

Lima, 12 de agosto de 2016

MECANISMO DE SEGUIMIENTO DE LA CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ (MESECVI)

Ref. Informe sobre el seguimiento de las medidas implementadas por el Estado peruano para el cumplimiento de las disposiciones de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en el marco de la Tercera Ronda de Evaluación.

De nuestra mayor consideración:

En el marco de la Tercera Ronda de Evaluación, el **Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX**, presenta información relevante sobre el estado actual de las políticas públicas y normas del Estado peruano sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el país, contribuyendo a contar con herramientas que contribuyan en el análisis sobre el cumplimiento de las obligaciones del Estado en relación a la Convención de Belém Do Pará.

En ese sentido, a continuación, abordaremos: i) la situación de la violencia sexual en el país, su relación con el embarazo adolescente y las barreras que afrontan las víctimas para el acceso a la anticoncepción oral de emergencia y la falta de garantías para el acceso a servicios de aborto legal y seguro que impida una maternidad forzada, ii) la garantía de acceso a servicios de aborto terapéutico, iii) los índices de mortalidad materna, iv) la regulación de la violencia obstétrica, y v) la inclusión de un enfoque de diversidades sexuales y de género para comprender y abordar la violencia contra las mujeres.

CONTENIDO:

1. Violencia sexual: avances y desafíos para la atención de víctimas y la garantía de sus derechos reproductivos

1.1 La situación de la violencia sexual en Perú de 2014 a 2016, embarazo adolescente y falta de acceso a anticonceptivos de emergencia

1. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), en el año 2014 el 69,4% de las mujeres encuestadas señaló haber sido víctima de violencia psicológica o verbal, el 32,3% de violencia física y el 7,9% de violencia sexual, por parte de su compañero o esposo¹. A nivel departamental, la ENDES revela que el mayor porcentaje de casos de violencia física y/o sexual ocurre en departamentos

¹Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2014, pág. 30. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1211/pdf/Libro.pdf

como Apurímac (49,6%), Ayacucho (42,8%) y Cusco (41,4%)². Asimismo, la mayoría de mujeres (61,7%) reportó que los actos de violencia física y/o sexual ejercidos en su contra, por parte de sus compañeros o esposos, se iniciaron durante el 1er y 2do año de convivencia o matrimonio.

2. En cuanto a los casos de violencia sexual, si bien existe un subregistro por la baja prevalencia de personas que deciden denunciar, una aproximación a las cifras oficiales nos permite evidenciar que, la Policía Nacional del Perú (PNP) ha reportado que durante los años 2014 y 2015 se han denunciado a nivel nacional 11,316 casos de violaciones sexuales; pero solo en el año 2014 se detuvieron a 2,293 personas por dicho delito³ y si bien en su mayoría (10,445) fueron derivados a las Fiscalías, únicamente 129 casos se pusieron en conocimiento de los juzgados correspondientes^{4 5}.
3. De dichas denuncias, más del 90% de las víctimas son mujeres; siendo las principales afectadas niñas y adolescentes entre 10 y 17 años de edad (5,202)⁶. En el 2015 se observa que las violaciones sexuales siguen ocurriendo de manera prevalente en el hogar de las víctimas (40%) y que sus principales perpetradores son muy cercanos a ellas: padrastros (253 casos), tíos (302 casos), enamorados (415 casos) y vecinos (732 casos)⁷.
4. Durante los cuatro (04) primeros meses del año 2016 se han registrado 446 denuncias por violación sexual presentadas ante la PNP, siendo las niñas y adolescentes de 10 a 17 años de edad (60%) las principales víctimas entre las mujeres (411 casos)⁸.
5. Durante el año 2015 y 2016⁹, también se reportó que los Centros Emergencia Mujer (CEM)¹⁰ atendieron 5,821¹¹ casos de violencia sexual: 4,453 casos correspondieron a víctimas menores de 18 años; 1,303 casos, a víctimas de 18 a 59 años y 65 casos, a víctimas mayores de 60 años, confirmando que las mujeres en el Perú se encuentran en mayor riesgo de experimentar violencia sexual cuando son niñas o adolescentes.

² Ídem pág. 367 y 368.

