



**Convención sobre la eliminación
de todas las formas de
discriminación contra la mujer**

Distr. general
25 de noviembre de 2011
Español
Original: inglés

**Comité para la Eliminación de la Discriminación
contra la Mujer**

Comunicación N° 22/2009

**Dictamen aprobado por el Comité en su 50° período de sesiones,
celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011**

<i>Presentado por:</i>	T. P. F. (representada por el Centro de Derechos Reproductivos y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos)
<i>Presunta víctima:</i>	L. C.
<i>Estado parte:</i>	Perú
<i>Fecha de la comunicación:</i>	18 de junio de 2009 (presentación inicial)
<i>Referencias:</i>	Transmitida al Estado parte el 20 de julio de 2009 (no se distribuyó como documento)
<i>Fecha de aprobación del dictamen:</i>	17 de octubre de 2011

Anexo

Dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer a tenor del artículo 7, párrafo 3 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (50º período de sesiones)

respecto de la

Comunicación N° 22/2009*

<i>Presentada por:</i>	T. P. F. (representada por el Centro de Derechos Reproductivos y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos)
<i>Presunta víctima:</i>	L. C.
<i>Estado parte:</i>	Perú
<i>Fecha de la comunicación:</i>	18 de junio de 2009 (presentación inicial)
<i>Referencias:</i>	Transmitida al Estado parte el 20 de julio de 2009 (no se distribuyó como documento)

El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, establecido en virtud del artículo 17 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer,

Reunido el 17 de octubre de 2011,

Aprueba el siguiente:

Dictamen a tenor del artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo

1. La autora de la comunicación, de fecha 18 de junio de 2009, es T. P. F. y presenta la comunicación en nombre de su hija L. C., ciudadana peruana nacida el 2 de abril de 1993. Denuncia que su hija ha sido víctima de la vulneración por el Perú de los artículos 1; 2 c) y f), 3, 5, 12, y 16 e) de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. La autora y su hija están representadas por el Centro de

* Participaron en el examen de la presente comunicación los siguientes miembros del Comité: Sra. Ayse Feride Acar, Sra. Magalys Arocha Domínguez, Sra. Violet Tsisiga Awori, Sra. Barbara Evelyn Bailey, Sra. Olinda Bareiro Bobadilla, Sra. Meriem Belmihoub Zerdani, Sr. Niklas Bruun, Sra. Naela Mohamed Gabr, Sra. Ruth Halperin-Kaddari, Sra. Yoko Hayashi, Sra. Ismat Jahan, Sra. Soledad Murillo de la Vega, Sra. Violeta Neubauer, Sra. Silvia Pimentel, Sra. Maria Helena Lopes de Jesus Pires, Sra. Victoria Popescu, Sra. Zohra Rasekh, Sra. Patricia Schulz, Sra. Dubravka Šimonović y Sra. Zou Xiaqiao.

Derechos Reproductivos¹ y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos. La Convención entró en vigor respecto del Perú el 13 de octubre de 1982 y el Protocolo Facultativo el 10 de julio de 2001.

Los hechos expuestos por la autora

2.1 L. C. reside en el distrito de Ventanilla, provincia del Callao. Cuando tenía 11 años, J. C. R., un varón de aproximadamente 34 años, comenzó a abusar sexualmente de ella. Como consecuencia, a los 13 años quedó embarazada y, aquejada de depresión, intentó suicidarse el 31 de marzo de 2007 arrojándose desde un edificio. Trasladada al hospital público Daniel Alcides Carrión, se le diagnosticó "traumatismo vertebromedular cervical, luxación cervical y sección medular completa", con "riesgo de discapacidad permanente" y "riesgo de deterioro de la integridad cutánea resultante de la inmovilidad física".

2.2 Los daños producidos en la columna vertebral causaron, entre otros problemas médicos, una paraplejía de los miembros inferiores y superiores que requería una intervención quirúrgica urgente. El Jefe del Departamento de Neurocirugía recomendó una intervención quirúrgica para evitar que se agravara el daño sufrido y la paciente quedara inválida. En consecuencia, la intervención se programó para el 12 de abril de 2007.

2.3 El 4 de abril el hospital realizó una evaluación psicológica a L. C., durante la cual ella reveló que los abusos sexuales sufridos y el miedo a estar embarazada fueron las causas de su intento de suicidio. Al día siguiente se le realizó un examen ginecológico y se constató el embarazo. Los informes diarios del estado de salud de L. C., del 2 al 12 de abril de 2007, registran el riesgo que existía tanto de desarrollar infecciones como de no poder evitar su deterioro cutáneo debido al estado de absoluta postración y al deterioro de su movilidad física.

2.4 El día programado para la intervención quirúrgica se informó a la autora de que la operación había sido suspendida y que el médico deseaba reunirse con ella al día siguiente, 13 de abril de 2007. En dicha reunión se informó a la autora de que la cirugía había sido suspendida debido al embarazo de L. C. Asimismo, la autora señala que se diagnosticó que L. C. sufría un síndrome ansioso depresivo de grado moderado, para el que no se le proporcionó ningún tratamiento, por estar contraindicado durante el embarazo.

2.5 El 18 de abril de 2007, la autora, previa consulta con su hija, solicitó a la dirección del hospital que se practicara una interrupción legal del embarazo conforme al artículo 119 del Código Penal². En su solicitud, mencionó una conversación que había mantenido el 13 de abril de 2007 con el Jefe del Departamento de Neurocirugía, en la que este le informó de que no podía operar a L. C. porque estaba embarazada. Alegó que el embarazo ponía en peligro de manera grave y permanente la vida, la salud física y psicológica y la integridad personal de L. C., y que la intervención quirúrgica de columna no se realizaría si el embarazo continuaba³.

2.6 Ante la excesiva demora de las autoridades hospitalarias en responder a la solicitud, la autora buscó la asesoría de la organización no gubernamental Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), que el 15 de mayo de

¹ El Comité recibió una contribución de la Comisión Internacional de Juristas, en calidad de *amicus curiae*, sobre el acceso a un recurso efectivo, así como observaciones formuladas por la Health Equity and Law Clinic de la Facultad de Derecho de la Universidad de Toronto sobre el concepto de discriminación múltiple.

² Esta disposición dice lo siguiente: "No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente".

³ Una copia de la solicitud obra en el expediente.

2007 puso el caso en conocimiento de la Defensora Adjunta para los Derechos de la Mujer, de la Defensoría del Pueblo. El 30 de mayo de 2007, 42 días después de presentada la solicitud de aborto terapéutico, la Junta Médica del hospital desestimó la petición por considerar que la vida de la paciente no estaba en peligro.

2.7 La Defensora Adjunta solicitó un informe médico a la Comisión de Alto Nivel de Salud Reproductiva del Colegio Médico de Perú. Tras describir las lesiones que la menor presentaba, en un informe de fecha 7 de mayo de 2007 la Comisión indicó, entre otras cosas, que debido a la edad y la lesión neurológica de L. C. eran de prever complicaciones en el parto. La Comisión concluyó: "hay argumentos suficientes para afirmar que, de continuar el embarazo, la salud física y mental de la niña está en grave riesgo, por lo que se justificaría un aborto terapéutico si este es solicitado por la parte interesada".

2.8 El 7 de junio de 2007, cuando L. C. estaba embarazada de 16 semanas, la autora presentó un recurso de reconsideración de opinión ante la Junta Médica del hospital respecto de la interrupción de la gestación, al que se adjuntó el informe del Colegio Médico y en el que se enfatizó el grave e inminente riesgo en que se encontraba la salud de la menor, tanto física como mental, únicos requisitos establecidos por el Código Penal para permitir la interrupción legal del embarazo.

2.9 El 16 de junio de 2007, L. C. sufrió un aborto espontáneo. El 27 de junio de 2007, el director del hospital dio respuesta a la solicitud de reconsideración de la decisión de no interrumpir el embarazo presentada por la autora, señalando que "no se admite reconsideración ya que son decisiones tomadas por los diversos especialistas que evaluaron a la menor".

