procedimiento clínico requerido sólo por mujeres, es posible interpretar que el acceso a servicios de aborto legal y seguro resulta esencial para proteger los derechos de las mujeres a la no discriminación y a la igualdad sustantiva.

Este Comité ha dejado implícito en su Observación General sobre Mujer y Salud que la denegación de procedimientos clínicos requeridos sólo por las mujeres es una forma de discriminación en su contra. Además ha confirmado la obligación de los Estados de respetar el acceso de todas las mujeres a servicios de salud reproductiva, por lo que solicita que “*se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas*

.....
¹³⁰ Para el desarrollo de esta parte del estudio se ha tomado en cuenta el documento: *Derecho Internacional de los Derechos Humanos y Aborto en América Latina*, elaborado por Human Right Watch.

¹³¹ Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. *Observación General N° 25 sobre el párrafo 1 del artículo 4 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, referente a medidas especiales de carácter temporal*. 2004, párrafo 8.

*por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud*¹³².

En este orden de ideas el Comité explica que “*el acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza también con otros obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones*”¹³³; por lo que, recomienda que “[e]n la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”¹³⁴.

Teniendo en cuenta este contexto, en 1998 el Comité de la CEDAW exhortó a México a “*que todos los estados de México revisen su legislación de modo que, cuando proceda, se garantice el acceso rápido y fácil de las mujeres al aborto*”¹³⁵; de lo contrario, las mujeres se ven obligadas a continuar con embarazos no deseados, lo que afecta directamente a su proyecto de vida.

En 1999 este Comité también emitió Observaciones Finales para Colombia, en las que fue suficientemente claro al indicar que las leyes que restringen el aborto afectan el derecho a la no discriminación en el acceso a la salud:

*El Comité observa con gran preocupación que el aborto, segunda causa de mortalidad materna en Colombia, es sancionado como conducta ilegal. (...)El Comité considera que esta disposición jurídica relativa al aborto constituye no sólo una violación de los derechos de la mujer a la salud y a la vida, sino también una violación del artículo 12 de la Convención [el derecho a servicios de salud sin discriminación]*¹³⁶.

El Comité de Derechos Humanos (CDH), ha establecido un claro vínculo entre la igualdad de las mujeres y la disponibilidad de

.....
¹³² Ibid. *Observación General N° 24, Mujer y salud (artículo 12)*. 1999, párrafo 14.

¹³³ Ibid. Op. cit., loc. cit.

¹³⁴ Ibid. Op. cit., párrafo 31,c).

¹³⁵ Ibid. *Observación Final. México*. Doc. A/53/38/Rev.1, I parte. 6 de febrero de 1998, párrafo 426.

¹³⁶ Ibid. *Observación Final. Colombia*. Doc. A/54/38/Rev.1. 9 de julio de 1999, párrafo 393.

información y servicios de salud reproductiva, incluyendo el aborto, en varias observaciones finales emitidas en relación con los informes periódicos de países de América Latina como Argentina, Ecuador, Colombia, y Guatemala¹³⁷.

Así, en el caso de Colombia señaló que:

El Comité expresa su inquietud por la situación de las mujeres, quienes, a pesar de algunos avances, siguen siendo objeto de discriminación de jure y de facto en todas las esferas de la vida económica, social y pública ... [y] por la alta tasa de mortalidad de las mujeres a consecuencia de abortos clandestinos¹³⁸.

Finalmente, en su Observación General N° 28, sobre el derecho al disfrute de los derechos políticos y civiles en pie de igualdad, el Comité de Derechos Humanos pidió a los gobiernos que incluyan información en sus informes periódicos sobre el acceso al aborto seguro para mujeres que queden embarazadas producto de una violación.

Contar con esta información es muy relevante a fin de evaluar el acceso al aborto en determinadas circunstancias.

En lo referente al **derecho a la vida**, las restricciones legales al aborto tienen un impacto devastador sobre el ejercicio de este derecho por parte de las mujeres, tal como se ha podido ver en diversos informes y estudios que se han señalado anteriormente, dado que está plenamente demostrado que cuando un país criminaliza el aborto la mortalidad por esta causa tiende a aumentar¹³⁹.

Al respecto, el CDH ha explicado que “[l]a expresión ‘el derecho a la vida es inherente a la persona humana’ no puede entenderse de manera restrictiva y la protección de este derecho exige que los Estados

.....
¹³⁷ Comité de Derechos Humanos. *Observación Final. Argentina*. Doc. CCPR/CO.70/ARG (2000), párrafo 14; *Observación Final del Comité de Derechos Humanos. Ecuador*. Doc. CPR/C/79/Add.92 (1998), párrafo 11 y *Observación Final del Comité de Derechos Humanos. Guatemala*. Doc. CCPR/CP/72/GTM. (2001), párrafo 19.

¹³⁸ Ibid. *Observación Final del Comité de Derechos Humanos. Colombia*. Doc. CCPR/C/79/Ad.76 (1997), párrafo 24.

¹³⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS). *El aborto inseguro: Una estimación de su incidencia y contribución a la mortalidad materna con los datos disponibles sobre países específicos*. Ginebra, 1997.

*adopten medidas positivas*¹⁴⁰. Siguiendo esta línea de ideas, el CDH ha expresado su preocupación por la interrelación entre las legislaciones restrictivas en materia de aborto, los abortos realizados en condiciones de clandestinidad y el riesgo para la vida de las mujeres¹⁴¹.

En el caso de Chile, donde el aborto es ilegal en todas las circunstancias desde 1986, el Comité indicó que:

*La penalización de todo aborto, sin excepción, plantea graves problemas, sobre todo a la luz de informes incontestados según los cuales muchas mujeres se someten a abortos ilegales poniendo en peligro sus vidas (...). El Estado Parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo (...). El Comité recomienda que se revise la ley para establecer excepciones de la prohibición general de todo aborto*¹⁴².

En el caso de Perú el CDH fue más allá, haciendo notar que las disposiciones de su Código Penal, que penalizan a la mujer aún en casos en que el embarazo sea resultado de una violación, resultan incompatibles con el derecho a la igualdad en el disfrute de otros derechos protegidos por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP):

Es signo de inquietud que el aborto continúe sujeto a sanciones penales, aun cuando el embarazo sea producto de una violación. El aborto clandestino continúa siendo la mayor causa de mortalidad

.....
¹⁴⁰ Comité de Derechos Humanos. *Observación General N° 6. Derecho a la vida (artículo 6)*. 1982, párrafo 5

¹⁴¹ Véase, por ejemplo, las siguientes Observaciones Finales del Comité de Derechos Humanos sobre: Bolivia, CCPR/C/79/Add.74 (1997), párrafo 22; Camerún, CCPR/C/79/Add.116 (1999), párrafo 13; Chile, CCPR/C/79/Add.104 (1999), párrafo 15; Colombia, CCPR/CO/80/COL (2004), párrafo 13; Costa Rica, CCPR/C/79/Add.107 (1999), párrafo 11; Ecuador, CCPR/C/79/Add.92 (1998), párrafo 11; Guatemala, CCPR/CO/72/GTM (2001), párrafo 19; Mali, CCPR/CO/77/MLI (2003), párrafo 14; Marruecos, CCPR/CO/82/MAR (2004), párrafo 29; Perú, CCPR/CO/70/PER (2000), párrafo 20; Polonia, CCPR/C/79/Add.110 (1999), párrafo 11; Polonia, CCPR/CO/82/POL (2004), párrafo 8; Senegal, CCPR/C/79/Add.82 (1997), párrafo 12; Sri Lanka, CCPR/CO/79/LKA (2003), párrafo 12; y Venezuela, CCPR/CO/71/VEN, (2001), párrafo 19.

¹⁴² Comité de Derechos Humanos. *Observación Final. Chile*. CCPR/C/79/Add.104. 3 de marzo de 1999, párrafo 15.

materna en el Perú. (...) El Comité reitera que estas disposiciones son incompatibles con los artículos 3 [igualdad], 6 [derecho a la vida] y 7 [derecho a no ser sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes] del Pacto y recomienda que se revise la ley para establecer excepciones a la prohibición y sanción del aborto¹⁴³.

Para el caso de Guatemala, de igual manera, el Comité señaló la importancia de contar con una información adecuada y con los medios necesarios para llevar a cabo la práctica del aborto cuando así lo decida la mujer embarazada:

El Estado Parte tiene el deber de garantizar el derecho a la vida (art. 6) de las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo, proporcionándoles la información y los medios necesarios para garantizarles sus derechos, y enmendando la ley para establecer excepciones a la prohibición general de todo aborto, salvo peligro de muerte de la madre¹⁴⁴.

En el 2004 señaló con respecto a Colombia:

El Comité nota con preocupación que la criminalización legislativa de todos los abortos puede llevar a situaciones en las cuales las mujeres tengan que someterse a abortos clandestinos de alto riesgo y en particular le preocupa que las mujeres que hayan sido víctimas de violación o incesto, o cuyas vidas estén en peligro a causa del embarazo, puedan ser procesadas por haber recurrido a tales procedimientos (art. 6) [el derecho a la vida]. El Estado Parte debería velar para que la legislación aplicable al aborto sea revisada para que los casos anteriormente descritos no constituyan una ofensa penal¹⁴⁵.

El Comité de la CEDAW también ha expresado su preocupación por la interrelación entre los altos niveles de mortalidad materna y la penalización del aborto en docenas de sus observaciones finales. En

¹⁴³ Ibid. *Observación Final. Perú.* CCPR/CO/70/PER, 15 de noviembre de 2000, párrafo 20.

¹⁴⁴ Ibid. *Observación Final. Guatemala.* CCPR/CO/72/GTM, 2001, párrafo 19.

¹⁴⁵ Ibid. *Observación Final. Colombia.* Doc. CCPR/CO/80/COL, 26 de mayo de 2004, párrafo 13.

algunos casos ha notado explícitamente que estas muertes indican que los gobiernos no estarían respetando plenamente el derecho de las mujeres a la vida¹⁴⁶.

De igual manera, en al menos tres ocasiones, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales (CDESC) ha solicitado a un Estado Parte la legalización del aborto, sobre todo cuando el embarazo suponga un riesgo para la vida de la mujer, o cuando sea resultado de violación o incesto, tal es el caso de Chile por ejemplo¹⁴⁷.

En lo referente al *derecho a la integridad personal*, varios órganos de supervisión de los tratados internacionales han sostenido, a través de sus interpretaciones y aplicación concreta de este derecho, que entre las formas más comunes por las cuales éste se puede ver vulnerado se pueden mencionar a la tortura y los tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

Así, en sus observaciones finales sobre Perú, el CDH ha expresado su preocupación ante el hecho de que su legislación impone penas por aborto, aún cuando el embarazo fuera el resultado de una violación. El Comité observó en varias ocasiones que las restricciones al aborto en el Código Penal peruano sometían a las mujeres a un trato inhumano que posiblemente era incompatible con el artículo 7 del PIDCP¹⁴⁸.