³ Anuario Estadístico de la Policía Nacional del Perú (2014), elaborado por la Dirección Ejecutiva de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la Policía Nacional del Perú, pág. 36 y 45. Disponible en: <https://www.pnp.gob.pe/documentos/ANUARIO%202014%20DIREST-PNP%20OK.pdf>

⁴ Ídem pág. 44

⁵ Ídem pág. 44

⁶ Ídem pág. 37

⁷ Información Preliminar de la Policía Nacional del Perú (DIRNAGEIN-PNP/DIRETIC/DIREST), en respuesta a la solicitud de acceso a información pública enviada por PROMSEX mediante Oficio N° 144-2016.

⁸ Ibídem.

⁹ Solo se incluye la información relativa al período enero – abril del año 2016.

¹⁰ Los Centros de Emergencia Mujer (CEM's) son servicios públicos especializados y gratuitos, de atención integral y multidisciplinaria, para víctimas de violencia familiar y sexual, en los cuales se brinda orientación legal, defensa judicial y consejería psicológica. Para mayor información puede consultarse el siguiente sitio web: http://www.mimp.gob.pe/portalmimp2014/index.php?option=com_content&view=article&id=831&Itemid=445

¹¹ Según el Sistema de Registro de Casos de los Centros Emergencia Mujer, elaborado por la Unidad de Generación de Información y Gestión del Conocimiento - Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/portalmimp2014/index.php?option=com_content&view=article&id=1405&Itemid=431

6. Por medio de las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística (INEI) se conoce que, en el año 2014, al menos 15 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años de edad ya eran madres o estaban embarazadas por primera vez¹², y que el 59% señalaron que no lo deseaba y el 10% dijo que no quería tener más hijos.
7. Por otro lado, según información del Ministerio de Salud se conoce que, durante el año 2014 se atendió a 1 380 niñas y adolescentes, menores de 15 años de edad embarazadas, en los establecimientos de salud públicos y que, para el año 2015 dicha cifra se incrementó a 1 402 niñas y adolescentes atendidas¹³. Asimismo, se sabe que, durante el año 2015, de las 43 814 adolescentes entre 12 y 17 años de edad que fueron atendidas durante el parto en los establecimientos públicos de salud, 348 habían llevado un embarazo producto de una violación sexual y entre las 66 niñas embarazadas, menores de 12 años de edad, 02 (dos) presentaban la misma situación¹⁴.
8. Pese a dichas cifras, según un reciente informe, la Defensoría del Pueblo señaló que el estado de protección y garantía del derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual no es regular ni completamente satisfactorio. Si bien la normativa vigente establece que las víctimas de violencia sexual deben ser informadas y recibir la anticoncepción oral de emergencia, medicación de protección frente a las ITS y profilaxis de VIH/SIDA, se verificó que el 37% de los establecimientos de salud consultados, para efectos de dicho informe, no brindan medicamentos a las víctimas de violencia sexual¹⁵.
9. Asimismo, según la Defensoría del Pueblo¹⁶ se conoce que (4) cuatro hospitales de Lima y Arequipa reportaron embarazos adolescentes de menores de 14 años¹⁷ y dos de ellos pudieron dar cuenta de los embarazos adolescentes que provenían de una violación sexual: Hospital Nacional Docente San Bartolomé (4 casos en el año 2014) y Hospital San Juan de Lurigancho (5 casos de embarazo en menores de edad entre 12 y 14 años en los años 2013 y 2014), ambos en Lima, así también se conoce que, de las 2,640 adolescentes que fueron atendidas en el año 2014 en el Instituto Materno perinatal, el 14% manifestó haber sido víctima de violación sexual por parte de su progenitor, padrastro, tío o hermanastro¹⁸.
10. Finalmente, si bien no se cuenta con información oficial actualizada, se conoce que, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), durante el año 2012, los Centros de Emergencia Mujer atendieron a 333 adolescentes entre 12 y 18 años de edad que quedaron embarazadas a consecuencia de una violación

¹² INEI y UNFPA (2015) Publicación Digital Estadística. pág.11 Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1251/Libro.pdf

¹³ Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística (2015).

¹⁴ Ministerio de Salud. Dirección General de Estadística (2015)

¹⁵ Defensoría del Pueblo (2016) *Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual Seguimiento de las recomendaciones defensoriales en establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno*, pág. 93.