2.10 El 11 de julio de 2007, L. C. fue operada de sus lesiones de columna, casi tres meses y medio después de que se decidiera la necesidad de la intervención. El 31 de julio de 2007 fue dada de alta. El informe médico correspondiente señalaba que L. C. requería terapia física y rehabilitación intensiva en el Instituto Nacional de Medicina Física y Rehabilitación. Sin embargo, dicha terapia no comenzó hasta el 10 de diciembre de 2007, por lo que pasaron cuatro meses desde la operación hasta que se inició el proceso de rehabilitación física y ayuda psicológica o psiquiátrica que necesitaba.

2.11 L. C. permaneció en el Instituto Nacional de Rehabilitación durante dos meses, pero tuvo que abandonar el tratamiento por falta de medios. En la actualidad se encuentra paralizada desde el cuello para abajo y solo ha recuperado parcialmente la movilidad de las manos. Depende de una silla de ruedas para moverse y de terceros para satisfacer todas sus necesidades. Se encuentra conectada a una sonda que le deben cambiar cinco veces al día en condiciones higiénicas de esterilización total, lo que le impide acudir a un centro de enseñanza. La autora afirma que la situación de la familia es dramática. Ella no puede trabajar porque L. C. requiere cuidados constantes, y el costo de los medicamentos y el material de asistencia que necesita suponen una dura carga para la economía familiar. Los hermanos de L. C. tuvieron que abandonar sus estudios y comenzar a trabajar.

2.12 Según la autora, no existen en el Estado parte recursos administrativos para solicitar la interrupción legal de un embarazo. Tampoco existe un protocolo de atención que indique el procedimiento de solicitud de un aborto legal o que asegure la disponibilidad de ese servicio médico, recursos que serían los adecuados para reclamar el derecho y garantizar el acceso a un servicio médico esencial que solo requieren las mujeres.

2.13 El anterior Código Sanitario peruano establecía como exigencia para practicar un aborto terapéutico que este fuera realizado por un médico y contara con la opinión favorable de otros dos médicos. Sin embargo, la Ley general de salud actualmente vigente (Ley N° 26842, de 9 de julio de 1997) derogó esta norma y produjo un vacío legal, ya que no se contempla ningún procedimiento que regule el acceso al servicio médico del aborto

terapéutico. Su práctica se encuentra pues sujeta a la discrecionalidad de los funcionarios de turno.

2.14 Según la autora, no existe un mecanismo judicial adecuado que permita acudir ante los tribunales para solicitar la interrupción de un embarazo por razones terapéuticas, ni que repare de manera integral una vulneración de esa naturaleza. No existe un recurso que opere con la suficiente celeridad y eficacia para que una mujer pueda reclamar a las autoridades la garantía de su derecho a un aborto legal, dentro del período de tiempo limitado que exigen las circunstancias.

2.15 El recurso de amparo constitucional no cumple con el requisito temporal necesario para asegurar la efectividad de la acción. De acuerdo a las normas reguladoras de este procedimiento, para contar con una decisión en firme se requieren aproximadamente entre 62 y 102 días corrientes, después de que se hayan agotado las vías previas. Además, la procedencia del recurso se encuentra sujeta al agotamiento de esas vías previas, en este caso la negativa por parte del hospital de realizar la interrupción. En el caso de L. C., este término excedía el plazo para que efectivamente pudiera gozar del derecho sin arriesgar aún más su vida y su salud. Cuando recibió la primera negativa para acceder al aborto ya estaba en su 16ª semana de embarazo y cuando se resolvió el recurso habría estado en la 20ª. Acudir al recurso de amparo después de este tiempo no habría tenido sentido pues, para el momento probable en que se hubiera producido una decisión firme y ejecutable, L. C. habría estado embarazada de más de 28 semanas. Además, si bien las normas establecen un procedimiento que en teoría debería durar entre 62 y 102 días aproximadamente, la realidad es otra, pues los procesos de amparo generalmente tardan años en resolverse. En este sentido, la autora recuerda el dictamen del Comité de Derechos Humanos en el caso *K. N. L. H. c. el Perú*, relativo igualmente a la negativa de practicar un aborto terapéutico a una mujer embarazada de un feto anencefálico, en que el Comité no consideró el recurso de amparo como un recurso eficaz que debiera agotarse⁴.

La denuncia

3.1 La autora afirma que la negativa de los médicos del hospital a practicar el aborto terapéutico vulneró los derechos de L. C. a la salud, a la vida digna y a no ser discriminada en el acceso a ese tipo de atención. Se privó a L. C. de la posibilidad de volver a caminar, al retrasar injustificadamente una intervención quirúrgica que era totalmente necesaria. Las falencias del sistema de salud en el Estado parte, al no asegurar el acceso a servicios esenciales para la mujer, como el aborto, ponen en entredicho el cumplimiento de sus obligaciones a tenor de la Convención. El Estado parte ha incumplido sus obligaciones al no proveer un servicio médico legal que solo requieren las mujeres, del que dependía la salud física y mental de la víctima. Esta vulneración se acentúa dada la condición de menor de L. C., respecto de la que el Estado tiene un deber de doble protección. El Estado parte tampoco ha contemplado un recurso adecuado y efectivo en su legislación, que garantice la protección de dichos derechos.

3.2 La autora sostiene que los hechos descritos constituyen una violación de los artículos 1, 2, 3, 5, 12 y 16, párrafo 1 e), de la Convención, así como de la Recomendación general N° 24 del Comité sobre la mujer y la salud⁵.

3.3. En lo relativo al artículo 5, la autora declara que condicionar el acceso a un tratamiento médico oportuno, del que dependía el ejercicio del derecho a la salud, a la vida y a la vida en condiciones dignas, a completar un embarazo involuntario resultó en un trato discriminatorio que se basó en el estereotipo dar prioridad a la función reproductiva de

⁴ Comunicación N° 1153/2003, *K. N. L. H. c el Perú*, dictamen de 24 de octubre de 2005, párr. 5.2.

⁵ *Documentos Oficiales de la Asamblea General, quincuagésimo cuarto período de sesiones, Suplemento N° 38 (A/54/38/Rev.1), cap. I, secc. A.*

L. C. por encima de su bienestar. En cuanto al artículo 12, la autora sostiene que el embarazo de L. C. constituía una amenaza para su salud física y mental, lo que hacía procedente y necesario el aborto terapéutico. Las necesidades médicas de L. C. y la debida protección de su derecho al acceso a la salud, tanto física como mental, sin discriminación fueron totalmente ignoradas por quienes debían garantizar esos derechos. La autora afirma también que la negativa a prestar el servicio médico legal de interrupción del embarazo viola el derecho a decidir el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos que enuncia el artículo 16 e). Además, la falta de mecanismos administrativos y judiciales que protejan a la mujer contra la discriminación en la obtención de una interrupción legal del embarazo vulnera los artículos 2 c), 5 y 12 de la Convención y la Recomendación general N° 24. Por otra parte, el hecho de que el Estado no adoptara medidas legislativas, administrativas y judiciales para proteger, garantizar y asegurar el derecho de acceso a la salud en condiciones de igualdad, en el contexto del aborto terapéutico, infringe los artículos 2 f), 3, 5, 12 y 16 e) de la Convención. La falta de esas medidas se tradujo en una situación de absoluta discrecionalidad, en la que los profesionales de la salud pudieron denegar a L. C. servicios médicos oportunos de manera desproporcionada e ilegal.

3.4 Según la autora, los hechos descritos vulneraron también otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida, a la dignidad y a no ser sometido a tratos crueles, inhumanos y degradantes en el contexto del acceso a servicios médicos sin discriminación. Afirma que la injerencia de los médicos en la decisión de L. C. de interrumpir su embarazo truncó su proyecto de vida. El proceso de solicitud del aborto constituyó una barrera discrecional y arbitraria en el acceso a un servicio legal que tuvo unas consecuencias irreparables para su vida y su salud y que, a su vez, constituyó un sufrimiento equivalente a la tortura. La obligación que se le impuso de continuar con el embarazo constituyó igualmente un trato cruel e inhumano y, por tanto, una vulneración de su derecho a la integridad física, psíquica y moral. Además, la duración del daño es continua, pues repercute en su situación diaria de discapacidad, dependencia y parálisis.