En sus observaciones finales sobre Marruecos el CDH también expresó su preocupación sobre la penalización del aborto bajo el derecho marroquí, que solo hace excepción cuando se realiza para salvar la vida de la mujer. Concluyó que esta disposición legal podría ser incompatible con el artículo 7 del PIDCP cuando, en ciertos casos, se fuerza a las mujeres a llevar a término sus embarazos¹⁴⁹.

.....
¹⁴⁶ Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra La Mujer. Observaciones Finales sobre Belice, A/54/38, Part II (1999), párrafo 56; Colombia, A/54/38/Rev.1, Parte I (1999), párrafo 393; y República Dominicana, A/53/38/Rev.1, Parte I (1998), párrafo 337.

¹⁴⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones Finales sobre Chile, E/C.12/1/Add.105 (2004), párrafo 52. También se pueden revisar las Observaciones Finales sobre Kuwait, E/C.12/1/Add.98 (2004), párrafo 43; y Nepal, E/C.12/1/Add.66 (2001), párrafo 55.

¹⁴⁸ Comité de Derechos Humanos. *Observación Final. Perú*. CCPR/C/79/Add.72 (1996), párrafo 15; y *Observación Final. Perú*. CCPR/CO/70/PER (2000), párrafo 20.

¹⁴⁹ Comité de Derechos Humanos. *Observación Final. Marruecos*. CCPR/CO/82/CAR (2004), párrafo 29.

La denegación del acceso al aborto o el trato abusivo en conexión con el aborto, también pueden constituir una violación del derecho a no ser sometido a trato cruel, inhumano o degradante. Por ejemplo, este derecho es vulnerado cuando a las mujeres se les brinda tratamiento post-aborto pero no se les suministra paliativos para el dolor a pesar que estos medicamentos se encuentran disponibles, cuando se les deniega sistemáticamente atención post-aborto, o cuando son forzadas contra su voluntad a continuar el embarazo de un feto con malformaciones que seguramente morirá en el útero o inmediatamente después del nacimiento.

Al respecto, es importante destacar el dictamen emitido por el CDH en el caso *K.LL vs. Perú*¹⁵⁰, que señaló que la negativa del Estado, al no conceder a la denunciante el beneficio del aborto terapéutico, fue la causa del sufrimiento por el que ella tuvo que pasar. El Estado Peruano vulneró el artículo 7 del PIDCP, dado que el derecho protegido por esta disposición, como bien lo señala la Observación General N° 20, comprende tanto el dolor físico como el sufrimiento moral y que esta protección se da particularmente cuando se trata de menores de edad¹⁵¹. En tal sentido, el CDH, ordenó al Estado peruano adoptar regulaciones que garanticen a las mujeres el acceso al aborto terapéutico.

El Comité contra la Tortura (CAT) también ha expresado recientemente su preocupación por la situación que se presenta en Chile, en donde la atención médica post aborto se condiciona a que la mujer testifique en su contra en el marco de causas penales. El CAT señaló que la penalización del aborto puede llevar a situaciones incompatibles con el derecho a no ser sometido a torturas¹⁵².

.....

¹⁵⁰ Ibid. CCPR/C/85/D/1153/2003. *Caso Karen Llantoy vs. Perú*. 22 de noviembre del 2005. El caso fue presentado en 2002 por el Centro de Derechos Reproductivos (con sede en Estados Unidos), conjuntamente con CLADEM y DEMUS, de Perú, en defensa de una muchacha peruana de 17 años que en el 2001 fue forzada a continuar el embarazo de un feto con anencefalia, malformación incompatible con la vida, e incluso a amamantar a su hija durante cuatro días antes de que se produjera su muerte. Esto le significó graves efectos para su salud mental, física y emocional, además del impacto del maltrato por parte del personal del hospital. Es decir, se puso en riesgo su derecho a la vida, a la integridad física y psíquica, entre otros derechos.

¹⁵¹ Ibid. *Observación General N° 20. Prohibición de torturas y penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (artículo 7)*.1992, párrafos 2 y 5.

¹⁵² Comité Contra la Tortura. *Observación Final. Chile*. CAT/C/CR/32/5, 14 de junio de 2004, párrafo 6(j).

El **derecho a la libertad personal** se ve vulnerado cuando la legislación penal establece medidas punitivas relacionadas con la privación de la libertad a aquellas mujeres que se someten a un aborto, o que se ven disuadidas de realizar esta práctica por temor a ser denunciadas a las autoridades policiales por los profesionales de la salud.

En las observaciones finales para Perú, Colombia y Paraguay, el Comité de la CEDAW ha manifestado su preocupación por el encarcelamiento de mujeres que se han sometido a abortos ilegales, y ha exhortado a las autoridades a que suspendan la aplicación de esta medida¹⁵³.

El **derecho a la privacidad** es un derecho muy importante que ampara la decisión de las mujeres sobre la continuación o no con su embarazo sin interferencia indebida por parte del gobierno.

Este derecho se puede ver amenazado cuando el personal de salud divulga información confidencial o cuando se exige el consentimiento de terceros para que una mujer pueda obtener un aborto. Al respecto, el Comité de la CEDAW, a través de su Observación General N° 24, ha señalado que la divulgación de información confidencial sobre la salud “ (...) *afecta a las mujeres de manera diferente que a los varones porque puede desalentarlas de buscar atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos, y en los casos en que hayan sido víctimas de violencia sexual*”¹⁵⁴.

Esta Observación General también señala que cuando los Estados Parte restringen el acceso de la mujer a los servicios de atención médica por el hecho de carecer de autorización de su cónyuge, compañero, padres o funcionarios de salud, se constituye una traba a las medidas adoptadas por las mujeres para conseguir sus objetivos en materia de salud¹⁵⁵.

.....
¹⁵³ Comité para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer. *Observación Final. Perú*. 1995, párrafo 446; *Observación Final. Colombia*, párrafo 57 y *Observación Final. Paraguay*. 1996, párrafo 131. También se puede revisar: *Observación Final. Nepal*. 1999, párrafo 147 y *Observación Final. Namibia*. 1996, párrafo 127 (Namibia).

¹⁵⁴ *Ibid. Observación General N° 24. La mujer y la salud*. 1999, párrafo 12,d)

¹⁵⁵ *Ibid. Op. cit.*, párrafo 14

El derecho a la privacidad también se ve vulnerado cuando los Estados imponen a los médicos y a otros funcionarios de salud la obligación de notificar los casos de mujeres que se someten a abortos, tal y como lo señala el Comité de Derechos Humanos¹⁵⁶.

Al respecto, en sus observaciones finales sobre Chile, el CDH recomendó que:

El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas. El Estado parte está en el deber de adoptar las medidas necesarias para garantizar el derecho a la vida de todas las personas, incluidas las mujeres embarazadas que deciden interrumpir su embarazo. En este sentido (...) recomienda proteger el carácter confidencial de la información médica¹⁵⁷.

En esta misma línea, el Comité realizó la siguiente observación a Venezuela:

El deber jurídico impuesto sobre el personal de salud de informar de los casos de mujeres que se hayan sometido a abortos puede inhibir a las mujeres que quieran obtener tratamiento médico, poniendo así en peligro sus vidas. (...) El Estado Parte debe proteger el carácter confidencial de la información médica¹⁵⁸.

Los alcances de la protección que merece el derecho a la privacidad también se dan sobre los adolescentes. El Comité de los Derechos del Niño (CDN) ha observado que el requerimiento de consentimiento de los padres y la falta general de confidencialidad pueden constituir trabas al acceso de los adolescentes a una información adecuada de salud reproductiva y a los servicios y consejería relacionados con el aborto y el VIH/SIDA¹⁵⁹.

.....
¹⁵⁶ Comité de Derechos Humanos. *Observación General N° 28. Artículo 3, Igualdad de derechos entre hombres y mujeres*. 2000, párrafo 20.

¹⁵⁷ *Ibid. Observación Final. Chile*. 1999, párrafo 15.

¹⁵⁸ *Ibdi. Observación Final. Venezuela*. 2001, párrafo 19.

¹⁵⁹ Véase, por ejemplo, las Observaciones Finales del Comité de los Derechos del Niño sobre Djibuti, 2000, párrafos 45-46.

El CDN ha recomendado que los gobiernos aseguren a los adolescentes el acceso a servicios de salud reproductiva de manera confidencial, sin el consentimiento de sus padres, cuando resulte en el mejor interés del adolescente, y que la ley estipule una edad mínima para el acceso a la consejería y atención médica sin consentimiento de los padres¹⁶⁰.

En cuanto al **derecho a la salud**, entre el 10 y el 50% de las mujeres que han padecido abortos inseguros requiere atención médica post-aborto por complicaciones tales como: abortos incompletos, infecciones, perforaciones uterinas, enfermedad pélvica inflamatoria, hemorragias u otras lesiones de los órganos internos, que si no son bien atendidas pueden terminar en muertes, lesiones permanentes o infertilidad, con lo cual se ven afectados seriamente sus derechos a la vida y a la salud.

El CDESC presentó su más completa evaluación del derecho a la salud en su Observación General N° 14, donde explica que este derecho entraña tanto libertades como “*el derecho [de las personas] a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica*”, así como un derecho tal como “*el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud*”¹⁶¹.

También exhorta a los Estados Parte a adoptar medidas para “*mejorar (...) los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información*”¹⁶².

Las observaciones finales del Comité han abordado el riesgo para la salud de las mujeres que supone la legislación restrictiva en materia de aborto, y han recomendado mejorar las condiciones médicas y sanitarias para la realización de abortos¹⁶³. El CDESC ha

.....
¹⁶⁰ Al respecto, se puede revisar: *Observación Final. Guatemala*. 2001, párrafo 45; *Observación Final. Barbados*. 1999, párrafo 25; *Observación Final. Benín*. 1999, párrafo 25; *Observación Final. Bhután*. 2001, párrafo 45; *Observación Final. Djibuti*. 2000, párrafo 46; *Observación Final. Francia*. 2004, párrafo 45; *Observación Final. Georgia*. 2000, párrafos 22-23; entre otros.

¹⁶¹ *Ibid.* Op. cit., párrafo 8.

¹⁶² *Ibid.* Op. cit., párrafo 14.

¹⁶³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observaciones Finales sobre Azerbaiján, Doc. E/C.12/1/Add.104, (2004), párrafo 56; Chile, Doc. E/C.12/1/Add.82, (2002), párrafo 25; Kuwait, Doc. E/C.12/1/Add.98, (2004), párrafo 43; Polonia, Doc. E/C.12/1/Add.82, (2002), párrafo 29; y Rusia, Doc. E/C.12/1/Add.94 (2003), párrafo 63.

exhortado a los Estados a legalizar el aborto en ciertas circunstancias, por ejemplo, cuando el embarazo es el resultado de violación o de incesto, o cuando la vida de la mujer corre peligro¹⁶⁴.

