

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

L.C. vs. Perú

Comunicación N° 22/2009

*Decisión del
17 de octubre de 2011*

[...]

OPINIÓN EMITIDA A TENOR DEL PÁRRAFO 3 DEL ARTÍCULO 7 DEL PROTOCOLO FACULTATIVO

1. La autora de la comunicación, de fecha 18 de junio de 2009, es T. P. F. Presenta la comunicación en nombre de su hija L. C., ciudadana peruana nacida el 2 de abril de 1993. La autora 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 Derechos Reproductivos y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos². 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. En 2006, cuando tenía 13 años, comenzó a ser abusada sexualmente por J. C. R., un varón de aproximadamente 34 años. Como consecuencia, quedó embarazada, y en estado de depresión, intentó suicidarse el 31 de marzo de 2007 lanzándose al vacío. 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 consolidara 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 cons-

2 El Comité recibió una presentación *amicus curiae* de la Comisión Internacional de Juristas sobre el acceso a un remedio efectivo, así como comentarios de la Health Equity and Law Clinic de la Facultad de Derecho, Universidad de Toronto, sobre el concepto de discriminación múltiple.

tató el embarazo. Los informes diarios del estado de salud de L. C., desde el 2 al 12 de abril de 2007, registran el riesgo que existía tanto de desarrollar infecciones como de no 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 la autora fue informada de que la misma había sido suspendida y que el médico deseaba reunirse con ella al día siguiente, 13 de abril de 2007. En dicha reunión la autora fue informada de que la cirugía había sido suspendida debido al embarazo de L. C. La autora señala igualmente que L. C. fue diagnosticada con síndrome ansioso depresivo de grado moderado, para el cual 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 la realización de una interrupción legal del embarazo conforme al artículo 119 del Código Penal³. En su solicitud, la autora mencionó una conversación que había tenido el 13 de abril de 2007 con el Jefe del Departamento de Neurocirugía, en el que este le informó que no podía operar a L. C. porque estaba embarazada. Afirmó que el embarazo ponía en peligro de manera grave y permanente la vida, salud física y psicológica e integridad personal de L. C., y la intervención quirúrgica de columna no se realizaría si el embarazo continuaba⁴.

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), quien el 15 de mayo de 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. Después de hacer una descripción de 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 llegaba a la conclusión de que:

3 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".

4 Una copia de la solicitud obra en el expediente.

“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. contaba con 16 semanas de embarazo, la autora presentó un recurso de reconsideración de opinión ante la Junta Médica del hospital respecto de la interrupción de la gestación. Al mismo se adjuntó el informe del Colegio Médico y 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. Pasaron cuatro meses después de la operación sin que se realizara el proceso de rehabilitación física y ayuda psicológica o psiquiátrica que requería.

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 en sus 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 elementos de salud 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 terminación legal de un embarazo. Tampoco existe un protocolo de atención que indique el procedimiento de solicitud de un aborto legal o que asegure la atención 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, de manera efectiva, opere con la suficiente celeridad y eficacia para que una mujer pueda exigir a las autoridades la garantía de su derecho a un aborto legal, dentro del período limitado de tiempo que requieren 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 contaba con 16 semanas de embarazo y cuando se resolvió la apelación habría contado con 20. 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 contado con más de 28 semanas de embarazo. 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 toman años antes de 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 realizar un aborto terapéutico a una mujer embarazada de un feto anencefálico, donde el Comité no consideró el recurso de amparo como un recurso eficaz que debiera agotarse⁵.

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

[...]

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 en el marco de otro procedimiento de examen o arreglo internacionales.

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. El Comité 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, la autora fue informada por el Jefe del Departamento de Neurocirugía 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 su 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 una apelación a las autoridades del hospital para que reconsideraran su decisión. Sobre esta solicitud no se tomó una decisión 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, el Comité no considera razonable exigir de 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 partes (...). 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, el Comité 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 en 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 como consecuencia de repetidos abusos sexuales y que 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 observa igualmente la afirmación de la autora de que la operación había sido inicialmente prevista el 12 de abril de 2007, que al día siguiente fue informada de que la razón de la suspensión era la prevención del daño al feto y que la presencia de una infección se constató por primera vez el 23 de abril de 2007. El Comité considera que el Estado parte no ha desvirtuado las alegaciones de la autora, por lo que parte de la premisa de que existe una relación directa entre el retraso 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, como han sido establecidos, 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 e), porque fue privada de su derecho a decidir el número de hijos.

8.11 El Comité recuerda las obligaciones que incumben al Estado parte de conformidad con el 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, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia. 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 la autora fue informada por las autoridades hospitalarias 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 se emitieron los mismos, 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. Esto resulta tanto más grave si se tiene en cuenta que se trataba de una menor, víctima de abusos sexuales, como resultado de los cuales intentó suicidarse. El intento de suicidio es demostrativo del grado de sufrimiento mental por el que pasó. En consecuencia, 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. El Comité 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 desvirtuadas por el Estado parte.

8.17 El Comité considera que, puesto que el Estado parte ha decidido legalizar 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 haya derecho de apelación¹³. 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, el Comité 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.

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

13 En el mismo sentido, véase la sentencia del Tribunal Europeo de Derechos Humanos en el caso *Tysiāc vs. Polonia*, párrs. 116 a 118.

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. El Comité 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 mentales considerables. Su familia también ha padecido daños morales y materiales. Después de su aborto espontáneo del 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 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., que era 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 equipo que necesita L. C. representa una excesiva carga financiera para la familia.

9. Actuando en virtud de lo dispuesto en el párrafo 3 del artículo 7 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, el Comité formula las siguientes recomendaciones para el Estado parte:

a) En relación con L. C.: 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.

b) General:

- i) Revisar su normatividad 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.
- ii) 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 lugares públicos y el acceso a los mismos.
- iii) El Estado parte también deberá revisar su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación o un abuso sexual.
- iv) 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 examine su interpretación restringida del aborto terapéutico de conformidad con la Recomendación general N° 24 del Comité y la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing.

[...].