3.5 Según la autora, las anteriores vulneraciones se ven agravadas en consideración a la calidad de menor de L. C. Esta no recibió, por parte de los profesionales de la salud, la atención especial que requería por su condición de mujer adolescente y, además, de persona con escasos recursos económicos.

3.6 La autora solicita que el Comité constate la existencia de una violación de los derechos que le asisten en virtud de la Convención y pida al Estado parte que adopte medidas de reparación y satisfacción, y garantías de no repetición. Además, el Comité debería instar al Estado parte a que adopte y ponga en práctica las medidas legislativas, administrativas y judiciales necesarias para proteger el derecho de la mujer a la salud sexual y reproductiva, sin discriminación alguna.

Observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad

4.1 En su presentación de 18 de septiembre de 2009, el Estado parte sostiene que la comunicación debe ser considerada inadmisibile, conforme al artículo 4, párrafo 1 del Protocolo Facultativo, por falta de agotamiento de los recursos internos.

4.2 El Estado parte señala que la presunta víctima podía haber interpuesto un recurso de amparo ante el Tribunal Constitucional. Los cuestionamientos formulados por la autora sobre la efectividad de este recurso tienen como base la predictibilidad de sucesos a futuro, pues argumentan que los plazos para contar con una decisión firme varían entre 62 y 102 días (de acuerdo al cómputo que ella realiza *motu proprio*, basándose en las reglas de procedimiento del Código Procesal Constitucional). Sin embargo, la autora no tiene en cuenta que, si bien es cierto que existen una primera y una segunda instancia antes de que el caso pueda ser sometido al Tribunal Constitucional, si este es resuelto en dichas instancias a favor del recurrente, dicho pronunciamiento es firme. En consecuencia, de haberse

interpuesto el recurso de amparo, este podría haber finalizado con un pronunciamiento del juez de primera instancia. Además, con arreglo al artículo 53 del Código Procesal Constitucional, la sentencia debe dictarse en la misma audiencia o, excepcionalmente, en un plazo que no excederá de cinco días después de concluida esta. De haber apelación, la sentencia relativa a la misma debe dictarse dentro de los cinco días posteriores a la vista de la causa.

4.3 El Estado parte invoca igualmente el artículo 46 del Código Procesal Constitucional, con arreglo al cual existen excepciones al agotamiento de las vías previas a la hora de interponer el recurso de amparo. Dichas excepciones operan cuando, por el agotamiento de la vía previa, el daño pudiera convertirse en irreparable, o si la vía previa no se encuentra regulada o ha sido iniciada innecesariamente por el afectado. Además, el artículo 45 señala que, en caso de duda sobre el agotamiento de la vía previa, se preferirá dar trámite a la demanda de amparo.

4.4 Por último, el Estado parte señala que, en aplicación del artículo 1969 del Código Civil, la autora podía haber iniciado un proceso judicial para solicitar una indemnización por daños y perjuicios, alegando que la presunta víctima no había recibido tratamiento médico en el momento oportuno.

Comentarios de la autora a las observaciones del Estado parte sobre la admisibilidad

5.1 En sus comentarios de 1º de febrero de 2010, la autora alude a la jurisprudencia internacional en materia de agotamiento de recursos internos y sostiene que, conforme a la misma, la efectividad de un recurso descansa en que este se adapte a la situación de vulnerabilidad de la víctima, las circunstancias del caso determinado y el objetivo a resolver según el derecho vulnerado.

5.2 Conforme a su regulación en el artículo 53 del Código Procesal Constitucional, la tramitación del recurso de amparo no debería exceder de diez días hábiles a contar desde la admisión de la demanda. Sin embargo, hay varios problemas procesales que minan la vocación de celeridad de este procedimiento. En primer lugar, el Código no establece qué plazo tiene el juez para admitir la demanda. Por lo tanto, dicho plazo queda sujeto a la importancia que el juez subjetivamente atribuya al caso, además de la carga procesal a que se enfrente. En segundo lugar, en el momento en que ocurrieron los hechos el sistema de notificación existente funcionaba mediante la designación de un individuo o institución de carácter privado para que realizara la entrega personal de todo auto judicial. Este sistema resultaba muy problemático, lo que motivó que el Estado adoptara un programa de reformas a partir de 2008 para agilizar la notificación. Con ello se han logrado ciertos avances aunque, en términos generales, el problema persiste. En tercer lugar, el artículo 53 prevé la posibilidad de que se celebre una audiencia oral, pero no establece un plazo para solicitar dicha audiencia, ni para que el juez la conceda, ni para que este la programe por su propia iniciativa.

5.3 Según la autora, entre mayo de 2003 y agosto de 2008 solo seis recursos de amparo en materia de protección del derecho a la salud fueron revisados por el Tribunal Constitucional. El caso que menos tardó en resolverse en primera instancia llevó 2 meses y 16 días y el que más, 1 año. En función de estos antecedentes, cabía esperar un mínimo de 2 meses para obtener una decisión de primera instancia. Cuando L. C. obtiene finalmente una respuesta por parte del hospital negando la interrupción del embarazo, ya habían transcurrido 56 días desde su intento de suicidio. Una espera de otros 60 a 90 días para obtener una decisión judicial que obligara al hospital a realizar la interrupción del embarazo y la subsecuente operación de columna no hubiera hecho sino empeorar más su cuadro clínico y no hubiera tenido efecto alguno en prevenir o reparar el daño ya ocasionado. Después del aborto espontáneo de L. C. (16 de junio de 2007), el hospital no programó la

cirugía hasta casi un mes más tarde (11 de julio de 2007). Para entonces la violación del derecho a que se le practicase la operación había cesado pero el daño ya era irreparable. Por ello, tenía aún menos sentido acudir a una acción de amparo, pues la demanda hubiera sido correctamente declarada improcedente. La autora concluye que el recurso de amparo no es, por consiguiente, un recurso efectivo frente a este tipo de casos.

5.4 La autora señala igualmente que las vías previas utilizadas en el presente caso, es decir el trámite administrativo interno ante el hospital y la queja ante la Defensoría de los Derechos de la Mujer, tampoco constituyen un mecanismo idóneo, pues no están reglamentadas como un proceso administrativo dirigido a tramitar, en el marco del debido proceso, las solicitudes de interrupción legal del embarazo.

5.5 En el caso *K. N. L. H. c. el Perú*⁶, el Comité de Derechos Humanos pidió al Estado parte que tomara medidas para que los hechos no se repitieran. Según la autora, parte de esas medidas deben incluir tanto la publicación de directrices para la interrupción legal del embarazo en los casos establecidos en la ley como el establecimiento de un remedio judicial efectivo en caso de que dichas directrices no se cumplan satisfactoriamente. El Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer manifestó en sus observaciones finales de 2007 al Perú su preocupación por la falta de medidas de aplicación de las recomendaciones formuladas por el Comité de Derechos Humanos en aquel caso (CEDAW/C/PER/CO/6, párr. 24). Dichas medidas siguen siendo inexistentes.

5.6 La autora cita igualmente la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 20 de marzo de 2007, en el caso *Tysiac v. Poland*⁷. El Tribunal determinó que había habido violación del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales en la tramitación de la decisión relativa a un aborto terapéutico y señaló que, una vez que el legislador decide permitir el aborto, no debe obstruir su marco legal de manera que se limite el curso a esa posibilidad. El Tribunal agregó que las disputas debían ser dirimidas por un órgano independiente, con respeto a las garantías de ser escuchado, y contar con una decisión sustentada por escrito y expedita, ya que el factor tiempo era crucial.

5.7 En el Perú no existe un procedimiento administrativo ni judicial que hubiera garantizado a L. C. el derecho a ser escuchada, permitiéndole manifestar su voluntad y establecer si deseaba o no interrumpir su embarazo, el derecho a obtener una respuesta pronta y objetiva y la posibilidad de acceder a un recurso judicial que garantizara la ejecución del deber de prestar los servicios médicos que necesitaba.