A su vez, la Observación General N° 24 del Comité de la CEDAW, que hace referencia al tema de la mujer y la salud, señala la obligación de los Estados de respetar el acceso de la mujer a los servicios médicos y de abstenerse de poner trabas a las medidas adoptadas por ella para conseguir sus objetivos en materia de salud¹⁶⁵.

El Comité de la CEDAW explica también que “*el acceso de la mujer a una adecuada atención médica tropieza (...) con (...) obstáculos, como las leyes que penalizan ciertas intervenciones médicas que afectan exclusivamente a la mujer y castigan a las mujeres que se someten a dichas intervenciones*”¹⁶⁶. Asimismo, señala que “[e]n la medida de lo posible, debería enmendarse la legislación que castigue el aborto a fin de abolir las medidas punitivas impuestas a mujeres que se hayan sometido a abortos”¹⁶⁷.

En varias observaciones finales el Comité de la CEDAW ha manifestado su preocupación por el limitado acceso de las mujeres a los servicios e información en materia de salud reproductiva, y ha criticado los factores que entorpecen la asistencia médica a las mujeres, tales como la influencia religiosa, la privatización de la salud, y las restricciones presupuestarias¹⁶⁸. En al menos una ocasión el Comité recomendó que un Estado Parte provea financiación pública a las mujeres que necesitan practicarse abortos¹⁶⁹.

.....
¹⁶⁴ Ibid. Observaciones Finales sobre Chile, Doc. E/C.12/1/Add.105 (2004), párrafo 25; y Kuwait, Doc. E/C.12/1/Add.98 (2004), párrafo 43.

¹⁶⁵ Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. *Observación General N° 24. La mujer y la salud (artículo 12)*. 1999, párrafo 14.

¹⁶⁶ Ibid. Op. cit., loc. cit.

¹⁶⁷ Ibid. Op. cit., párrafo 31 c)

¹⁶⁸ Ibid. Observaciones Finales sobre Argentina, Doc. A/59/38, Parte II (2004), párrafo 380-381; Bangladesh, Doc. A/52/38/Rev.1, Parte II (1997), párrafo 438; Belice, Doc. A/54/38, Part II (1999), párrafo 56-57; Croacia, Doc. A/53/38, Part I (1998), párrafo 109; Cuba, U.N. Doc. A/51/38 (1996), párrafo 219; República Dominicana, Doc. A/59/38, Part II (2004), párrafo 308-309; Guyana, Doc. A/50/38 (1995), párrafo 621; Nicaragua, Doc. A/56/38, Parte II (2001), párrafo 300-301 y 303; Paraguay, Doc. A/51/38 (1996), párrafo 123; Perú, Doc. A/53/38/Rev.1, Parte II (1998), párrafo 337 y 341; Sudáfrica, Doc. A/53/38/Rev.1, Parte II (1998), párrafo 134; Venezuela, Doc. A/52/38/Rev.1, Parte I (1997), párrafo 236; entre otros.

¹⁶⁹ Ibid. *Observación Final. Burkina Faso*, Doc. A/55/38, Parte I (2000), párrafo 276.

Igualmente, el CDN ha solicitado a los gobiernos que revisen las leyes que prohíben el aborto en aquellos casos en que los abortos inseguros contribuyen a generar altas tasas de mortalidad materna, y ha solicitado en algunos casos que se realicen estudios para analizar el impacto negativo que presentan los abortos ilegales¹⁷⁰. En otros casos simplemente ha expresado su preocupación por las altas tasas de mortalidad materna resultantes de los abortos en adolescentes, sin recomendar un remedio específico¹⁷¹.

Además, el Comité ha pedido a los gobiernos que amplíen el acceso a los servicios y a la educación en materia de salud reproductiva, especialmente para los adolescentes, y al menos en un caso ha recomendado a un gobierno velar por que los abortos se practiquen prestando la debida atención a las normas mínimas de seguridad sanitaria¹⁷².

Finalmente, en cuanto al ***derecho a la libertad de conciencia y religión***, éste muchas veces es invocado por médicos y otros profesionales de la salud que se oponen al aborto. Si bien el marco de derechos humanos contempla el derecho a la objeción de conciencia, éste no reviste carácter absoluto. Por ejemplo, la objeción no justifica la negativa a llevar a cabo un aborto que permitiría salvar una vida cuando no existen otras alternativas viables para que la mujer obtenga el aborto en cuestión.

En tal sentido, los gobiernos tienen la obligación de asegurar que las mujeres tengan acceso a la asistencia médica necesaria y que existan alternativas razonables cuando un médico se niega a proveer un servicio alegando problemas de conciencia.

En relación a este tema el Comité de la CEDAW ha manifestado explícitamente en sus observaciones finales que los derechos humanos de las mujeres son vulnerados cuando los hospitales se niegan a proveer abortos a causa de la objeción de conciencia de los médicos, y ha expresado su preocupación por el limitado acceso que tienen

.....
¹⁷⁰ COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DEL NIÑO. Observación Final. Chad. Doc. CRC/C/15/Add.107, 24 de agosto de 1999, párrafo 30.

¹⁷¹ Ibid. *Observación Final. Colombia*, Doc. CRC/C/100 (2000), párrafo 370.

¹⁷² Ibid. Observaciones Finales sobre Brasil, Doc. CRC/C/15/Add.241 (2004), párrafo 55; El Salvador, Doc. CRC/C/15/Add.232 (2004), párrafo 52; Nicaragua, Doc. CRC/C/15/Add.108 (1999), párrafo 35; y Santo Tomé y Príncipe, Doc. CRC/C/15/Add.235 (2004), párrafo 47(d); entre otros.

las mujeres a practicarse un aborto debido a esta misma razón¹⁷³. El Comité también ha recomendado expresamente que los hospitales públicos brinden servicios de aborto¹⁷⁴.

De igual manera, en sus observaciones finales sobre Polonia, el CDH ha expresado su preocupación ante el hecho de que, en la práctica, no haya posibilidades de abortar, incluso cuando la ley lo permita, así como ante la falta de control en lo que respecta al uso que de la cláusula de objeción de conciencia hacen los profesionales de la medicina que se rehúsan a practicar abortos autorizados por la legislación¹⁷⁵.

2. SISTEMA INTERAMERICANO DE PROTECCIÓN DE DERECHOS HUMANOS

La Organización de Estados Americanos (OEA) es el ámbito regional en el cual se establecen los instrumentos y mecanismos que tutelan los derechos humanos de las personas que se encuentran dentro de la jurisdicción de un Estado Miembro. Así, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) son los órganos competentes para conocer de los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por los Estados Partes en la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), de 1969; el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador–, de 1988; y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte, de 1990.

La tutela de los derechos de las mujeres en torno a la práctica del aborto, al igual que en el SUDH, no ha sido prevista de manera taxativa en las convenciones del sistema interamericano. Sin embargo, la CIDH ha emitido una interesante decisión en torno al momento

.....
¹⁷³ Comité para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. Observaciones Finales sobre Croacia, Doc. A/53/38, Parte I (1998), párrafo 109 e Italia, Doc. A/52/38/Rev.1, Parte II (1997), párrafo 353.

¹⁷⁴ Ibid. *Observación Final sobre Croacia*, Doc. A/53/38, Parte I (1998), párrafo 117 e Italia, U.N. Doc. A/52/38/Rev.1, Parte II (1997), párrafo 360.

¹⁷⁵ Comité de Derechos Humanos, *Observación Final*. Polonia, Doc. CCPR/CO/82/POL (2004), párrafo 8.

en el que se puede empezar a proteger el derecho a la vida y su relación con la práctica del aborto.

2.1 MARCO NORMATIVO

No existe instrumento alguno en el Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos (SIDH) que aluda a la despenalización del aborto, ni que tutele los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Pero ello no ha sido impedimento para que se protejan estos derechos a través del derecho a la integridad personal y el derecho a la salud, previstos en instrumentos como la Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales –Protocolo de San Salvador– y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer –Convención de Belém Do Pará–, como se verá a continuación.

2.2 DECISIONES

Hasta el momento la CIDH se ha pronunciado sobre dos casos relacionados con el tema de acceso al aborto, que han marcado un importante derrotero para lograr la despenalización del aborto en determinadas circunstancias. Estos casos son el caso *Baby Boy vs. Estados Unidos de Norteamérica*¹⁷⁶ y el caso *Paulina vs. Méjico*¹⁷⁷.

En cuanto al primer caso, en 1981 se solicitó a la CIDH que estableciera si las disposiciones relativas al derecho a la vida, contenidas en la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre¹⁷⁸ y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos¹⁷⁹, eran compatibles con el derecho de la mujer a acceder a abortos legales y seguros.

.....
¹⁷⁶ La consulta llegó a la CIDH a través de una petición presentada contra del gobierno de los Estados Unidos por un grupo llamado Catholics for Christian Political Action (Católicos por la Acción Política Cristiana), a raíz de que un médico fuera absuelto del cargo de “homicidio involuntario” tras realizar un aborto en 1973. Los peticionarios solicitaron a la Comisión que declare a los Estados Unidos en violación del derecho a la vida de acuerdo a la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, usando la Convención Americana sobre Derechos Humanos como instrumento interpretativo.

¹⁷⁷ Paulina Ramírez Jacinto fue violada cuando tenía 13 años de edad, en Mexicali, y a pesar de que la legislación de Baja California contempla el aborto por violación, las autoridades de Salud se negaron a practicarle el aborto, lo cual generó una seria afectación a su integridad personal y a la de su hijo.

¹⁷⁸ “Artículo 1. Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”

¹⁷⁹ “Artículo 4. Derecho a la vida. 1). Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”

Durante el proceso de deliberación en torno al caso *Baby Boy* la Comisión examinó rigurosamente las disposiciones sobre el derecho a la vida, contenidas en ambos instrumentos, y señaló lo siguiente.

Respecto a la Declaración, es importante notar que:

*los signatarios que actuaron en Bogotá en 1948 rechazaron cualquier redacción que hubiera extendido ese derecho a los que están por nacer (...) [y](...) la Conferencia (...) adoptó una simple declaración del derecho a la vida, sin referencia a los que están por nacer y lo vinculó a la libertad y seguridad de la persona. Parecería entonces incorrecto interpretar que la Declaración incorpora la noción de que exista el derecho a la vida desde el momento de la concepción. Los signatarios enfrentaron la cuestión y decidieron no adoptar un lenguaje que hubiera claramente establecido ese principio*¹⁸⁰.

En cuanto a la CADH, la CIDH encontró que la redacción del derecho a la vida en el artículo 4 había sido consciente, y que la intención de los fundadores de la Convención al incluir la cláusula “en general” había sido precisamente la de permitir que exista legislación doméstica no restrictiva respecto al aborto. Asimismo, comentó que “se reconoció durante la sesión de redacción en San José que esta frase dejaba abierta la posibilidad que los Estados Parte a una futura convención podrían incluir en su legislación local los más diversos casos de aborto”¹⁸¹, refiriéndose a la posibilidad de que algunos países podrían incluir el aborto legal bajo este artículo.