¹⁶ *Ibidem*, pág. 83.

¹⁷ Hospital María Auxiliadora, el Hospital Nacional Docente San Bartolomé y el Hospital San Juan de Lurigancho en Lima, así como el Hospital III Goyeneche en Arequipa.

¹⁸ *Op. cit.* Defensoría del Pueblo (2016), pág. 82

sexual¹⁹. Dichas cifras son preocupantes más aún si tenemos en cuenta que el actual Código Penal continúa penalizando el aborto en casos de violación sexual y que, en la práctica las mujeres no pueden acceder a servicios de salud pública para practicarse un aborto legal o recibir de manera gratuita la píldora del día siguiente, por lo que colocan en riesgo su vida, salud, integridad personal y desarrollo personal.

1.2 Marco legal vigente sobre violencia sexual y políticas públicas enfocadas en la protección de víctimas:

11. Recientemente, se publicó la Ley N° 30364: “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, la misma que, permite la denuncia de la violencia sexual perpetrada por agentes públicos o privados y la define de manera integral, acorde a la Convención de Belém Do Pará. De manera adicional, establece funciones específicas para el Ministerio de Salud a fin de garantizar el derecho a la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual (Art. 45.3)²⁰, así como las obligaciones de otros sectores en relación al tema (Art 45).
12. Por otro lado, su reglamento establece un capítulo de Procedimientos Especiales para atender los casos de violencia sexual, con un enfoque de prevención de la revictimización durante el proceso de investigación y las evaluaciones médicas, además de plantear estándares necesarios para el recojo, preservación y valoración de las pruebas. Sin embargo, en cuanto a la atención de las víctimas solo se establece de manera amplia que, el Instituto de Medicina Legal y los establecimientos de salud deben contar con insumos, equipos de emergencia para casos de violación sexual e informar sobre el derecho a recibir tratamiento frente a infecciones de transmisión sexual, antiretrovirales, anticonceptivo oral de emergencia y otros (Art. 59. 1).
13. Adicionalmente, para la garantía del acceso a servicios de salud por víctimas de violencia sexual, se cuenta con las siguientes normas del sector salud que abordan el procedimiento general para la atención de casos de violencia contra las mujeres:
i) Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil (RM 455-2001-SA/DM (27/07/2001)), ii) Las Guías Nacionales

¹⁹ MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES Resolución Ministerial N° 236 - 2014 -MIMP, de fecha 21 de julio de 2014. Disponible en: http://www.mimp.gob.pe/files/transparencia/resoluciones_ministeriales/rm_236_2014_mimp.pdf

²⁰ **ARTÍCULO 45. RESPONSABILIDADES SECTORIALES**

Los sectores e instituciones involucradas, y los gobiernos regionales y locales, además de adoptar mecanismos de formación, capacitación y especialización permanente, de conformidad con sus leyes orgánicas y demás normas aplicables, son responsables de:

[...]

3. El ministerio de salud

a) Promover y fortalecer programas para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, contribuyendo a lograr el bienestar y desarrollo de la persona, en condiciones de plena accesibilidad y respeto de los derechos fundamentales, de conformidad con las políticas sectoriales.

b) Garantizar atención de calidad a los casos de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, incluyendo su afiliación en el seguro integral de salud para la atención y recuperación integral de la salud física y mental gratuita, lo que incluye la atención, los exámenes, hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico o psiquiátrico y cualquier otra actividad necesaria para el restablecimiento de la salud.

c) desarrollar programas de sensibilización y formación continua del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar la adecuada atención de las víctimas de violencia a que se refiere la ley.

para la atención integral de la salud sexual y reproductiva (RM 668-2004/MINSA (21/06/2004)) y iii) Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género (RM.141-2007/MINSA (13/02/2007)).