5.8 Con respecto a la acción civil de indemnización por daños y perjuicios, evocada por el Estado, esta no puede considerarse un remedio adecuado, ya que no se puede reparar el daño a la salud de que L. C. ha sido objeto. Además, es de carácter retroactivo, por lo que no se hubiera conseguido el objetivo de que L. C. obtuviera la interrupción de su embarazo y la operación de columna.

Observaciones del Estado parte sobre el fondo

6.1 Con fecha 20 de enero de 2010, el Estado parte presentó observaciones sobre el fondo de la comunicación en las que afirma que, en el caso presente, no se han vulnerado ninguna de las disposiciones de la Convención alegadas.

6.2 El Estado parte recuerda que el aborto está penalizado en el ordenamiento jurídico peruano. Únicamente como excepción, no es punible en el caso de que concurren los supuestos establecidos en el artículo 119 del Código Penal para el aborto terapéutico.

⁶ Véase la nota 4.

⁷ *Tysiac v. Poland* (demanda N° 5410/03), fallo de 20 de marzo de 2007.

6.3 El Estado parte considera que el artículo 1 de la Convención contiene únicamente la definición de discriminación, pero no un derecho en sí mismo. Los artículos 2, 3, 5, 12 y 16 son alegados en tanto el Estado no habría garantizado un acceso oportuno y sin discriminación a los servicios de salud en la forma de una interrupción legal del embarazo y una intervención quirúrgica en la columna para lograr la debida rehabilitación de L. C.

6.4 De los documentos puestos a disposición por el Ministerio de Salud se infiere que, desde su traslado al hospital el 31 de marzo de 2007, L. C. recibió atención médica inmediata y se le practicaron diversos exámenes médicos, incluidos los de psiquiatría y neuropsicología. La gravedad de su estado de salud está directamente relacionada con el acto que ella misma realizó (el intento de suicidio) y no con los efectos fisiológicos que la gestación pudo haber tenido en ella.

6.5 L. C. llegó con paraplejía al hospital debido a la caída que sufrió, por lo que no es exacto señalar que su estado de salud haya empeorado necesariamente por no haberle practicado el aborto. Es más, según lo indicado por las autoridades médicas, L. C. no podía ser sometida a la operación quirúrgica de la columna hasta que no hubiese mejorado la herida colindante a la zona de la incisión quirúrgica.

6.6 La situación de L. C. fue objeto de evaluación en tres oportunidades por parte de la Junta Médica del hospital (24 de abril, 7 de mayo y 19 de mayo de 2007), por lo que no hubo desinterés o falta de atención⁸. En dichas ocasiones se recomendaron evaluaciones psiquiátricas y neuropsicológicas y el neurocirujano consideró que la intervención quirúrgica debía realizarse cuando mejorara la herida occipitocervical, por ser la zona en la que se efectuaría la incisión quirúrgica.

6.7 En la tercera Junta Médica, celebrada el 19 de mayo de 2007, se afirmó lo siguiente: "La operación requerida por la paciente no es de emergencia, es electiva (...). La luxofractura C6 y C7 no puede ser sometida a la estabilización quirúrgica planificada por cuanto persiste el proceso infeccioso en el área colindante a la zona de incisión quirúrgica. (...) El Departamento de Obstetricia y Ginecología sostiene que, a pesar de que se trata de un embarazo de alto riesgo, el estado actual de la paciente es de evolución estacionaria en el aspecto neurológico y favorable en el aspecto psicológico. (...) Ajustándonos a las normas legales vigentes, opinamos por mayoría que no procede la interrupción del embarazo". Dicha decisión fue comunicada a la madre de L. C., que había solicitado la interrupción del embarazo. Esta solicitó una reconsideración, a la que se respondió en el mismo sentido. Por tanto, sí tuvo la posibilidad de recurrir a las autoridades competentes para hacer valer su solicitud, independientemente de que esta no haya tenido para ella el resultado esperado.

6.8 Respecto al derecho a decidir el número de hijos y su espaciamiento, ello debe evaluarse a partir de los programas y métodos de planificación familiar existentes y ofrecidos por el Estado. Sin embargo, en el presente caso lo que la autora pretende es vincular este derecho a la realización del aborto terapéutico, lo que el Estado parte no acepta. El aborto es ilegal como regla general y solo se permite por vía de excepción en los casos de aborto terapéutico, por lo que es preciso tener en cuenta la legislación interna. La concurrencia de los supuestos de aborto terapéutico no la determina unilateralmente la gestante sino los médicos, como efectivamente ocurrió en este caso por considerar que no representaba un riesgo para L. C. y, a partir de ello, deducir que su estado de salud no mejoraría ni empeoraría si se realizara el aborto. En cuanto al aborto legal se refiere, al no

⁸ El Estado parte adjuntó copia de los informes de la Junta Médica. Según el primero, de 24 de abril de 2007, los médicos opinan respecto al embarazo que "por el diagnóstico de la paciente, la edad, los procedimientos invasivos de enfermería, la postración en cama, se califica como embarazo de alto riesgo, lo que eleva la morbilidad materna, riesgo que pudiera disminuirse con un adecuado tratamiento médico multidisciplinario". El informe señala igualmente que no se podía garantizar que el bebé no presentara secuelas como consecuencia de la intervención quirúrgica sobre la columna.

mediar una decisión que dependa exclusivamente de la gestante, no se configuraría estrictamente hablando la vulneración de un "derecho" ya que no tiene vinculación con la autonomía reproductiva. Asimismo, no sería posible atribuir el hecho de no acceder al aborto terapéutico a la supuesta existencia de un determinado estereotipo contra las mujeres.

6.9 Según el Equipo Técnico de la Dirección General de Promoción de la Salud del Ministerio de Salud, en el presente caso es importante considerar el entorno familiar, los riesgos a los que L. C. estuvo expuesta desde los 11 años (edad en que comenzaron los abusos sexuales), y la forma en que ello perjudicó gravemente su salud psíquica y física. Estos elementos constituyen un punto de partida para nuevas iniciativas de intervención sobre poblaciones en riesgo.

6.10 El Ministerio de Salud cuenta con Módulos de Atención Integral al Maltrato Infantil a nivel nacional que permiten atender a niños y familias afectados por situaciones de violencia, incluida la violencia sexual. La búsqueda oportuna de apoyo por parte de la familia hubiera permitido proporcionar un tratamiento que, en alguna medida, habría contribuido a desarrollar y fortalecer en la niña habilidades sociales y competencias emocionales como factores protectores frente al abuso sexual y otras formas de maltrato, así como disminuir los efectos negativos de la violencia sufrida y controlar terapéuticamente los pensamientos suicidas.

6.11 El Estado parte menciona varios programas elaborados por el Ministerio de Salud para luchar contra la violencia de género. Por último, con respecto a la alegada vulneración de la Recomendación general N° 24, señala que no es posible pronunciarse, en el marco de los procedimientos de comunicaciones individuales, sobre una vulneración o incumplimiento directo de las recomendaciones generales formuladas por el Comité.

Comentarios de la autora a las observaciones del Estado parte sobre el fondo

7.1 En sus comentarios de 15 de abril de 2010, la autora expresa su rechazo a los comentarios del Estado parte que apuntan a atribuir la responsabilidad a L. C. y su familia por no haber buscado el apoyo que hubiera permitido realizar un tratamiento frente al abuso sexual de que fue objeto. La autora no ha atribuido responsabilidad al Estado por el abuso sexual ni por la lesión de L. C. a consecuencia de su intento de suicidio. Además, dichos comentarios comportan un riesgo de discriminación por razón de género.

7.2 En opinión de la autora, esperar que una niña hubiera podido sobreponerse al trauma emocional que tenía y buscar ayuda es victimizarla doblemente. Crear en una menor ideas de culpabilidad por hechos que se escapan totalmente a su control, tal como haber sido objeto de abusos sexuales, y, consecuentemente, sufrir un desequilibrio mental que se agravó cuando supo que estaba embarazada, es cruel. Además, revela una actitud discriminatoria que responde al estereotipo de género que tiende a culpar a las mujeres que han sido víctimas de violencia por las consecuencias de tales hechos.