En este sentido, la Comisión procedió a corregir la lectura selectiva de la Convención Americana sobre Derechos Humanos hecha por los peticionarios:

Queda en claro que la interpretación que adjudican los peticionarios de la definición del derecho a la vida formulada por la Convención Americana es incorrecta. La adición de la frase “en general, desde el momento de la concepción” no significa que quienes formularon la Convención tuviesen la intención de modificar el

.....
¹⁸⁰ Comisión Interamericana de Derechos Humanos. *Caso 2141. White y Potter vs Estados Unidos de Norteamérica* (Caso *Baby Boy*), párrafo 14 (a).

¹⁸¹ *Ibid.* Párrafo 14,c)

concepto de derecho a la vida que prevaleció en Bogotá, cuando aprobaron la Declaración Americana. Las implicaciones jurídicas de la cláusula “en general, desde el momento de la concepción” son substancialmente diferentes de las de la cláusula más corta “desde el momento de la concepción”, que aparece repetida muchas veces en el documento de los peticionarios¹⁸².

Así, se puede observar que la CADH deja a la discreción de los Estados Parte el contenido de la legislación sobre acceso al aborto, a la luz de su propio desarrollo social, experiencia y factores similares.

El segundo caso sobre el cual la CIDH desempeñó un rol importante, fue el caso Paulina, el mismo que se resolvió a través de una solución amistosa con el Estado¹⁸³ y en el que éste se comprometió, entre otras cosas, a:

- indemnizar a Paulina y a su hijo;
- realizar cursos de capacitación en materia de protección de los derechos de la mujer, dirigidos a funcionarios de sector salud y del sector justicia;
- llevar a cabo reformas legislativas, en torno a garantizar el acceso al aborto;
- revisar libros, artículos científicos indexados, tesis de postgrado e informes documentados de gobierno y organizaciones civiles sobre el tema del aborto en México, a efecto de lograr un diagnóstico de la información existente y detectar los vacíos que al respecto existieran.

México viene cumpliendo paulatinamente con la implementación de estos compromisos e informa del avance de la misma a la CIDH.

En este caso es importante destacar el efectivo rol de mediador que ha desempeñado la CIDH, que hizo posible que el Estado empezara a adecuar su legislación a los estándares internacionales de protección a los derechos de la mujer que hacían referencia al acceso al aborto, tal y como se verá más adelante.

.....
¹⁸² Ibid. Párrafo 30.

¹⁸³ La solución amistosa se dio durante el 124º periodo de sesiones de la CIDH, en Washington DC, el 8 de marzo del 2006

Análisis jurídico comparado del aborto por causales en Latinoamérica

A partir de la década de los noventa, una gran cantidad de países, incluyendo algunos de América Latina, llevaron a cabo importantes cambios legislativos en relación al reconocimiento de algunos derechos de las mujeres, pero pocos han abordado su derecho al aborto.

El aborto es considerado como un delito en la mayor parte de las legislaciones de los países latinoamericanos y caribeños. Su sanción, que incluye periodos de privación de libertad, se contempla en sus ordenamientos penales, que en muchos casos fueron expedidos en el siglo XIX o a principios del siglo XX.

Como países colonizados principalmente por España, y en el caso de Brasil por Portugal, la influencia de la Iglesia Católica se ha dejado sentir desde la época de la Colonia, por lo que se puede asegurar que la mayoría de las legislaciones de aborto en América Latina son producto de las raíces altamente conservadoras imperantes en la región.

La normatividad constitucional de algunos países no escapa de esta influencia. Por ejemplo, se registra que “la vida es inviolable” –con lo cual se le da un carácter de absoluto, cosa que no existe en el derecho– o que se protege la “vida desde la concepción”¹⁸⁴. A continuación se presentan algunos ejemplos, los subrayados son nuestros.

.....

¹⁸⁴ Desde el punto de vista biológico cabe diferenciar a la concepción de la fecundación. La fecundación se origina con la unión de gametos (óvulo y espermatozoide), lo que producirá una serie de cambios morfológicos y funcionales. Este proceso concluirá alrededor del sexto día, momento en el que se dará inicio a la concepción entendida como la interacción del cigoto con la mucosa uterina que culmina con la anidación en el útero. Ello lleva a decir que es recién en esta etapa donde existe la certeza del desarrollo de un nuevo ser humano. Desde el punto de vista de la bioética, y por ende del derecho, la vida humana comienza con la concepción, entendida ésta como fecundación, al considerarla como un proceso que se basa en la existencia de un ser humano genéticamente individualizado a partir de la unión del óvulo y el espermatozoide en un medio natural o artificial (por ejemplo la fecundación in vitro), y cuyo desarrollo dependerá de una serie de circunstancias ambientales que lo rodean.

DERECHO A LA VIDA	
NORMAS CONSTITUCIONALES	
Barbados	<p>11. Whereas every person in Barbados is entitled to the fundamental rights and freedoms of the individual, that is to say, the right, whatever his race, place of origin, political opinions, color, creed or sex, but subject to respect for the rights and freedoms of others and for the public interest, to each and all of the following, namely</p> <p>a. life, (...)</p> <p>12. 1. No person shall be deprived of his life intentionally save in execution of the sentence of a court in respect of a criminal offense under the law of Barbados of which he has been convicted.</p>
Bolivia	<p>Artículo 7. Toda persona tiene los siguientes derechos fundamentales, conforme a las leyes que reglamenten su ejercicio:</p> <p>a) A la vida, la salud y la seguridad;</p>
Brasil	<p>Artículo 5. Todos son iguales ante la ley, sin distinción de cualquier naturaleza, garantizándose a los brasileños y a los extranjeros residentes en el País la inviolabilidad del derecho a la vida (...).</p> <p>Artículo 227. Es deber de la familia, de la sociedad y del Estado asegurar al niño y al adolescente, con absoluta prioridad, el derecho a la vida (...).</p>
Chile	<p>Artículo 19. La Constitución asegura a todas las personas:</p> <p>1. El derecho a la vida y a la integridad física y psíquica de la persona. La ley protege la vida del que está por nacer.</p>
Colombia	<p>Artículo 11. El derecho a la vida es inviolable.</p>
Ecuador	<p>Artículo 23. Sin perjuicio de los derechos establecidos en esta Constitución y en los instrumentos internacionales vigentes, el Estado reconocerá y garantizará a las personas los siguientes:</p> <p>1. La inviolabilidad de la vida.</p> <p>Artículo 49. Los niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes al ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado les asegurará y garantizará el derecho a la vida, desde su concepción.</p>
El Salvador	<p>Artículo 2. Toda persona tiene derecho a la vida, a la integridad física y moral, a la libertad, a la seguridad, al trabajo, a la propiedad y posesión, y a ser protegida en la conservación y defensa de los mismos.</p>
Méjico	<p>Artículo 14. A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna. Nadie podrá ser privado de la vida.</p>
Nicaragua	<p>Artículo 23. El derecho a la vida es inviolable e inherente a la persona humana.</p>
Paraguay	<p>Artículo 4. Del derecho a la vida. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Se garantiza su protección, en general, desde la concepción.</p>
Perú	<p>Artículo 2. Toda persona tiene derecho:</p> <p>1. A la vida (...) El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.</p>
Uruguay	<p>Artículo 7. Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida (...)</p> <p>Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general.</p>
Venezuela	<p>Artículo 43. El derecho a la vida es inviolable.</p>

Fuente: Páginas web de los parlamentos o congresos nacionales de los Estados mencionados

Sin embargo, desde finales del siglo XIX y principios del XX varias legislaciones en la región permitían el aborto al menos por alguna de las siguientes causas: para salvar la vida de la mujer o por embarazo causado por violación.

A la luz de las conferencias internacionales llevadas a cabo en el SUDH, en las que se reconoció el derecho a la planificación familiar y a la salud reproductiva, se ampliaron las causales por las que el aborto no podía ser penalizado. La causal de protección de la salud física o mental de la mujer embarazada se sumó a la de la protección a la vida.

En aquellos países en los que se permite el aborto bajo determinadas circunstancias se reconoce tácitamente que, como cualquier otro derecho humano, el derecho a la vida no es absoluto dado que se puede restringir cuando entra en conflicto con otros derechos o bien bajo determinadas circunstancias. Por ejemplo, cuando peligraba la vida o la salud de la mujer.

En otros sistemas jurídicos y políticos, también se reconoce que prevalecen los derechos de la mujer basados en el principio de la dignidad humana, el respeto por la integridad física y mental, el libre desarrollo de la personalidad y la libre autodeterminación.

Sólo en ocho países de la región –3 de Antillas Francesas, Guyana Francesa, Cuba, Guyana, Barbados y Puerto Rico– se permite el aborto bajo todas las causales. De éstos, sólo en las Antillas Francesas se tiene acceso al aborto a petición de la mujer embarazada.

Las circunstancias y las razones por las que se le reconoció a la mujer el derecho a solicitar y obtener los servicios de aborto fueron de distintas en cada país:

Antillas francesas y Guyana francesa

En las Antillas francesas¹⁸⁵ el aborto se permite a solicitud de la mujer durante las doce primeras semanas de embarazo y, posteriormente, sólo por indicación médica.

.....

¹⁸⁵ Está conformada por las islas de Guadalupe y sus cinco isletas, Martinica y Saint Martin son departamentos de ultramar de Francia, Guyana Francesa es territorio de ultramar de Francia, por lo que en estos territorios se aplica la legislación francesa.

En la isla Saint Martin, en 1975, después de una primera ley provisional, llamada la Ley Simone Veil¹⁸⁶, la ley francesa sobre Interrupción Voluntaria de Embarazo¹⁸⁷ estipula que el aborto sólo puede ser practicado por un médico, el cual realizará esta práctica en un establecimiento de salud, público o privado. Cualquier interrupción efectuada fuera de estos parámetros se considera ilegal.

Posteriormente, dado su status de colonia francesa de las Antillas, en 1988 se aprobó una enmienda a la ley a fin de garantizar que las mujeres puedan legalmente autoadministrarse medicamentos abortivos. Otras reformas recientes abolieron la necesidad de consentimiento por los padres en casos de menores de edad, así como las condiciones migratorias y de residencia en caso de ser extranjeras¹⁸⁸.

Barbados

Aunque la bibliografía sobre la legislación del aborto en los países del Caribe es muy escasa, se sabe que Barbados fue el primer país caribeño de habla inglesa que en 1983 legalizó el aborto en todos los casos, para proteger la vida y la salud física y mental de la mujer ante situaciones de violación, malformaciones fetales (aborto eugenésico) y por razones económicas o sociales, pero no a solicitud de la mujer¹⁸⁹.

Para contar con esta ley, dado el alto número de muertes por abortos mal practicados que se registraban en los centros de salud pública, los ministros de salud de los distintos países que conforman el Caribe decidieron hacia 1974 iniciar la revisión de las leyes de

.....