14. Asimismo, dentro del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual – PNCVFS-, se cuenta con los Lineamientos éticos para las investigaciones en violencia familiar y sexual; sin embargo, dicho documento, únicamente, es obligatorio para investigadores del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) e investigadores externos que elaboren investigaciones sobre violencia familiar y sexual como parte de las acciones de dicho Ministerio.
15. En lo relativo a políticas de Estado nacionales que aborden la violencia sexual se cuenta con el **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012 y 2021**²¹ que, establece como resultado esperado de su objetivo estratégico N° 4 (relativo a garantizar la protección de las niñas, niños y adolescentes de 0 a 17 años de edad) la reducción de víctimas de violencia familiar y escolar y, especialmente, el número de víctimas de violencia sexual.
16. Por otro lado, el **Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017**²² incluye entre sus resultados esperados el acceso de las mujeres adultas mayores a servicios de atención y prevención frente a la violencia familiar y sexual, mediante la realización de acciones tendientes a hacer el seguimiento a la denuncia por violencia familiar y sexual interpuesta con el apoyo de los servicios del Centro de Emergencia Mujer del MIMP.

1.3 Marco legal vigente sobre aborto por violación sexual

17. En Perú se continúa penalizando el aborto en los casos de violación sexual, de acuerdo con los artículos 114 y 120 del Código Penal²³, lo que ha generado que las mujeres, adolescentes y niñas se vean forzadas a continuar con un embarazo no deseado o recurran a prácticas clandestinas para interrumpirlo, colocándolas en situaciones de vulnerabilidad que ponen en riesgo su vida, salud e integridad.
18. Pese a ello, después de más de un año desde que fuera presentada la **iniciativa ciudadana 03839/2014-IC Proyecto de Ley que proponía la despenalización del aborto en casos de violación sexual, inseminación artificial y transferencia de óvulos no consentidas**, el 24 de noviembre de 2015 el Congreso de la República archivó el proyecto de ley en la Comisión de Constitución y Reglamento, pese a

²¹ Disponible en:

https://www.migraciones.gob.pe/comunicados/1_PLAN_NACIONAL_de_Accion_por_la_Infancia_y_la_Adolescencia.pdf

²²Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 – 2017, pág. 68. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.

²³ **Artículo 114.-** La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a ciento cuatro jornadas.

Artículo 120.- El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses:

1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; [...].

solicitarse una reconsideración de la decisión, el archivamiento se confirmó por mayoría de manera definitiva el día 03 de mayo de 2016. Así pues, se repitió lo sucedido anteriormente en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos, en la que los legisladores argumentaron que no se despenalizaba el aborto en casos de violación sexual, debido a que el acceso generaba un gasto público.

19. Actualmente, en el marco de la discusión, en el Congreso de la República, sobre las modificaciones al Código Penal vigente, no se advierte un compromiso serio en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos, pues la propuesta, si bien elimina la pena privativa de la libertad, continúa penalizando el aborto por causal de violación sexual a las mujeres sancionándolas con la prestación de servicios comunitarios de 10 a 50 jornadas^{24 25}.
20. Es así que, pese a las recomendaciones de los órganos de monitoreo de los tratados de derechos humanos de la ONU, a la fecha no hay una iniciativa legal ni un compromiso político serio para aprobar la despenalización del aborto en casos de violación sexual²⁶, como el Comité de Derechos Humanos²⁷, el Comité contra la Tortura²⁸, y el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales²⁹, quienes han manifestado su preocupación por la penalización del aborto en casos de violación en Perú. Asimismo, en el dictamen del caso L.C. contra Perú, el Comité de la CEDAW recomendó al Perú “*revisar su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación o abuso sexual*”³⁰.

2. La garantía de acceso a servicios de aborto terapéutico

2.1 La implementación de la Guía Técnica sobre aborto terapéutico y su aplicación desde una interpretación amplia del derecho a la salud física, mental y social de las mujeres

21. Con fecha 28 de junio de 2014 se aprobó la “*Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal*”. Si bien por medio de dicha Guía se establece el procedimiento para el acceso a los abortos terapéuticos en el Perú, consideramos

²⁴ El Dictamen se encuentra disponible en:

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc03_2011.nsf/df31fef3f6852be05257e22000b22a3/65701d081151f43105257fbf006045b4/\\$FILE/TS0016320160526.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc03_2011.nsf/df31fef3f6852be05257e22000b22a3/65701d081151f43105257fbf006045b4/$FILE/TS0016320160526.pdf)

²⁵ Pese a que durante el 2016 se inició el debate, al cierre de la fecha de este informe, el Congreso de la República ha visto truncada su votación debido a problemas en técnica penal y de intereses políticos.