Causas de la denegación de la cirugía de columna

7.3 La autora recuerda que L. C. fue hospitalizada el 31 de marzo de 2007. Al día siguiente se le diagnosticó un "riesgo de discapacidad permanente", así como un "riesgo de deterioro de la integridad cutánea resultante de la inmovilidad física". Como consecuencia, se programó una cirugía para el 12 de abril de 2007. El 5 de abril de 2007 se constató su embarazo, así como la existencia de amenaza de aborto. Los informes diarios de su evolución, del 2 al 11 de abril de 2007, registran incesantemente el riesgo que existía, tanto de desarrollar infecciones como de poner en peligro su integridad cutánea, debido al estado

de absoluta postración en que se encontraba, así como el deterioro de su movilidad física⁹. Hasta el 12 de abril, fecha en que la operación debió ser realizada, el hospital no registró que L. C. estuviera sufriendo ningún tipo de infección, ni que hubiera ninguna circunstancia que impidiera la realización de la intervención. El mismo día 12 de abril se comunicó a la autora el aplazamiento de la operación y al día siguiente fue informada de que la razón era el estado de gestación. En la nota de evolución de 12 de abril se señala claramente que la única causa del aplazamiento fue la prevención de daño al feto. En los siguientes cinco días los informes sobre el estado de salud señalan ya no un riesgo sino el deterioro de la integridad cutánea y de la movilidad de L. C., así como su estado de ansiedad. En los días siguientes al 18 de abril de 2007, fecha en que la autora solicitó la interrupción del embarazo, los informes médicos continuaron registrando la misma sintomatología. Por último, el 23 de abril aparece en su evaluación médica la presencia de una úlcera con piel infectada en la zona occipital.

7.4 Frente a los hechos descritos, la autora rechaza la afirmación del Estado de que fue la infección cutánea lo que motivó postergar la cirugía. Rechaza igualmente la afirmación de que la cirugía no tenía carácter urgente sino electivo. La inmediatez de una cirugía de este tipo brinda al paciente una mayor capacidad de recuperación. Los médicos eran conscientes de ello, pero solo se interesaron por tales hechos el 23 de mayo, cuando el hospital expidió un informe en el que reconocía que la intervención era "indispensable para poder iniciar la terapia de rehabilitación y no llegar a consolidación viciosa, así como evitar infecciones por hospitalización prolongada"¹⁰. Las infecciones no se hubieran producido si la cirugía y la recuperación se hubiesen realizado a tiempo. En consecuencia, ha quedado demostrado que se privó a L. C. de recibir los servicios médicos que requería con absoluta prontitud.

Denegación del aborto terapéutico como servicio médico necesario para evitar un daño grave y permanente

7.5 Las posibilidades de que la intervención médica produjera un daño en el feto fueron antepuestas a las posibilidades de rehabilitación de L. C. Esto quedó confirmado por el motivo expreso consignado en el registro médico donde se ordena cancelar la cirugía y en los informes de las Juntas Médicas donde lo que se debía debatir era si el forzar la continuación del embarazo podía acarrear un grave y permanente daño a la salud de L. C. En la primera Junta se recomendó el aplazamiento para el segundo trimestre de gestación, cuando el feto correría menos peligro, a pesar de que se reconocía que el embarazo era de alto riesgo.

7.6 Se obvió totalmente la salud mental de L. C. en la evaluación de la procedencia del aborto terapéutico. En ninguna de las evaluaciones médicas relativas a su estado de salud mental se exploraron las consecuencias que ocasionaría forzar a L. C. a llevar a término el embarazo y convertirse en madre. El 16 de mayo de 2007 se llevó a cabo una evaluación psicológica. Solo un breve párrafo del informe correspondiente hace referencia a los problemas psicológicos que el embarazo ocasionaba en L. C., al afirmar que "cuando se toca el tema del embarazo se desestabiliza, rechaza su embarazo argumentando que ella no lo podría criar porque es consciente de su invalidez y que su mamá es mayor para hacerse cargo de su hijo". El informe, en lugar de explorar si se producirían daños graves y permanentes en la psique de L. C. si se le forzaba a continuar con el embarazo, se limita a prescribir técnicas de relajación y "reprogramación de pensamientos y creencias más saludables". Conclusiones similares cabe obtener del informe de la tercera reunión de la

⁹ En el expediente obran copias de estos informes. El informe de 11 de abril de 2007 indica un "deterioro de la integridad cutánea" mientras que el de 12 de abril de 2007 habla de una "alteración de la integridad cutánea".

¹⁰ En el expediente obra una copia de este informe.

Junta Médica. La autora recuerda que la salud mental es una parte esencial del derecho a la salud, como ha reconocido el propio Tribunal Constitucional peruano. Insiste en que L. C. tenía derecho a un aborto terapéutico sobre la base de los daños graves y permanentes en su salud mental que hubiera acarreado forzarla a llevar a término un embarazo producto de una violación que la desequilibró hasta el punto de intentar el suicidio.

Consecuencias jurídicas de denegar la prestación de servicios de salud esenciales

7.7 L. C. fue víctima de exclusiones y restricciones en el acceso a los servicios de salud basadas en un estereotipo de género que entiende el ejercicio de la capacidad reproductora de la mujer como un deber en vez de un derecho. Al haber incumplido el deber legal de prestar servicios de salud a L. C. (incluido el servicio de salud reproductiva), y haberlo hecho por motivos discriminatorios derivados de su condición de mujer, al considerar su capacidad reproductiva de mayor relevancia que sus derechos humanos, el Estado parte violó los artículos 1 y 12 de la Convención.

7.8 La autora recuerda el dictamen del Comité de Derechos Humanos en el caso *K. N. L. H. c. el Perú* en el que aquél concluyó que existía una violación del artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Ausencia de recursos efectivos para exigir la interrupción legal del embarazo

7.9 El director del hospital, en el oficio por el que convoca la primera Junta Médica, no preguntó a esta si la continuación del embarazo causaría daños graves y permanentes en la salud de L. C., sino más bien: a) si se podía llevar a cabo la cirugía de columna sin poner en peligro la vida del concebido; b) si la gestación de la paciente con dicho diagnóstico médico ponía en riesgo la vida de la madre, y c) si el concebido podía, en estas condiciones, nacer con un mal grave o permanente. Ahora bien, de la solicitud de la autora y del artículo 119 del Código Penal se desprende que la solicitud de aborto estaba vinculada a los daños graves y permanentes que la continuación del embarazo implicaba. Las preguntas, sin embargo, centraban la discusión en los daños al feto, lo que aseguraba una opinión que era prácticamente sabida de antemano y no veía la necesidad de realizar un aborto terapéutico. Nadie señaló cuáles serían las consecuencias de seguir posponiendo la cirugía de columna en las posibilidades de recuperación de L. C., ni los daños a su salud mental. Solo la tercera reunión de la Junta Médica, celebrada el 19 de mayo de 2007, se convocó con el objeto de determinar si, dadas las condiciones médicas de L. C., ameritaba la interrupción del embarazo. Sin embargo, no se explicita que dicha solicitud debía ser evaluada a la luz de los daños en la salud física y mental de L. C. que la postergación indefinida de la cirugía y la imposición de la maternidad tendrían. Finalmente, a pesar de no haber examinado las causales bajo las que se solicitaba el aborto terapéutico, la Junta determinó que no procedía la interrupción del embarazo. Esta decisión no fue comunicada a la autora hasta 11 días más tarde, es decir, 42 días después de presentada su solicitud.

7.10 La autora reitera sus argumentos respecto a la falta de recursos judiciales y administrativos eficaces para tramitar las solicitudes de interrupción del embarazo en el Estado parte. Esto es relevante no solo como causal de admisibilidad en el presente caso sino como motivo de violación de los artículos 2 c) y f), 3 y 5 de la Convención.

7.11 En el Perú no existen regulaciones legislativas ni reglamentarias de acceso al aborto terapéutico, lo que tiene como consecuencia que cada hospital determine arbitrariamente qué tipo de requisitos son necesarios, bajo qué procedimientos se llegan a determinar supuestos de hecho que dan lugar al mismo, los plazos para tomar la decisión y el nivel de importancia que se otorga a la opinión de la mujer embarazada respecto a los riesgos para su salud que está dispuesta a soportar. La autora recuerda la Recomendación general N° 24 del Comité, según la cual la negativa de un Estado parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta

discriminatoria (párr. 11), y el Estado está obligado a establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales para hacer frente a dicha discriminación (párr. 13).