¹⁸⁶ Simone Veil es una abogada y política francesa que tuvo un destacado desempeño en favor de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la mujer mientras fue ministra de salud (1974-1979). Así, entre sus principales logros figura el haber hecho aprobar en la Asamblea Nacional la ley que regularizaba la interrupción voluntaria del embarazo (17 de enero de 1975).

¹⁸⁷ Adoptada en 1979 y posteriormente enmendada varias veces.

¹⁸⁸ Ley N° 2001-588, 4 de julio del 2001, en relación con la interrupción voluntaria del embarazo y con la anticoncepción (1), *Journal Officiel*, N° 156, 7 de julio del 2001.

¹⁸⁹ Medical Termination of Pregnancy Act. 1983. Así, cuando el periodo de gestación es de 12 semanas o menos, la legislación señala como requisito la autorización de un médico; si el embarazo tiene más de 12 semanas y menos de 20 el procedimiento debe ser autorizado por dos médicos; y, si el embarazo tiene más de 20 semanas se requiere de autorización de tres médicos. Para las mujeres los requisitos son recibir consejería antes de proceder al aborto y dar un consentimiento por escrito cuando el aborto es por violación o incesto. Todos los abortos deben ser realizados por un médico y, si el embarazo es mayor de dos semanas, debe efectuarse en un hospital autorizado por el gobierno.

aborto. Para realizar esta tarea fue necesaria la existencia de un consenso y voluntad política de las autoridades que, si bien duró muchos años, se mantuvo a pesar de los cambios de gobierno en estos países. Ello gracias a la labor constante de *advocacy* que desempeñaron las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la defensa y promoción de los derechos de la mujer.

Cuba

Cuba mantuvo penalizado el aborto hasta 1959. Se permitía sólo en caso de peligro para la vida de la mujer gestante, por violación o por razones de transmisión de enfermedades hereditarias¹⁹⁰. Tras la caída del régimen de Batista, el gobierno de Fidel Castro despenalizó totalmente el aborto en 1961 y se practicó a petición de la mujer.

En 1965 se crean las condiciones necesarias para que el aborto empiece a ser ofrecido a través del Sistema Nacional de Salud. A partir de 1979, cuando se estableció el nuevo Código Penal, la ley sólo castiga el aborto inducido cuando se practica sin el consentimiento de la mujer embarazada o en condiciones inseguras¹⁹¹.

Si el período de gestación sobrepasa las 12 semanas, se exige la autorización de las autoridades sanitarias y el aborto debe ser practicado por un médico en un centro de salud oficial. Asimismo, se requiere del consentimiento de la mujer embarazada; y si esta es soltera y menor de 16 años de edad, se demanda el permiso de los padres.

Debido a la asignación de centros específicos en que se llevan a cabo los abortos, el registro es cuidadoso, lo que tiene notables ventajas en comparación con aquellos países de la región en que su práctica es clandestina.

Guyana

Este país fue una colonia británica y heredó en 1957 la ley que prohibía el aborto. Esta situación permaneció hasta 1995, año en el cual se llevaron a cabo varios debates en el marco de las primeras elecciones libres, que culminaron con la eliminación

.....
¹⁹⁰ Decreto Ley N° 802. Código de Defensa Social. Entró en vigor el 9 de octubre de 1938.

¹⁹¹ Al respecto, se sugiere revisar el artículo 267 del Código Penal.

de las restricciones para acceder al aborto, a través de la Medical Termination of Pregnancy Hill.

Esta norma pudo ser emitida gracias a que se presentaron dos factores:

- El *lobby* realizado con cada uno de los congresistas de la Asamblea Nacional. Esta tarea fue desarrollada por las organizaciones de la sociedad civil comprometidas con la defensa y promoción de los derechos de las mujeres, en alianza con instituciones estatales relacionadas con el tema.
- El hecho de que la Iglesia Católica no fuera mayoritaria ni ejerciera una influencia considerable sobre la población fue determinante para que la norma de 1995 pudiera aprobarse sin problemas.

Puerto Rico

Como Estado Libre Asociado de los Estados Unidos de Norte América, en Puerto Rico rige la constitución estadounidense. En ésta el aborto es legal desde la sentencia *Roe vs. Wade* del Tribunal Supremo de los EEUU, en 1973-74, que señaló que los Estados no pueden prohibir el aborto a petición de la gestante por cualquier motivo hasta el momento en que el feto es viable, o sea cuando es potencialmente capaz de vivir fuera del útero de la madre, aún por medios artificiales. Se entiende que después de este periodo los Estados pueden prohibir el aborto, excepto cuando está en peligro la vida de la mujer o su salud, en cuya definición se incluyen factores físicos, emocionales, psicológicos, familiares y la edad de la mujer.

En Puerto Rico el gobierno local ha prohibido el aborto voluntario en los hospitales públicos: Sólo las clínicas privadas ofrecen este servicio, lo que no puede ser entendido como una actividad fuera del marco de la ley.

El derecho al aborto vigente en ese país ha motivado fuertes tensiones, conflictos y continuos ataques a las clínicas y a los prestadores del servicio, lo que ha afectado el acceso al mismo ya que tanto las mujeres como el personal médico se sienten intimidados y amenazados¹⁹².

.....

¹⁹² Petherson, Gail y Camila Azize. *Aborto ilegal seguro: Un estudio entre islas del Caribe Nororiental*. Documento de trabajo publicado en la página electrónica de la organización Salud Pro Mujer. <http://saludpromujer.org.index>.

Asimismo, se han presentado algunas propuestas de enmiendas legales para limitar el derecho al aborto. Esta situación obedece a la influencia de la iglesia católica, grupos conservadores y la política conservadora que sobre este tema sigue la administración del Presidente Bush.

En los demás países de América Latina que prevén en su legislación la despenalización del aborto para determinadas circunstancias, se está debatiendo constantemente sobre la conveniencia de reducir o ampliar los supuestos de la despenalización o, en el peor de los casos, optar por la prohibición total del aborto, como ocurrió con El Salvador y Nicaragua.

A continuación se presentan las experiencias de Brasil, Colombia y Méjico, países en los cuales se están llevando a cabo estos procesos.

Brasil

La discusión sobre el aborto surgió en el Congreso Nacional a fines de la década de los 40, y se intensificó a partir de la segunda mitad de los 80 y, sobre todo, en los años 90.

Sin embargo, es recién a partir de la declaración de Bucarest de 1974, que se reconoció en Brasil el derecho de las parejas a controlar su fecundidad y la responsabilidad del Estado de proveer los medios para ejercer este derecho. Pero, ante la influencia de diversos grupos conservadores en el poder, no es sino hasta la década de los 90 que el Estado empieza a participar explícitamente en este campo y en el mejoramiento de los servicios públicos correspondientes.

Así, en 1984, por ejemplo, se creó el Programa de Asistencia Integral a la Salud de la Mujer (PAISM), del Ministerio de Salud, que contemplaba entre sus acciones el tema de la planificación familiar pero que enfrentó serios problemas para implementarlo. El retraso en otorgar servicios de planificación familiar repercutió en el aumento de los embarazos no deseados.

A pesar de que el Código Penal permite la interrupción del embarazo producto de una violación y cuando el embarazo pone en riesgo la vida de la mujer gestante, los primeros servicios de aborto legal recién fueron establecidos hasta 1989. En 1999 se establecieron los procedimientos recomendados para la interrupción legal del embarazo, resultantes de los debates nacionales que se iniciaron a partir de la segunda mitad de los años 1980 y se intensificaron a raíz de la Conferencia del Cairo.

En casos de riesgo a la vida un equipo médico decide si se justifica o no la interrupción del embarazo. En tanto que para practicar el aborto por violación, que se permite hasta las 20 semanas de gestación, la norma técnica del Ministerio de Salud, de 1999, revisada y ampliada en el 2005, establece entre los requisitos el consentimiento por escrito de la mujer embarazada.

En este contexto, en setiembre del 2005 el Poder Ejecutivo presentó un proyecto de ley en torno a la despenalización del aborto, que sugiere que el Sistema Unificado de Salud Pública (SUS) y los planes de salud privados cubran los costos de los abortos contemplados en la propuesta.

La preparación de este proyecto fue producto de la Primera Conferencia Nacional de Políticas para las Mujeres y del Plan Nacional resultante de esa conferencia, por el que se creó una comisión tripartita –ejecutivo, legislativo y sociedad civil– a cargo de revisar la legislación punitiva sobre la interrupción voluntaria del embarazo.

El anteproyecto que esta comisión formuló contó con apoyo de grupos feministas. Pese a las serias contradicciones al interior del gobierno, la ministra responsable de la Secretaría Especial de Políticas para Mujeres entregó el anteproyecto al Congreso.

Aunque el proyecto se empezó a discutir en 2005, la gran tensión que generó provocó tanto un cambio de estrategia en cuanto a su contenido como una parálisis en el proceso de discusión, que se espera pueda ser retomado en el 2007.

Mientras tanto, a partir de la década de los 90 el poder judicial ha autorizado algunos casos, cada vez más frecuentes, de aborto debido a malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina, conocido como aborto eugenésico.

Colombia

En 1979, Consuelo Lleras, representante del partido liberal, puso en consideración del Congreso de la República el primer proyecto de ley que proponía despenalizar la interrupción del embarazo cuando la madre estuviera en peligro, cuando el feto tuviera malformaciones o fuera producto de una violación sexual.

Esta primera propuesta argumentaba un problema de salud pública y buscaba salvar a las mujeres colombianas de los riesgos

propios de la clandestinidad. Sin embargo, no fue aprobada y desató mucha polémica.

Hacia 1989 el senador Emilio Urrea lideró un proyecto similar al de Lleras, con el agregado de permitir el aborto por cuestiones socioeconómicas. En 1991, por un estrecho margen de votación, se mantuvo la penalización de esta práctica.

En este contexto, y dado que el cambio de paradigmas respecto a la despenalización del aborto no podía darse con el apoyo del poder legislativo, se produjo un cambio de estrategia y surgieron demandas ante la Corte Constitucional de Colombia sobre la libre interrupción del embarazo.

Así, durante la vigencia del Código Penal, Decreto 100 –de 1980–, se presentaron dos demandas de inconstitucionalidad contra esta norma¹⁹³. La primera solicitó la despenalización por violación a los derechos del libre desarrollo de la personalidad, la posibilidad de elegir libremente el número de hijos e hijas y el derecho a la salud de las mujeres. La segunda consideró que la legislación era demasiado laxa, por lo que demandó equiparar el delito de aborto y de infanticidio al de homicidio en tanto hay vida desde el momento de la concepción. En ambos casos, la Corte desestimó las pretensiones de los demandantes.

En el 2001 entró en vigor el nuevo Código Penal, que contemplaba disminución de penas para la práctica del aborto en los casos en los que se comprobaran malformaciones del feto y cuando el embarazo fuera producto de una violación o de una inseminación impuesta contra la voluntad de la mujer¹⁹⁴.