²⁶ En octubre de 2009 la última Comisión Especial Revisora del Código Penal en el Anteproyecto del nuevo Código Penal, aprobó despenalizar la interrupción del embarazo en casos de violación sexual, inseminación artificial o transferencia de un óvulo fecundado no consentidas, malformaciones fetales, siempre que los hechos hubieran sido denunciados penalmente; sin embargo, fue desestimado para su discusión en el Congreso de la República.

²⁷ Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales: Perú*. Doc. de la ONU CCPR/C/79/Add.72, párr.22 (1996). Comité de Derechos Humanos. *Observaciones finales: Perú*. Doc. de la ONU CCPR/CO/70/PER, párr.20 (2000).

²⁸ Comité contra la Tortura, *Observaciones finales y recomendaciones: Perú*, párr. 23 Doc. De la ONU CAT/C/PER/CO/4, (2006).

²⁹ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) *Observaciones finales: Perú*, párr. 21 Doc. de la ONU E/C.12/PER/CO/2-4, (2012).

³⁰ *Op. Cit. L.C. c. Perú, supra* nota 19.

que se debe evaluar la adecuación de la norma a los estándares internacionales de garantía de los derechos humanos, en especial del derecho a la salud, que implica garantizar la aceptabilidad, accesibilidad, rapidez y calidad en la prestación del servicio.

22. El Ministerio de Salud ha informado que las acciones para la implementación de la Guía Técnica, básicamente, se han concentrado en la difusión de la misma entre los proveedores de salud y los representantes o personas a cargo de los diferentes servicios de salud a nivel nacional; sin embargo, pese a que ha pasado un año y medio no existe un informe oficial sobre la situación de la implementación que permita conocer los avances y deficiencias de dicho proceso.
23. Entre el mes de enero y noviembre del año 2015 el Ministerio de Salud ha trabajado en la elaboración de un Plan de Implementación de la Guía Técnica (que no es de acceso público) y se ha asignado el código O049 para el registro de los casos de aborto terapéutico³¹.
24. Sin embargo, uno de los retos más importantes de la implementación efectiva del Protocolo está relacionado con la interpretación de lo que se entiende por *“el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”*, pues no es realizada de manera amplia por los operadores de salud. Las entidades clínicas contenidas en la Guía Técnica no debieran ser leídas de manera taxativa de tal forma que se conviertan en una barrera para el ejercicio del derecho a la salud de las niñas, adolescentes y mujeres adultas que han sufrido, por ejemplo, una violación sexual y puedan acceder a un aborto legal por la afectación a su salud mental e inclusive física³².
25. Así pues, si bien la causal 11, del apartado 6.1 de la Guía Técnica, deja abierta la posibilidad de que las mujeres puedan acceder al aborto terapéutico a través de la debida fundamentación de cualquier otra patología; es importante tener en cuenta que no tener adecuados conocimientos del marco legal vigente sobre la regulación relativa al aborto terapéutico genera que algunos médicos tengan interpretaciones restrictivas y no atiendan a las mujeres bajo el procedimiento establecido por aborto terapéutico cuando se demuestre una afectación a la salud mental o social de las mujeres, como consecuencia, por ejemplo, de una violación sexual.

2.2 Información sobre el número de abortos terapéuticos solicitados y atendidos: problemas en el registro oficial

26. Según el Ministerio de Salud, en el marco de la implementación de la Guía Técnica, durante el año 2015 se realizaron coordinaciones con la Oficina General de Estadística e Informática de la misma institución con el objeto de crear un código

³¹ Oficio N°4380-2015-DGS/MINSA, de fecha 17 de diciembre de 2015, remitido por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

³² Si bien la causal 11 del protocolo deja abierta la posibilidad de que las mujeres puedan acceder al aborto terapéutico a través de la debida fundamentación de cualquier otra patología materna; es importante tener en cuenta que no tener adecuados entrenamientos sobre esto hace que algunos médicos tengan interpretaciones restrictivas y ya se han visto casos después de LC, como el que señalaban arriba. <http://www.unfpa.org.pe/Legislacion/PDF/20140627-MINSA-Aprueban-Guia-Tecnica-Interrupcion-Voluntaria-Embarazo.pdf>

que corresponda al aborto terapéutico, para así contar a nivel nacional con las estadísticas de las solicitudes presentadas y los casos atendidos³³.