7.12 La falta de medidas legislativas y administrativas que regulen el acceso al aborto terapéutico condena a las mujeres a una inseguridad jurídica en la medida en que el respeto y la protección de sus derechos están completamente a merced de los prejuicios y los estereotipos de género, como quedó patente en el presente caso. El patrón sociocultural basado en una función estereotipada de la mujer y su capacidad reproductiva guió la decisión médica de la que dependía la integridad física y psíquica de L. C., discriminándola al ponerla en un nivel de desigualdad frente a los hombres respecto del disfrute de sus derechos humanos. La conducta omisiva y negligente del Estado en la regulación del acceso al aborto terapéutico creó las condiciones para que agentes del Estado discriminaran a L. C. y le impidieran acceder a los tratamientos médicos que requería, lo que constituye igualmente una violación de los artículos 1 y 12 de la Convención.

Ignorancia del derecho a decidir y controlar la capacidad reproductiva en casos de aborto terapéutico

7.13 La opinión y la voluntad de la mujer respecto a la continuación del embarazo es fundamental pues, aunque los diagnósticos médicos sean los que den los elementos técnicos para saber si el embarazo es incompatible de alguna forma con la salud de la mujer embarazada, la determinación de la gravedad del daño que la continuación del mismo pueda causar tiene un componente subjetivo que no puede ser ignorado y que representa el nivel de riesgo que la mujer está dispuesta a soportar en su salud. Además, como en cualquier otro evento en que el Estado interviene en una decisión personal, dicha intervención debe ser legal y estar reglamentada de forma que, con las garantías previstas en la ley, la persona afectada tenga la oportunidad de ser escuchada. La falta de dichas garantías representa una violación al derecho a no sufrir injerencias arbitrarias en las decisiones que, en general, atañen a la intimidad y la autonomía del ser humano.

7.14 En el presente caso, se produjo una injerencia ilegítima e irracional en la decisión de L. C. de poner término a su embarazo. **La falta de regulación del acceso al aborto terapéutico sometió a L. C. a la arbitrariedad de los agentes del Estado, lo que constituyó una violación de su derecho a decidir libre y responsablemente el número de hijos que deseaba tener. Dicha injerencia es, por tanto, violatoria de las obligaciones del Estado parte en relación con el artículo 16, párrafo 1 e), de la Convención.**

Relevancia de las recomendaciones generales emitidas por el Comité

7.15 Las recomendaciones generales emitidas por el Comité constituyen la interpretación autorizada de la Convención y las obligaciones que de ella se derivan para los Estados, siendo así la mejor herramienta que tienen estos para guiar el cumplimiento de la misma. Es entonces natural que, cuando se presenta una comunicación por violaciones de las obligaciones de los Estados en virtud de la Convención, los estándares de cumplimiento con que se evalúe la conducta del Estado incluyan no solo el texto de la Convención, sino las interpretaciones de sus disposiciones hechas por el Comité encargado de su supervisión. Es por esta razón que la autora se refiere a las recomendaciones generales, pues constituyen un criterio de evaluación del cumplimiento que los Estados, y en este caso el Perú, han dado a la Convención.

7.16 En base a lo anterior la autora solicita al Comité que declare la violación de los artículos de la Convención aludidos; que pida que se establezcan las medidas de reparación, satisfacción y garantías de no repetición; que inste al Estado a adoptar y poner en práctica las medidas legislativas, administrativas y judiciales necesarias para garantizar la obligación de asegurar el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres sin discriminación; que, en su oportunidad, se responsabilice a los agentes del Estado.

7.17 El 31 de marzo de 2011, la autora transmitió al Comité una opinión jurídica elaborada por la organización no gubernamental Comisión Internacional de Juristas, en la que se abordan temas relacionados con la obligación de los Estados partes, en virtud de la Convención y las normas internacionales de derechos humanos en general, de proporcionar un recurso efectivo y una reparación, en particular en relación con el disfrute por las mujeres, en condiciones de igualdad, del derecho a la vida, a la salud y a no ser sometidas a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. La opinión recuerda la jurisprudencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en los casos *Tysiac v. Poland* y *A. B. y C. v. Ireland*, en los que el Tribunal concluyó que los Estados deben establecer un procedimiento eficaz y accesible que permita el acceso de las mujeres a un aborto legal. En ausencia de dicho procedimiento, la opinión concluye que no se puede oponer a la autora, en el caso presente, la falta de agotamiento de los recursos internos.

Deliberaciones del Comité

Examen de la admisibilidad

8.1 El Comité examinó la admisibilidad de la comunicación, de conformidad con los artículos 64 y 66 de su reglamento. Con arreglo al artículo 4, párrafo 2, del Protocolo Facultativo, el Comité se ha cerciorado de que el mismo asunto no ha sido ni está siendo examinado con arreglo a ningún otro procedimiento de investigación o solución internacional.

8.2 El Estado parte sostiene que la comunicación debe ser considerada inadmisibles, conforme al artículo 4, párrafo 1, del Protocolo Facultativo, por falta de agotamiento de los recursos internos. Señala en particular que la autora no interpuso un recurso de amparo y se muestra en desacuerdo con la opinión de esta de que los plazos para resolver dicho recurso no se adaptan a la necesidad de actuar con la máxima celeridad que la situación de L. C. requería. Afirma que el caso podía haberse resuelto en primera instancia, que en este tipo de procesos la sentencia debe expedirse en la misma audiencia o, excepcionalmente, en los cinco días siguientes a esta, y que existen excepciones al requisito de agotamiento de la vía previa, por ejemplo en caso de daño irreparable. El Estado parte señala igualmente que la autora podía haber iniciado un proceso judicial para solicitar una indemnización por daños y perjuicios.

8.3 Frente a los argumentos señalados, la autora afirma que no existe en el Estado parte un procedimiento administrativo o judicial que hubiera permitido a L. C. gozar de su derecho a recibir los cuidados médicos urgentes que su estado requería. En relación con el recurso de amparo, existen varios problemas procesales que minan la vocación de celeridad de este procedimiento, a saber, que no existen plazos legales para que el juez admita la demanda ni para la celebración de audiencia oral, que el sistema de notificación en el ámbito judicial es defectuoso en el Estado parte y que no existen precedentes de casos similares que hayan sido resueltos prontamente mediante este recurso. Afirma igualmente que, cuando L. C. obtuvo una respuesta del hospital negando la interrupción del embarazo, ya habían transcurrido 56 días desde el intento de suicidio y que la espera suplementaria para obtener una decisión judicial que obligara al hospital a realizar la interrupción del embarazo habría tenido como consecuencia empeorar su cuadro clínico. La autora rechaza que una acción civil pueda ser considerada como un remedio adecuado.