Lo anterior se logró a pesar de la oposición tanto de los obispos, como de los grupos ultraconservadores, como Provida, que condenaron la nueva legislación por inmoral y la consideraron inconstitucional.

Bajo este nuevo marco normativo y teniendo en cuenta las recomendaciones que sobre el tema han realizado a Colombia los Comités de las Naciones Unidas, por ser el aborto la tercera causa de muerte materna en ese país, la abogada colombiana Mónica Roa

.....
¹⁹³ Al respecto, se sugiere revisar la Sentencia C-133 de 1994 y la Sentencia C-013 de 1997.

¹⁹⁴ Código Penal, artículo 124.

presentó en abril del 2005, una demanda ante la Corte Constitucional cuestionando la constitucionalidad de la prohibición del aborto.

La demanda recibió un fuerte apoyo de la opinión pública y una esperada resistencia de la iglesia católica colombiana, dado que solicitaba a la Corte que el aborto se permita en tres casos: cuando la vida de la mujer o su salud está en peligro, cuando el embarazo es resultado de una violación y cuando existan malformaciones fetales incompatibles con la vida extrauterina.

En mayo del 2006, la Corte emitió la sentencia C-355 a través de la cual despenalizó el aborto (artículo 122 del Código Penal):

...no se incurre en delito de aborto cuando con la voluntad de la mujer la interrupción del embarazo se produzca en los siguientes (tres) casos: a) cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o salud de la mujer, certificado por un médico; b) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y c) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo, o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

Este fallo es revolucionario en muchos sentidos. Primero porque la Corte definió estos tres casos de manera muy amplia. Así, en el caso de malformación grave del feto, la Corte no especificó que debería ser genética, pero fue enfática al señalar que esta excepción sólo se aplicará para casos en los cuales un médico certifique que la malformación es tan grave que el niño no vivirá más de unos pocos días.

En el caso de la violación la Corte Constitucional no exige a la mujer someterse a una inspección forense, pero sí la necesidad que el delito haya sido debidamente denunciado ante la fiscalía. Lo mismo se aplica cuando el embarazo es producto del incesto, dado que es considerado como delito en Colombia¹⁹⁵.

Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico, también se podrá abortar legalmente. La Corte no especificó que el peligro debía ser inminente o grave, tampoco lo limitó a la salud física, por lo que se puede entender que también comprende la salud emocional o

.....
¹⁹⁵ Código Penal, artículo 237.

sicológica. En esto la Corte tiene una amplia jurisprudencia acerca de cómo la salud es integral.

El segundo motivo por el cual la sentencia emitida por la Corte Constitucional es revolucionaria, radica en que su aplicación es inmediata: cualquier mujer que se encuentre en uno de los tres supuestos mencionados puede exigir que le practiquen un aborto de inmediato, sin importar el mes de embarazo en el que se encuentre.

El fallo emitido por la Corte Constitucional se basó en una interpretación estricta de los derechos fundamentales de las mujeres. Reconoció que era deber del Estado proteger la vida humana y que ésta existía antes del nacimiento. Y a la vez también reconoció que la mujer tenía derecho a la vida y, con un criterio de proporcionalidad, concluyó que el derecho del feto va hasta donde no afecte desproporcionadamente el derecho de la mujer.

México

La República Mexicana, cuya organización política es de estados libres y soberanos con leyes propias y diversas, está compuesta por 32 entidades federativas, la mayoría de las cuales tienen códigos penales que fueron expedidos en los años treinta del siglo pasado; los mismos que con el tiempo han ido reformándose.

En la mayoría de los Estados se permitía el aborto cuando la mujer quedaba embarazada como producto de una violación o porque la vida de la gestante estuviera en peligro. Alrededor de los años 70, también se permitía el aborto por malformaciones congénitas en los estados de Chihuahua, Puebla, Yucatán y Chiapas, e incluso por causas económicas graves, en los estados de Yucatán, Chihuahua y Chiapas. De igual manera, en todos los estados se reducía la pena a la mujer embarazada que abortara por causas de honor: para ocultar el embarazo producto de una relación ilegítima, siempre y cuando hubiera logrado ocultar su embarazo y tuviera “buena fama”.

Varias entidades federativas han hecho cambios en su legislación sobre el aborto a partir de 1974, cuando México reconoció, en el artículo 4º de su Constitución, algunos de los derechos humanos de las personas como: la igualdad ante la ley del hombre y la mujer; el derecho que tienen a tomar decisiones libres, responsables e informadas sobre el número y espaciamiento de sus hijos; y el derecho a la protección de la salud.

Con base en lo anterior, las principales modificaciones que hicieron algunos de los Estados para proteger la salud de las mujeres fueron:

- permitir el aborto cuando, de continuar el embarazo, se ponga en peligro la salud de la mujer embarazada;
- restringir el tiempo en que se puede realizar un aborto cuando el embarazo fue causado por una violación; y,
- acceder al aborto en caso de que el embarazo fuera resultado de una inseminación artificial no consentida por la mujer, para proteger el derecho de la mujer a embarazarse libremente. Esta causal está contemplada en los estados de Colima, Chihuahua y Guerrero.

Respecto al tiempo de gestación, siete entidades federativas establecen, sobre todo en los casos de violación, que el aborto debe de realizarse antes de los tres meses de embarazo debido a que, según el criterio médico, se evitan peligros de daños a la salud de la mujer.

Por otra parte, y como resultado de la creciente influencia de los sectores más conservadores y de la iglesia católica sobre quienes detentan el poder, algunas entidades federativas han endurecido su postura sobre el aborto y han excluido causas por las que no se sancionaba esta práctica. Tal es el caso, por ejemplo, del Estado de Chihuahua que desde 1938 no sancionaba a la mujer que abortaba cuando ésta lo hacía por razones económicas graves y ya tenía por lo menos 3 hijos.

Actualmente en todas las entidades federativas se permite a las mujeres obtener un aborto cuando el embarazo es resultado de una violación; en 29 (93.7%) no se penaliza el aborto imprudencial (o culposo); en 29 (93.7%) se permite cuando, a juicio del médico que la asiste, está en peligro la vida de la madre; en 10 (32%) de ellas se autoriza cuando hay peligro de un daño grave a la salud de la mujer embarazada; en 13 (40%) se permite por malformaciones genéticas o congénitas; en 11 (34%) se le da paso cuando el embarazo se debe a una inseminación artificial no consentida; y solamente en un estado, Yucatán, es legal por causas económicas graves siempre y cuando la mujer ya tenga por lo menos 3 hijos¹⁹⁶.

.....
¹⁹⁶ Para más información sobre el tema, se sugiere visitar la página electrónica del Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE: www.gire.com.mx

La lucha por restringir la legislación de aborto en algunas entidades federativas se ha dado principalmente después de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, en 1994, y de la Mujer en Beijing, en 1995.

A su vez, tres entidades federativas modificaron su legislación de aborto para facilitar su acceso a las mujeres: el Distrito Federal y los estados de Morelos y de Baja California Sur. Como resultado de las modificaciones el Distrito Federal y Morelos han establecido normas de atención a las mujeres con embarazos producto de violación.

En el Distrito Federal la legislación reglamenta la objeción de conciencia y la garantiza sólo si el personal objetor puede canalizar a la persona a colegas no objetores.

El 25 de abril del 2007 el Congreso del Distrito Federal aprobó una reforma al artículo 144 de su Código Penal, que despenaliza en la capital mexicana el aborto practicado durante las doce primeras semanas de gestación.

Esta modificación representa un verdadero avance para los derechos de las mujeres, pues no se trata de una ampliación de causales sin tocar el carácter delictivo del aborto, sino de la eliminación de ese carácter siempre que el aborto se practique dentro un tiempo determinado.

Fundamentos jurídicos para ampliar
las causales de aborto en el Perú

El artículo 119 del Código Penal despenaliza el aborto terapéutico, que se practica para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en la mujer; en tanto que el artículo 120 del mismo código sanciona con una pena privativa de la libertad no mayor de tres meses, el aborto por violación o eugenésico.

La sanción que impone el legislador a estos tipos de aborto es meramente figurativa. En la práctica no implica una restricción de la libertad personal, dado que para que ello ocurra la sanción debería ser superior a los 4 años de pena privativa de la libertad.

Quienes señalan que es necesario mantener la penalización sostienen que de lo contrario se estaría contraviniendo la Constitución Política, que establece en su artículo 2, numeral 1, que: *“Toda persona tiene derecho: 1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral,*

psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece”.

No consideran que la protección que se le da al derecho a la vida no es absoluta ni indiferenciada de cualquier momento del proceso vital. Igualmente, no toman en cuenta las circunstancias en las cuales se ha producido el embarazo y cómo éstas afectan a la vida, salud e integridad personal de las gestantes.

El embarazo por violación y la gestación de una vida inviable son dos situaciones que debe considerar el legislador para despenalizar el aborto.

La violación sexual es una práctica que genera serios trastornos físicos y psicológicos a la mujer que lo padece, vulnera su derecho a la integridad personal y puede afectar incluso su proyecto de vida. Las perturbaciones resultantes de una violación se agudizan cuando producto de la misma la mujer sale embarazada¹⁹⁷.

Los legisladores han previsto una sanción para quien cometa este delito. Pero, independientemente de si éste es denunciado o si se cumple o no con la sanción, llama la atención que no exista ninguna medida legal que se preocupe por la situación de la mujer que resulta encinta como producto de una violación. El derecho deja en un estado de desprotección a quien es doblemente agredida: primero por la violación sexual; y segundo por el sistema legal, que no le proporciona la protección que ella necesita cuando se enfrenta a un embarazo producto de un acceso carnal violento.

En cuanto a la gestación de una vida inviable, se entiende que ese embarazo ha sido deseado por la gestante pero que por diversos motivos genéticos la vida del feto fuera del útero es imposible. Este embarazo también genera serias alteraciones a la integridad personal de la gestante, tal y como se pudo apreciar en el caso Karen Llantoy quien se vio obligada a seguir gestando un feto anencefálico.

Ante estas circunstancias, ¿qué puede decir el Derecho? Es innegable que se produce una colisión entre los derechos de la

.....
¹⁹⁷ Al respecto, se puede revisar el *Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación*: Tomo VI. Sección cuarta: los crímenes y violaciones de los derechos humanos. Capítulo I. Patrones en la perpetración de los crímenes y de las violaciones de los derechos humanos. 1.5 Violencia sexual contra la mujer; y, Tomo VIII. Segunda parte: los factores que hicieron posible la violencia. Capítulo 2. El impacto diferenciado de la violencia. 1 Violencia y desigualdad de género.

gestante y los derechos del concebido. Al respecto, no se obtiene una respuesta en virtud de la cual, por ejemplo, en todo conflicto el derecho a la libertad de expresión prevalece sobre el derecho al honor, “*sino que se logra sólo una preferencia relativa al caso concreto que no excluye una solución diferente en otro caso*”¹⁹⁸.