27. Sin embargo, pese a que el Ministerio de Salud señala que el área de estadística de dicha institución consigna el *código 0049* para el registro de los casos de Aborto Médico sin complicación³⁴, no es posible obtener información referida al número de *solicitudes recibidas* para la realización de una interrupción del embarazo por cuestiones terapéuticas, sino solo con un registro del número de procedimientos de aborto terapéutico efectivamente atendidos y realizados. Lo cual dificulta el desarrollo de un análisis cuantitativo y cualitativo sobre las limitaciones en el acceso a los servicios de aborto terapéutico que derivaría de la comparación entre la demanda y el acceso efectivo registrado a dicho servicio.
28. Según la información estadística del MINSA, con posterioridad a la aprobación del Protocolo de Aborto Terapéutico, es decir, desde el mes de julio del año 2014, hasta el mes de diciembre del año 2015, se han registrado un total de 606 abortos terapéuticos a nivel nacional, con mayor prevalencia en el Departamento de Arequipa (234 casos). De ese modo, se conoce que, 28 procedimientos fueron practicados a adolescentes menores de 18 años; 317, a mujeres que oscilan entre los 18 y 29 años de edad; y 261, a mujeres de 30 años o más y se sabe que ninguna de las mujeres atendidas en estos servicios falleció³⁵.

2.3 Mujeres denunciadas por aborto terapéutico y un registro que mantiene dicha causal como delito

29. Según el Ministerio Público, durante el año 2014 se registraron 2 (dos) denuncias por aborto terapéutico, pese a que dicha causal no se encuentra penalizada, lo más grave es que dichas denuncias no fueron archivadas, sino que, por el contrario, fueron objeto de investigación por parte de las autoridades³⁶.
30. Como hemos mencionado, si bien el aborto terapéutico no es punible desde el Código Penal aprobado en 1924, las modificaciones a dicho cuerpo normativo continúan señalando de manera *sui generis* lo siguiente:

“Aborto terapéutico.

Art. 119.- *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”.*

31. Ello, pese a que el objeto de un Código Penal no es establecer lo que se encuentra despenalizado sino la tipificación de aquellas conductas que constituyen un delito y su correspondiente sanción. Lamentablemente, pese a que en la actualidad se encuentra en discusión la modificación del Código Penal vigente, el Dictamen en

³³ Oficio N° 4125-2015-DGSP/MINSA, de fecha 26 de noviembre de 2015, remitido por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

³⁴ Oficio N°4380-2015-DGS/MINSA, de fecha 17 de diciembre de 2015, remitido por la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

³⁵ Respuesta del Ministerio de Salud a la solicitud de acceso a información pública Exp.16-051635-001.

³⁶ Oficio N°491-2015-MP-FN-OBSERVATORIO, de fecha 20 de agosto de 2015, del Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público

mayoría del 26 de mayo de 2016 no ha planteado la derogación de dicho artículo, por lo que, de manera simbólica la regulación sobre el aborto terapéutico seguirá manteniéndose en el Código Penal³⁷.

2.4. Índices de Mortalidad Materna en el Perú producto de normas e interpretaciones restrictivas relativas al acceso a servicios de aborto

32. La prohibición absoluta del aborto en casos de violación sexual y otros supuestos tienen un impacto desproporcionado en las mujeres y las expone a tomar graves riesgos para su vida y su salud. Dicha prohibición no solo genera un aumento en los índices de mortalidad y morbilidad materna, debido a que las mujeres se ven obligadas a someterse a abortos clandestinos, sino que también genera un sistema que contribuye que toda mujer que busque servicios de aborto sea sometida a situaciones de violencia que bien podríamos calificarlas como tortura, trato cruel inhumano o degradante y que incluso pueden llegar a provocar la muerte³⁸.
33. En el Perú; sin embargo, además de las complicaciones producto de un aborto clandestino, la atención inadecuada e inoportuna frente a complicaciones durante el embarazo ponen en riesgo la vida de las mujeres, pese a la existencia de normas que permiten acceder a un aborto terapéutico. Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, desde julio del año 2014 hasta diciembre del 2015, ocurrieron 667 muertes maternas a nivel nacional. El 29% (196) de ellas se deben a causas indirectas, es decir, enfermedades que complican el embarazo o se agravan por el mismo y que pudieron ser evitables si es que hubiera podido acceder, en muchos de los casos, a un aborto terapéutico³⁹.
34. Asimismo, se observa que el 29% de las mujeres fallecidas eran menores de 29 años de edad y que el suicidio constituye la tercera causa de muerte materna indirecta, siendo las adolescentes y adultas menores de 29 años de edad las principales afectadas⁴⁰.
35. Finalmente, de acuerdo a un reciente estudio se conoce que el 13.7%, de las adolescentes a las que se entrevistó, señaló haber intentado interrumpir su embarazo y un 6.5% tuvo la intención de suicidarse⁴¹.