8.4 El Comité considera que, dada la gravedad del estado de salud de L. C., las vías seguidas por la autora, a saber, el agotamiento de los trámites ante las autoridades hospitalarias, eran las procedentes conforme a la legislación interna. Asimismo, observa los siguientes hechos indiscutidos: L. C. fue hospitalizada el 31 de marzo de 2007; el Jefe del Departamento de Neurocirugía recomendó una intervención quirúrgica, que se programó para el 12 de abril de 2007; en la fecha prevista la intervención fue cancelada; el 13 de abril

de 2007, el Jefe del Departamento de Neurocirugía comunicó a la autora que no podía operarse a L. C. en razón de su embarazo, y el 18 de abril de 2007, la autora envió una solicitud por escrito a las autoridades médicas para que se interrumpiera el embarazo. La Junta Médica del hospital no tomó una decisión sobre la solicitud hasta el 30 de mayo de 2007. El 7 de junio de 2007, la autora, basándose en un informe del Colegio Médico del Perú de fecha 7 de mayo de 2007, según el cual la continuación del embarazo acarrearía graves riesgos para la salud de L. C., presentó un recurso ante las autoridades del hospital para que reconsideraran su decisión. No se tomó una decisión al respecto hasta el 27 de junio de 2007, siendo así que L. C. había abortado espontáneamente el 16 del mismo mes de junio. En la decisión se indicaba que era inapelable. El Comité entiende que el procedimiento fue demasiado largo e insatisfactorio. Además, no considera razonable exigir a la autora que acudiera ante las autoridades judiciales para intentar un procedimiento cuya duración era impredecible. El carácter impredecible se aprecia no solo por la vaguedad de la propia ley en cuanto a los plazos que establece en materia de recurso de amparo, sino también por el hecho de que la celeridad del mismo no puede demostrarse en base a precedentes jurisprudenciales, según ponen en evidencia las informaciones proporcionadas por las partes¹¹. El Comité considera que la víctima no tuvo a su disposición ningún procedimiento legal adecuado que le diera acceso a una decisión preventiva, independiente y ejecutoria. En consecuencia, concluye que la excepción al agotamiento de los recursos de la jurisdicción interna prevista en el artículo 4, párrafo 1, del Protocolo Facultativo, relativa a la improbabilidad de que el recurso de amparo brindara un remedio efectivo a la víctima, es aplicable en el presente caso. De manera similar, el Comité considera que una acción civil de indemnización por daños y perjuicios tampoco es un recurso susceptible de brindar un remedio efectivo a la autora, pues en ningún caso hubiera podido prevenir ni reparar el perjuicio irreparable causado a la salud de L. C.

8.5 No existiendo otros obstáculos a la admisibilidad, el Comité considera la comunicación admisible y procede a examinarla en cuanto al fondo.

Examen del fondo

8.6 El Comité ha examinado la presente comunicación teniendo en cuenta toda la información proporcionada por las partes, de conformidad con el artículo 7, párrafo 1, del Protocolo Facultativo.

8.7 El Comité recuerda que L. C. quedó embarazada a los 13 años de edad de resultas de repetidos abusos sexuales y que más tarde trató de suicidarse en el Estado parte, donde la ley no autoriza el aborto por causa de violación o abuso sexual. El Comité debe decidir si la negativa del hospital a realizar el aborto terapéutico a L. C. previsto en el artículo 119 del Código Penal y la programación tardía de su operación de columna dieron lugar a una violación de sus derechos a tenor de la Convención. La autora invoca, en particular, los artículos 1, 2 c) y f), 3, 5, 12 y 16, párrafo 1 e), de la Convención.

8.8 El Comité toma nota de la observación del Estado parte en el sentido de que la razón del retraso de la operación de columna no fue el embarazo, sino la existencia de una infección en la zona donde debía efectuarse la incisión quirúrgica, como se desprende de los informes de evaluación realizados por las tres Juntas Médicas, la primera de las cuales tuvo lugar el 24 de abril de 2007. Sin embargo, el Comité toma nota igualmente de la afirmación de la autora de que la operación había sido inicialmente prevista el 12 de abril de 2007, que al día siguiente se le informó de que la razón del aplazamiento era la prevención del daño al feto y que la presencia de una infección se señaló por primera vez el 23 de abril de 2007. El Comité considera que el Estado parte no ha rebatido las alegaciones de la autora, por lo que parte de la premisa de que existe una relación directa entre el retraso

¹¹ Véase el párrafo 5.3 *supra*.

de la operación quirúrgica, cuya necesidad no puede ser puesta en duda, y el embarazo de L. C.

8.9 El Comité examinará si los hechos alegados constituyen una violación de los derechos de L. C. con arreglo a los artículos 1, 2 c) y f), 3, 5, 12 y 16, párrafo 1 e), de la Convención.

8.10 La autora alega que los hechos configuran una violación del artículo 12, porque la continuación del embarazo constituía una amenaza para la salud física y mental de L. C. Alega igualmente una violación del artículo 5, porque se condicionó el acceso oportuno a un tratamiento médico necesario a completar un embarazo involuntario, lo que responde al estereotipo de anteponer la función reproductiva de L. C. a su derecho a la salud, la vida y la vida en condiciones dignas. También habría resultado violado el artículo 16, párrafo 1e), porque se le privó de su derecho a decidir el número de hijos.

8.11 El Comité recuerda las obligaciones que incumben al Estado parte con arreglo al artículo 12, según el cual ha de adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, el acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. Recuerda también su Recomendación general N° 24, que, en su condición de instrumento interpretativo autorizado en relación con el artículo 12, establece que "la negativa de un Estado parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria" (párr. 11). La recomendación señala igualmente que "el deber de los Estados partes de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a los servicios de atención médica, la información y la educación, entraña la obligación de respetar y proteger los derechos de la mujer en materia de atención médica y velar por su ejercicio. Los Estados partes han de garantizar el cumplimiento de esas tres obligaciones en su legislación, sus medidas ejecutivas y sus políticas. Además los Estados partes deben establecer un sistema que garantice la eficacia de las medidas judiciales. El hecho de no hacerlo constituirá una violación del artículo 12" (párr. 13).

8.12 El Comité observa que, al día siguiente de su ingreso en el hospital, a L. C. se le diagnosticó un riesgo de discapacidad permanente y un deterioro de la integridad cutánea debido a la inmovilidad física. En consecuencia, los médicos programaron la intervención quirúrgica de columna para el 12 de abril de 2007. En esta fecha las autoridades hospitalarias informaron a la autora de que la intervención había sido aplazada, y al día siguiente le comunicaron verbalmente que la razón era el posible peligro para el feto. Hasta el 12 de abril de 2007 el hospital no informó de que L. C. sufría una infección ni de ninguna otra circunstancia que impidiera la intervención. En los días posteriores su estado de salud se agravó, deteriorándose su integridad cutánea, movilidad y estado de ansiedad, hasta que el 23 de abril de 2007 se constató la presencia de una úlcera, con infección de la piel. De la información contenida en el expediente resulta incuestionable que la intervención quirúrgica era necesaria; que la misma debía realizarse cuanto antes, como demuestra el hecho de que su realización se había programado inicialmente para pocos días después del ingreso de L. C. en el hospital; que con posterioridad al 12 de abril de 2007 surgieron complicaciones en su estado de salud que motivaron el retraso de la operación, la cual no se efectuó hasta el 11 de julio de 2007; y que los médicos calificaron el embarazo como "de alto riesgo, lo que genera elevación de la morbilidad materna".

8.13 El Comité observa que la Ley General de Salud del Perú N° 26842, de 9 de julio de 1997, derogó el procedimiento para el aborto terapéutico y creó un vacío jurídico, porque no prevé ningún procedimiento para solicitar el aborto terapéutico autorizado por el artículo 119 del Código Penal.

8.14 El Comité observa igualmente que los informes de la Junta Médica proporcionados por el Estado parte no se pronunciaron sobre las posibles consecuencias que tendría en la salud física y mental de la paciente la continuación del embarazo, a pesar de que, en las fechas que estos se emitieron, estaba pendiente la solicitud de aborto terapéutico formulada por la autora con arreglo al artículo 119 del Código Penal. Esta disposición autoriza el aborto terapéutico para evitar un daño grave y permanente en la salud de la madre. Además, el rechazo por parte de los médicos del hospital a la interrupción del embarazo contrasta con la opinión del Colegio Médico que, el 7 de mayo de 2007, llegó a la conclusión de que existían argumentos suficientes para afirmar que, de continuar el embarazo, la salud física y mental de la niña estaba en grave riesgo, por lo que se justificaba un aborto terapéutico. El Comité observa también que la Junta Médica del hospital se negó a interrumpir el embarazo por considerar que la vida de L. C. no estaba en peligro, pero no tuvo en cuenta el daño para su salud, incluida la salud mental, que es un derecho protegido por la Constitución peruana.