En este sentido, la ponderación no lleva a que se declare la invalidez de uno de los derechos constitucionales en conflicto, o que en virtud de la especialidad uno actúe como excepción del otro, “*sino a la preservación de ambos, por más que inevitablemente ante cada conflicto sea preciso reconocer primacía a uno u otro*”¹⁹⁹.

Teniendo en cuenta este marco de reflexión, se puede señalar que el embarazo producto de una violación sexual o la gestación de una vida inviable, son dos circunstancias en las cuales es preciso reconocer la primacía del derecho a la vida, de la integridad personal y de la salud de la gestante, por lo que constituyen dos situaciones en las cuales se debe considerar la despenalización del aborto.

.....
¹⁹⁸ Pietro Sanchís, Luis. *Justicia constitucional y derechos fundamentales*. Trotta, Madrid, 2003. p. 327.

¹⁹⁹ Ibid. Op. cit.



>

Conclusiones

El aborto sigue siendo un fenómeno médico-social frecuente, vinculado al embarazo no deseado. Su solución implica intervenciones en educación, información y entrega de anticonceptivos, normatividad clínica y administrativa.

Si queremos reducir los abortos inducidos debemos dar prioridad a la prevención de los embarazos no deseados, que incluyen a mujeres con dolencias que pueden empeorar durante el embarazo o que pueden complicar a éste.

Igualmente debemos evitar el sufrimiento de las mujeres víctimas de violación o portadoras de un embarazo con anomalías incompatibles con la vida, porque también son víctimas de graves dolencias emocionales que ponen en riesgo sus vidas y su salud física, mental, sexual y social²⁰⁰.

Los médicos gineco obstetras tienen el deber ético de abogar por el cuidado de la salud de las mujeres y no necesariamente esperar que estén al borde de la muerte para intervenir en un embarazo complicado. Ellos, además, deben influir en las políticas y programas que rigen la salud de las mujeres. Deben compartir la obligación de argumentar las razones para terminar un embarazo –en donde existen malformaciones incompatibles con la vida o ha sido producto de una violación– con otras asociaciones médicas, organizaciones femeninas, legisladores, educadores, abogados, científicos sociales y teólogos. Finalmente deben garantizar la disponibilidad de servicios de salud esenciales para las mujeres, particularmente de las que se encuentran en desventaja y carezcan de privilegios²⁰¹.

El sistema internacional de protección de los derechos humanos cuenta con instrumentos y mecanismos jurídicos que permiten alcanzar una protección adecuada de los derechos de la mujer, cuando la justicia nacional no protege sus derechos al denegársele el acceso al aborto por razones que están contempladas por la ley.

.....
²⁰⁰ Schunmann, C.; Glasier, A. "Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion". *Contraception*, 2006; 73: 520-524.

²⁰¹ FIGO. *Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology*. London: FIGO, 2003; 72 pp.



Sin embargo, el acceso a esta justicia supranacional debe verse como algo subsidiario, por lo que es necesario que la legislación peruana contemple medidas claras sobre cómo y en qué momento los operadores de salud pueden practicar un aborto terapéutico.

Existe una tendencia internacional hacia la despenalización del aborto por otras causales que no están relacionadas con el peligro que corre la salud de la gestante, tales como: malformaciones congénitas incompatibles con la vida y/o embarazo producto de una violación sexual.

El contexto social y los principios del Derecho muestran que es posible y necesaria la ampliación de las causales, cuya eficacia dependerá en cierta forma de la actitud que adopten los operadores de justicia, de salud y los miembros de la policía cuando conozcan de las situaciones que justifican esta ampliación. En este sentido, será fundamental que estas personas realicen un análisis de los casos tomando en cuenta la perspectiva de género a fin de que puedan garantizar los derechos humanos de la mujer.





Bibliografía consultada

Libros y artículos de revistas:

Aite, L.; Trucchi, A.; Nahum, A.; Zaccara, A.; La Sala, E.; Bogolan, P. "Antenatal diagnosis of surgically correctable anomalies: effects of repeated consultations on parental anxiety". *J. Perinatol.*, 2003; 23: 652-654.

Award, I.T.; Sorteen, G.D. "Amniotic fluid embolism and coagulopathy". *Anaesthesiol*, 2001; 6: 410-413.

Berndt, E.; Koram, L.; Finkelstein, E. *et al.* "Lost human capital from early-onset chronic depression". *Am. J. Psyc.*, 2000; 157: 940-947.

Born, L.; Phillips, S. D.; Steiner, M.; Soares, C. "Trauma and the reproductive life cycle in women". *Rev. Bras. Psiquiatr.*, 2005; 27: Suppl. 2.

Bowes, I.T.; O’Gorman, E. C. "Assault characteristics and posttraumatic stress disorder in rape victims". *Acta Psychiatric Scand.*, 1991; 83: 27-30.

Brantberg, A.; Blaas, H. G.; Haugen, S. E.; Eik-Nes, S. H. "Characteristics and outcome of 90 cases of fetal omphalocele". *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2005; 26: 527-537.

Burges, A. W; Holmstrom, L. L.. "Rape trauma syndrome and posttraumatic estrés response". In: Burges, A. W. ed. *Rape and sexual assault: a Research Handbook*. New York: Garland Publishing Inc., 1985; pp. 46-60.

Cardich, R.; Carrasco, F. *Visiones del Aborto*. Lima: Manuela Ramos / Population Council, 1993.

Chávez, S. *La atención humanizada del aborto inseguro. Los consensos del Cairo, monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán / Red de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe RSMLAC, noviembre 2003.

Chumbe, O.; Távara, L.; Rodríguez, C. "El aborto séptico como causa de morbimortalidad materna". *Ginecología y Obstetricia* (Perú), 1994; 40(1): 49-59.



Claxon-Mckinney, B. "Hypoplastic left heart syndrome". *Pediatr. Nurs.*, 2001; 27: 245-248.

Cook, R.; Dickens, B.; Fathalla, M. *Salud Reproductiva y Derechos Humanos; Integración de la medicina, la ética y el derecho*. Oxford / Profamilia. Bogotá, 2003.

Cook, R. J; Ortega-Ortiz, A.; Romans, S.; Ross, L. E. "Legal abortion for mental health indications". *Int. Journal Gynaecol. Obstet.*, 2006; 95:185-190.

Dador, J. *El aborto terapéutico en el Perú*. Lima: PROMSEX, 2007. En imprenta.

David, H. P. "Born unwanted, 35 years later: the Prague Study". *Reproductive Health Matters*, 2006; 14: 181-190.

De Mello e Souza, C.; Adisse, L. *Violencia sexual no Brasil: perspectivas e desafios*. Brasilia: IPAS / Secretaria especial de politicas as mulheres, 2005; 186 pp.

De Vigan, C.; Khoshnood, B; Lhome, A.; Vodovar, V.; Goujard, J.; Goffinet, F. "Prevalence and prenatal diagnosis of congenital malformations in the parisian population: twenty years of surveillance by the Paris Registry of congenital malformations". *J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod.*, (Paris), 2005; 34 (1 Pt1): 8-16.

Detraux J., J.; Gillot de Vries, F.; Van den Eynch, S.; Courtois, A.; Desmet, A. "Psychological impact of the announcement of a fetal abnormality on pregnant women and on professionals". *Ann. NY Acad. Sci.*, 1998; 847: 210-219.

Dhouib, M.; Guirat, N. "Letal osteogenesis imperfect. Prenatal diagnosis". *Presse Med.*, 2004; 33(10): 658-660.

Diniz, D. "Aborto e nou viabilidade fetal: O debate brasileiro". *Cad. Saude Publica*, 2005; 21(2): 634-639.

Faundes, A; Barzelatto, J. *El drama del aborto, en busca de un consenso*. Bogotá: TM Edit., 2005; 253 pp.

Ferrando, D. *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima: Flora Tristán / Pathfinder International, 2002.

Ferreira da Costa, L.; Hardy, E.; Duarte M., J.; Faundes, A. "Termination of pregnancy for fetal abnormality incompatible with life: women's experiences in Brazil". *Reprod. Health Matters*, 2005; 13: 139-146.

FIGO. *Recommendations on ethical issues in Obstetrics and Gynecology*. London: FIGO, 2003; 72 pp.

Garne, E.; Loane, M.; Dolk, H.; De Vigan, C. *et al.* "Prenatal diagnosis of severe structural congenital malformations in Europe". *Ultrasound Obstet. Gynecol.*, 2005; 25: 6-11.

Geerinck-Vercammen, C. R; Kanhai, H. H. "Coping with termination of pregnancy for fetal abnormality in a supportive environment". *Prenat. Diagn.*, 2003; 23: 543-548.

Güezmes, A.; Palomino, N.; Ramos. M. *Violencia sexual y física contra las mujeres en el Perú*. Lima: CMP Flora Tristán / OMS / Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2002; 119 pp.

Harris, J. "Consent and end life decisions". *J. Med. Ethics*, 2003; 29: 10-15.

Heise, L.; Ellsberg, M; Gottemoeller, M. *Victims of Gender-based Violence. Reproductive Health and Rights: Reaching the Hardly Reached*. Article 10, PATH. 2002.

Holmes, M. M.; Resnick, H. S.; Kilpatrick, D. G.; Best, C. L. "Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women". *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 1996; 175: 320-325.



Hook, H. "Refused abortion: A study of 249 women whose applications were refused by National Board of Health in Sweden". *Acta Psychiatr. Scand.*, 1963; 168 (Suppl.): 3-156.

Hospital Belén de Trujillo. Departamento de Ginecología y Obstetricia. *Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo*. Lima: PROMSEX / SPOG, 2006; 32 pp.

Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé. *Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo*. Lima: SPOG / CMP Flora Tristán, 2005; 29 pp.

Hurst, J. *La historia de las ideas sobre el aborto*. Montevideo: Católicas por el derecho a decidir, 1992.

INEI. *Encuesta demográfica y de salud familiar, ENDES Continua 2004*. Lima: INEI / USAID / Measure DHS, 2005; 42 pp.

Julian-Reynier, C.; Philip, N.; Scheiner, C.; Aurrán, Y.; Chabal, F. *et al.* "Impact of prenatal diagnosis by ultrasound on the prevalence of congenital anomalies at birth in southern France". *J. Epidemiol Community Health*, 1994; 48: 290-296.

Kalpathi, R.; Liebre, E.; Rajegowda, B.; Sharma, J. "Hydrocephalus in a hydropic fetus with Turner syndrome: a rare association". *J. Mater Fetal Neonatal Med.*, 2003; 14: 136-138.

Kawsar, M.; Anfield, A.; Walters, E. *et al.* "Prevalence of sexually transmitted infections and mental health needs of female child and adolescent survivors of rape and sexual assault attending a specialist clinic". *Sex Transm. Infect.*, 2004; 80: 138-141.