4. Marco legal vigente sobre Violencia Obstétrica

36. No existe regulación normativa que sancione de manera específica la violencia obstétrica. Sin embargo, el Plan contra la Violencia de Género 2016 - 2021 señala de manera expresa que, una de las modalidades de violencia que abordará el Plan es la violencia obstétrica, entendida como aquella que, comprende todos los actos

³⁷Dictamen disponible en:

[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc03_2011.nsf/df31fef3f6852be05257e22000b22a3/65701d081151f43105257fbf006045b4/\\$FILE/TS0016320160526.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc03_2011.nsf/df31fef3f6852be05257e22000b22a3/65701d081151f43105257fbf006045b4/$FILE/TS0016320160526.pdf)

³⁸ Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (A/HRC/31/57) del 05 de enero de 2016, párr. 43.

³⁹ Oficio N°172-2016CDC-MINSA, de fecha 24 de junio de 2016, remitido por el Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.

⁴⁰Ibidem.

⁴¹ Dr. Luis Távora (2015) El impacto del embarazo en la salud de las adolescentes (Perú). Promsex, pág. 11

de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres.

5. Inclusión de un enfoque de diversidades sexuales y de género para comprender y abordar la violencia contra las mujeres

37. Si bien el numeral 2 del artículo 2 de la Constitución Política peruana señala que, “nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”, en el país no existe una ley de identidad de género que reconozca el derecho de las personas trans a realizar el cambio registral de su nombre y sexo en sus certificados de nacimiento, DNI y demás documentos legales, sin que sea necesario un proceso judicial ni que se presenten evaluaciones, intervenciones quirúrgicas o certificados médicos, psicológicos o psiquiátricos. Es así que, su derecho a la identidad y conexos no se encuentran garantizados y en consecuencia su identidad tampoco está reconocida por el sistema jurídico vigente y por las instituciones o servicios del Estado, incluso en el ámbito judicial.
38. Dicha falta de reconocimiento ha generado una situación de discriminación estructural respecto de las personas trans, la misma que permite legitimar la violencia en su contra, ya sea por privados o por parte de agentes y representantes del Estado. Pese a ello, no existe data oficial que nos permita conocer la cifra real de violaciones al derecho a la vida y a la seguridad personal de las personas trans, y en general de las personas TLGB. Incluso, la propia Defensoría del Pueblo ha manifestado que su sistema de información no contiene campos específicos para registrar datos sobre la orientación sexual o identidad de género de las víctimas, ya que ello constituye parte de su intimidad personal y, por ello, solo registran dichos datos cuando la persona los brinda voluntariamente.
39. No obstante, existe esfuerzo de la sociedad civil por recoger este tipo de data y sistematizarla con la finalidad de que, el Estado genere políticas públicas o normativa de carácter general que permita la prevención, sanción y erradicación de la violencia motivada en la orientación sexual o la identidad de género. De esta manera, el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos sexuales y reproductivos (Promsex) recoge casos difundidos en los medios de comunicación, y el Observatorio TLGB y la Universidad Peruana Cayetano Heredia han sistematizado una serie de denuncias, con el objetivo de proveer información aproximada de la incidencia de actos de discriminación, abuso de autoridad y asesinatos.
40. El Informe Anual sobre Derechos Humanos de Personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2015-2016, de Promsex y la Red Peruana TLGB reportó 43 casos de afectación a la seguridad personal (que no acabaron en asesinatos) contra personas LGBTI ocurridos entre abril del 2015 y marzo del 2016. De ellos, 32 fueron perpetrados en contra de mujeres trans (en su mayoría vinculadas al trabajo sexual) y 03 lesbianas, siendo sus principales agresores los agentes de seguridad municipal y miembros de la Policía Nacional.