8.15 En vista de lo que precede, el Comité considera que, debido a su condición de mujer embarazada, L. C. no tuvo acceso a un procedimiento eficaz y accesible que le permitiese establecer su derecho a los servicios de atención médica que su estado de salud física y mental requería. Estos servicios comprendían tanto la operación de columna como el aborto terapéutico. Ello resulta tanto más grave si se tiene en cuenta que se trataba de una menor, víctima de abusos sexuales. El intento de suicidio demuestra el grado de sufrimiento mental por el que pasó como consecuencia de los abusos. Por lo tanto, el Comité considera que los hechos descritos configuran una violación de los derechos que asisten a L. C. en virtud del artículo 12 de la Convención. Considera también que los hechos ponen de manifiesto una violación del artículo 5 de la Convención, ya que la decisión de aplazar la intervención quirúrgica debido al embarazo estuvo influenciada por el estereotipo de que la protección del feto debe prevalecer sobre la salud de la madre. Habiendo llegado a esta conclusión, el Comité no considera necesario pronunciarse sobre la posible violación del artículo 16, párrafo 1 e), de la Convención.

8.16 En relación con las alegaciones de una posible violación de los artículos 2 c) y f), el Comité recuerda su jurisprudencia con arreglo a la cual, si bien reconoce que el texto de la Convención no hace referencia expresa al derecho a un recurso, considera que ese derecho queda implícito, en particular en el artículo 2 c), conforme al cual los Estados partes se comprometen a "establecer la protección jurídica de los derechos de la mujer sobre una base de igualdad con los del hombre y garantizar, por conducto de los tribunales nacionales o competentes y de otras instituciones públicas, la protección efectiva de la mujer contra todo acto de discriminación"¹². Además, en virtud del artículo 2 f) leído conjuntamente con el artículo 3, el Estado parte está obligado a adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes existentes que constituyan discriminación contra la mujer. El Comité observa que la Junta Médica del hospital tardó 42 días en tomar una decisión sobre la solicitud de aborto presentada por la autora, y el director del hospital otros 20 en responder a la solicitud de reconsideración. Además, como ya se ha indicado anteriormente, el recurso de amparo no constituía una vía judicial eficaz para proteger el derecho de la autora a la atención médica adecuada. El Comité observa igualmente las alegaciones de la autora relativas a la ausencia de regulaciones legislativas y reglamentarias de acceso al aborto terapéutico en el Estado parte, lo que tiene como consecuencia que cada hospital determine arbitrariamente, entre otros, los tipos de requisitos necesarios, el procedimiento a seguir, dentro de qué plazos se debe resolver y la importancia a otorgar a la opinión de la madre. Estas alegaciones no han sido rebatidas por el Estado parte.

¹² Véase la comunicación N° 18/2008, *Vertido c. Filipinas*, dictamen de 16 de julio de 2010, párr. 8.3.

8.17 El Comité considera que, puesto que el Estado parte ha legalizado el aborto terapéutico, debe establecer un marco jurídico apropiado que permita a las mujeres disfrutar de su derecho a aquél en condiciones que garanticen la necesaria seguridad jurídica, tanto para quienes recurren al aborto como para los profesionales de la salud que deben realizarlo. Es esencial que dicho marco jurídico contemple un mecanismo de toma de decisiones de manera rápida, con miras a limitar al máximo los posibles riesgos para la salud de la mujer embarazada, que la opinión de esta sea tenida en cuenta, que la decisión sea debidamente motivada y que se tenga derecho a recurrirla¹³. En el presente caso el Comité considera que L. C. no pudo beneficiarse de un procedimiento de solicitud de aborto terapéutico que respondiera a estas características. A la luz de la información contenida en el expediente, el Comité estima, en particular, que la tardanza de las autoridades hospitalarias en resolver la solicitud tuvo consecuencias nefastas para la salud física y mental de L. C. Por consiguiente, considera que L. C. no dispuso de un recurso efectivo y que los hechos expuestos dieron lugar a una violación del artículo 2 c) y f) de la Convención.

8.18 El Comité observa que el hecho de que el Estado parte no protegiera los derechos reproductivos de la mujer ni promulgara leyes para reconocer el aborto por causa de abuso sexual o violación contribuyó a la situación en que se encuentra L. C. Observa también que el Estado parte es responsable de que no se haya reconocido el peligro que corría L. C. de quedar permanentemente discapacitada, junto con el grave riesgo que representaba el embarazo para su salud física y mental, y de no haberle proporcionado los servicios médicos adecuados, a saber, una intervención quirúrgica a tiempo en la columna vertebral y un aborto terapéutico, que el Código Penal autoriza en esos casos. L. C. ha sufrido dolores físicos y psíquicos considerables. Su familia también ha padecido daños morales y materiales. Después de su aborto espontáneo de 16 de junio de 2007, se le practicó una operación quirúrgica en la columna vertebral el 11 de julio de 2007, casi tres meses y medio después de que el Jefe del Departamento de Neurocirugía recomendase una intervención urgente. Aunque los informes médicos señalaron que L. C. necesitaba terapia física intensiva y rehabilitación después de la operación, no se le proporcionó la necesaria rehabilitación física y ayuda psicológico/psiquiátrica hasta varios meses después de efectuada la intervención esto es a partir del 10 de diciembre de 2007. Tras estar ingresada dos meses en el Instituto Nacional de Rehabilitación, L. C. tuvo que abandonar el tratamiento por falta de medios financieros. El Comité observa que L. C., una joven de 16 años de edad en el momento de presentarse la comunicación, está paralizada del cuello para abajo, salvo algunos movimientos parciales de las manos. Se desplaza en silla de ruedas y necesita cuidados constantes. No puede proseguir su educación y su familia vive en condiciones precarias. Su madre (la autora), que tiene que atender continuamente a L. C., no puede trabajar. Además, el costo de los medicamentos y el material de asistencia que necesita L. C. representan una excesiva carga financiera para la familia.

9. Actuando en virtud de lo dispuesto en el artículo 7, párrafo 3, del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, el Comité considera que el Estado parte no ha cumplido sus obligaciones y, por tanto, ha violado los derechos de L. C. establecidos en los artículos 2 c) y f), 3, 5 y 12, junto con el artículo 1, de la Convención. En consecuencia, formula las siguientes recomendaciones para el Estado parte.

¹³ En el mismo sentido, véase la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *Tysiac v. Poland*, párrs. 116 a 118.

En relación con L. C.

9.1 El Estado parte debe proporcionar medidas de reparación que incluyan una indemnización adecuada por daños morales y materiales y medidas de rehabilitación, de modo acorde con la gravedad de la violación de sus derechos y de su estado de salud, a fin de que goce de la mejor calidad de vida posible.

General

9.2 El Estado parte debe:

a) Revisar su legislación con miras a establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico, en condiciones que protejan la salud física y mental de las mujeres e impidan que en el futuro se produzcan violaciones similares a las del presente caso.

b) Tomar medidas para que las disposiciones pertinentes de la Convención y la Recomendación general N° 24 del Comité, en relación con los derechos reproductivos, sean conocidas y respetadas en todos los centros sanitarios. Entre estas medidas deben figurar programas de enseñanza y formación para incitar a los profesionales de la salud a cambiar sus actitudes y comportamientos en relación con las adolescentes que desean recibir servicios de salud reproductiva y respondan a las necesidades específicas de atención de la salud relacionadas con la violencia sexual. También deberán adoptarse directrices o protocolos para garantizar la disponibilidad de servicios de salud en centros públicos y el acceso a los mismos.

c) Revisar su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación o un abuso sexual.

9.3 El Comité reitera la recomendación que formuló al Estado parte con ocasión del examen de su sexto informe periódico (CEDAW/C/PER/CO/6, párr. 25) por la que le insta a que revise su interpretación restrictiva del aborto terapéutico, de conformidad con la Recomendación general N° 24 del Comité y la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing.

10. De conformidad con el artículo 7, párrafo 4, del Protocolo Facultativo, el Estado parte tendrá debidamente en cuenta las opiniones del Comité, junto con sus recomendaciones, y le presentará, en un plazo de seis meses, una respuesta por escrito, incluida toda información sobre cualquier medida que se haya adoptado en relación con el dictamen y las recomendaciones del Comité. El Estado parte también debe publicar el dictamen y las recomendaciones del Comité manteniendo el anonimato de la autora y la víctima, y distribuirlo ampliamente a fin de que lleguen a todos los sectores pertinentes de la población.