Kmietowicz, Z. "Unwanted children at increased risk of schizophrenia". *BMJ*, 1966; 313: 1167.

Kouam, L.; Kandom-Moyo, J. "A anencephaly associated with hydramnios". *Rev. Fr. Gynecol Obstet.*, 1994; 89: 96-99.

Kovacheva, K.; Simenova, M.; Stoikov, G.; Slanov, N.; Pandurski, F.; Burzashki, I.; Popov, I.; Markova, S. "Terminated pregnancy following prenatal diagnosis of congenital anomalies -a part of register of congenital anomalies". *Akush Ginekol* (Sofia), 2006; 45: 10-15.

Lafaurie, M.; Grossman, D. *El aborto con medicamentos en América Latina, Las experiencias de las Mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú*. México: Population Council, 2005.

Lip, C.; Rocabado, F. *Determinantes sociales de la salud en el Perú*. Lima: MINSA / Universidad Norbert Wiener / OPS, 2005; 52 pp.
Liu, S.; Joseph, K. S.; Kramer, M. S.; Allen, A. C.; Sauve, R.; Rusen, I. D.; Wen, S. W. "Fetal and Infant Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Relationship of prenatal diagnosis and pregnancy termination to overall infant mortality in Canada". *JAMA*, 2002; 287: 1561-1567.

Loureiro D., C.; Vieira E., M. "Conocimientos e opiniones sobre aspectos éticos e legales nel aborto entre médicos que trabalham nelas guardas do emergencia no Riberao Preto, Sao Paulo, Brazil". *Cad. Saude Publica*, 2004; 20(3): 679-688.

Minkoff, H. "Human immunodeficiency virus infection in pregnancy". *Obstet. Gynecol.*, 2003; 101: 797-810.

Miranda G., V; Miranda S., P. "Os disturbios psiquiátricos femininos". Em: Costa D., A; Vilela J. Eds. *Desfazendo os mitos sobre doenças mentais*. Rio do Janeiro: Foglio Edit. 2000; pp. 197-212.

Mollmann, M.; Chávez, S. *La regla de la mordaza y la acción política en la lucha por la despenalización del aborto*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, 2003.

Mulder E., J.; Robles de Medina P., G.; Huizink, A. C.; Van den Bergh B. R.; Buitelaar J. K.; Visser G. H. "Prenatal maternal estrés: effects on pregnancy and the (unborn) child". *Early Hum. Dev.*, 2002; 70: 3-14.



Organización Mundial de la Salud (OMS). *El aborto inseguro: Una estimación de su incidencia y contribución a la mortalidad materna con los datos disponibles sobre países específicos*. Ginebra, 1997.

OMS. *Complicaciones del aborto terapéutico: Directivas técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento*. Ginebra: OMS, 1995; 152 pp.

Pace, L.; Grossman D.; Chávez, S.; Távara, L.; Lara, D.; Guerrero, R. "Legal abortion in Peru: Knowledge, attitudes and practices among a group of physician leaders", *Gaceta Médica de México*, 2006; 142(3): 83-86.

Peller, A. J.; Westgate, M. N; Holmes, L. B. "Trends in congenital malformations 1974-1999: effect of prenatal diagnosis and elective termination". *Obstet. Gynecol.*, 2004; 104 (Pt 1): 957-964.

Petherson, G.; Azize, C. "Aborto ilegal seguro: Un estudio entre islas del Caribe Nororiental". Documento de trabajo publicado en la página electrónica de la organización Salud Pro Mujer. <http://saludpromujer.org.index>.

Pietro Sanchís, L. *Justicia constitucional y derechos fundamentales*. Trotta, Madrid, 2003. p. 327.

Rankin, J.; Pattenden, S.; Abramsky, L.; Boyd, P.; Jordan, H. *et al.* "Prevalence of congenital anomalies in five British regions, 1991-1999". *Arch. Dis. Chil. Fetal Neonatal Ed.*, 2005; 90(5): F374-379.

Rao, K. A.; Faundes, A. "Access to safe abortion within the limits of the law". *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20(3): 421-432.

Rigopoulos, D.; Gregorious, S.; Papparizos, V.; Katsambos, A. "AIDS in pregnancy, part I: epidemiology, testing, effects on disease progression, oportunist infections and risk of vertical transmission". *Skinmed*, 2007; 6(1): 18-23.

Rocar, M.; Medued, V.; Jovanovic, N.; Hotujac, L. "Psychological consequences of rape on women in 1995 war in Croatia and Bosnia and Herzegovina". *Croat. Med. J.*, 2006; 47: 67-75.

Rondón, M. *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, 2006; 23 pp.

Rossier, C. "Estimating induced abortion rates: a review". *Studies in Family Planning*. 34 2, 87-102. USA: Population Council, junio 2003.

Satge D., C.; Laumand M., A; Desfarges, F; Chenard M., P. "An umbilical cord teratoma in a 17 week old fetus". *Prenat. Diagn.*, 2001; 21: 284-288.

Schunmann, C.; Glasier, A. "Measuring pregnancy intention and its relationship with contraceptive use among women undergoing therapeutic abortion". *Contraception*, 2006; 73: 520-524.

Senanayake, H.; de Silva, D.; Premaratne, S.; Kulatunge, M. "Psychological reactions and strategies of Sri Lankan women carrying fetuses with lethal congenital malformations". *Ceylon Med. J.*, 2006; 51(1): 14-17.

Sipek, A.; Gregor, V.; Horaek, J.; Msatova, D. "Birth defects occurrence in the Czech Republic in 2003". *Ceska Gynecol*, 2006; 71(3): 194-199.

Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología. Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. *Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico*. Lima: SPOG / PROMSEX, 2006; 18 pp.

Strong, C. "Fetal anomalies: ethical and legal considerations in screening, detection and management". *Clin. Per.*, 2003; 30: 113-126.

Tan K., H.; Tan T., Y; Tan, J; Tan, I. *et al.* "Birth defects in Singapore 1994-2000". *Singapore Med. J.*, 2005; 46(10): 545-552.

Taracena, R. "Social actors and discourse on abortion: the Paulina case". *Reproductive Health Matters*, 2002; 10: 103-110.



Távvara, L. “¿Cómo asegurar a las mujeres el derecho a acceder a la interrupción legal del embarazo?”. *Gineceo* (Revista de la Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología), 2006; 1(1): 29-35.

Távvara, L. “La anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo”. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2006; 52(1): 40-45.

Távvara, L. “Sexual violence”. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2006; 20: 395-408.

Távvara, L.; Frisancho, O.; Sacsá, D.; Urquiza, R.; Carrasco, N.; Távvara, M. “Estado actual de la mortalidad materna en el Perú”. *Ginecología y Obstetricia*, (Perú), 1999; 45(1): 38-42.

Távvara, L.; Zegarra, T.; Zelaya, C.; Arias M., L.; Estolaza, N. “Detección de violencia basada en género en tres servicios de salud reproductiva”. *Ginecología y Obstetricia*, (Perú), 2003; 49(1): 31-38.
Trencin, F.; Staub H., L. “Anencefalia, trombose e anticuerpos anticardiolipina”. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, 2006; 52.

UNFPA. *Estado de la población mundial*. New York: UNFPA 2000; 13 pp.

UNFPA. *16 Días de activismo contra la violencia hacia las mujeres*. Lima: UNFPA 2006; 6 pp.

UNO. Department for economic and social information and policy analysis of United Nations. *World population prospects: the 2000 Revision*. New York: UNO, 2001.

Van Berlo, W.; Ensik, B. “Problems with sexuality after assault”. *Ann Rev. Sex. Res.*, 2000; 11: 235-257.

Van Keirsbilck, J.; Connie, M.; Robrechts, C.; de Ravel, T.; Dymarkowski, S.; Van den Bosch, T.; Van Schonbroeck, D. “First trimester diagnosis of sirinomia”. *Prenat. Diag.*, 2006; 26: 684-688.

Villanueva, Rocío. Sobre género, derecho y discriminación. p.14-15
Pontificia Universidad Católica del Perú y Defensoría del Pueblo.
Lima, 1999.

Ware, J. "Standards for validating health measures: definition and content". *J Chronic Dis.*, 1987; 40: 473-480.

WHO. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*.
New York: WHO, 1946.

WHO. *Unsafe Abortion: Global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2000*. Geneva: WHO, 2004. 4th. ed.

WHO. *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems*.
Geneva: WHO, 2003; 106 pp.

Rondón, M. *Salud mental y aborto terapéutico*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, 2006; 23 pp.

Wasco, S. M. "Conceptualizing the harm done by rape: application of trauma theory to experiences of sexual assault". *Trauma Violence Abuse*, 2003; 4: 309-322.

Zlotogora, J. "Parental decisions to abort or a pregnancy with an abnormal finding alter an invasive prenatal test". *Prenat Diagn.*, 2002; 22: 1102-1106.

Páginas web:

<http://www.reproline.jhu.edu/spanish.pdf>

http://www.who.int/reproductive-health/publications/unsafe_abortion_estimates_04/index.html

<http://www.popcouncil.org/publications/sfp/default.htm>

www.gire.com.mx Grupo de Información en Reproducción Elegida GIRE.

<http://hrw.org/spanish/informes/2006/wrd0106/wrd0106sp.pdf>.
Derecho Internacional de los Derechos Humanos y Aborto en América Latina. Julio 2005



*Apuntes para la acción:
El derecho de las mujeres a un aborto legal*

*Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para
la ampliación de las causales de aborto por violación y por
malformaciones congénitas incompatibles con la vida*
de Luis Távora Orozco, Sheilah Verena Jacay Munguía y María
Jennie Dador Tozzini se terminó de reimprimir en enero de
2009 por Lettera Gráfica
Lima Perú.



En el Perú se producen anualmente un promedio de 410 mil abortos, muchos de los cuales se dan en condiciones inseguras que ponen en serio peligro la vida y la salud de las mujeres más pobres, no solo por falta de acceso a servicios adecuados, sino por la ausencia de un marco legal que considere las circunstancias críticas que por lo general rodean a este tema.

En esa medida, se trata de un problema de salud pública y de derechos humanos, que debe ser atendido desde el Estado con políticas públicas que garanticen la integridad y dignidad de las mujeres, quienes resultan especialmente afectadas por esta situación, como resultado de la inequidad de género que persiste en la sociedad.

Esta publicación hace un análisis del cumplimiento del aborto terapéutico, que en estos momentos es la única forma de interrupción legal del embarazo en nuestro país, y, desde la perspectiva médica y jurídica, desarrolla argumentos para sustentar su despenalización en casos de violación sexual y de malformaciones congénitas incompatibles con la vida.

Este esfuerzo se dirige a facilitar la labor de las personas encargadas de desarrollar políticas públicas, así como de las y los profesionales y activistas que luchan por garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y varones de nuestro país.

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos

Hivos



International Women's Health Coalition



Planned Parenthood®
Federation of America, Inc.

INTERNATIONAL