41. Sin embargo, aun cuando el Estado debe enfrentar dicha situación, en el año 2013, el Congreso de la República no aprobó el proyecto de ley que incluía de manera explícita las categorías de orientación sexual e identidad de género como formas de discriminación odiosa que motivan actos criminales (para considerarlo como un motivo de agravante de las penas). Y si bien el Art. 46. d del Código Penal vigente sí considera como circunstancia agravante de las penas el hecho de que los crímenes hayan sido motivados por intolerancia o discriminación, ello podría cambiar debida al proceso actual de discusión para la modificación del Código Penal que elimina dichos motivos como agravantes de la pena. Ello preocupa, máxime cuando el último Dictamen en mayoría de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República⁴² (del 26 de mayo del 2016) tampoco plantea la tipificación de los crímenes de odio de manera autónoma ni sanciona de manera explícita la discriminación e incitación a la discriminación por motivos de orientación sexual e identidad de género.
42. Por su parte, la “Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar”, considera como sujetos de protección a aquellas mujeres niñas, adolescentes, mujeres adultas y adultas mayores (Art. 7.a), de diversidad étnica, afrodescendientes, rurales, con discapacidades, en situación socioeconómica desfavorable, con opciones sexuales diversas, en situación de migrantes y refugiadas (Art. 3.5). Sin embargo, no se reconoce de manera expresa la violencia por identidad de género.
43. Por otro lado, en el ámbito de la política pública nacional, dicha omisión también se advierte en el **Plan nacional de Igualdad de género 2012- 2017**⁴³ que, solo incluye como objetivo estratégico la disminución de los crímenes en razón de la orientación sexual de las mujeres (objetivo N° 6.4); sin realizar referencia alguna sobre la violencia motivada por la identidad de género. Lamentablemente, hasta el momento tampoco existe un reporte oficial que demuestre el seguimiento y registro por parte del Estado sobre el número de crímenes de odio por orientación sexual pese a que el Plan se viene implementando desde el año 2012, por lo que, no se advierte un compromiso serio en la consecución del objetivo planteado o la adopción de medidas que permitan revertir la situación de violencia en contra de las mujeres con orientaciones sexuales no heteronormativas.
44. Una situación similar, se observa en el **Plan Nacional de Derechos Humanos 2014–2016**⁴⁴ que si bien plantea como Objetivo N° 13 la reducción de los índices de violencia basada en razones de género, no considera la situación de las mujeres con orientaciones sexuales e identidades de género diversas ni plantea medidas para prevenir, sancionar y erradicar la violencia en su contra.
45. En este contexto, la sociedad civil saluda que, en el marco del **Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual (PNCVFS)** se hayan aprobado, el 31 de

⁴² Disponible en:

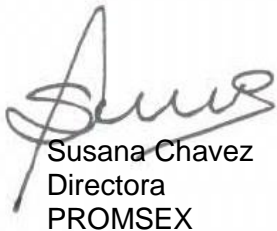
[http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc03_2011.nsf/df31fef3f6852be05257e22000b22a3/65701d081151f43105257fbf006045b4/\\$FILE/TS0016320160526.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/TraDocEstProc/Contdoc03_2011.nsf/df31fef3f6852be05257e22000b22a3/65701d081151f43105257fbf006045b4/$FILE/TS0016320160526.pdf)

⁴³ Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgignd/planes/plan-nacional-igualdad-genero-2012-2017.pdf>

⁴⁴ Disponible en: http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2014/07/DS-005-2014-JUS-Aprobacion_PNDH.pdf

marzo del año 2015, los "**Lineamientos para la atención de personas LGTBI en los servicios del PNCVFS del MIMP**". Sin embargo, solo son de aplicación obligatoria en los servicios del Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual del Ministerio, mas no en otros ámbitos como las comisarias, fiscalías, juzgados, medicina legal y otros espacios institucionales a los que las víctimas acuden para solicitar apoyo legal o médico.

Atentamente,



Susana Chavez
Directora
PROMSEX