

ABORTO TERAPÉUTICO, AUSENCIA INJUSTIFICADA EN LA POLÍTICA SANITARIA

Susana Chávez-Alvarado^{1,a}

RESUMEN

A pesar de que el aborto, por razones de salud, no es considerado un delito en el Perú, el Estado niega su inclusión en la política pública, con lo cual infringe el derecho de las mujeres a interrumpir un embarazo cuando este afecta su salud. Al examinar el artículo del Código Penal que exceptúa de delito a este tipo de aborto, se identifican atribuciones que protegen a las mujeres y establecen condiciones para ofertar dicha atención. En el presente documento se pone en debate los argumentos que el Estado Peruano viene usando para no aprobar el Protocolo de Aborto Terapéutico, con el cual se reglamentaría su oferta y financiamiento en los servicios públicos y se fundamenta por qué se debería cumplir con esta obligación, en base al marco conceptual de la "causal salud". Se presentan, además, dos casos judicializados, en que el Estado Peruano ha sido encontrado responsable de violar los derechos humanos de dos adolescentes a quienes se les negó el aborto terapéutico.

Palabras clave: Aborto terapéutico; Administración sanitaria; Derechos humanos (fuente: DeCS BIREME)

THERAPEUTIC ABORTION, UNJUSTIFIED ABSENCE IN HEALTH POLICY

ABSTRACT

Although abortion for health reasons is not considered a crime in Peru, the State does not allow its inclusion in public policy, thus violating women's right to terminate a pregnancy when it affects their health. When examining the article in the Criminal Code which decriminalizes this type of abortion, provisions are identified which protect women and set the conditions to offer this type of service. This document sets the debate about the arguments used by the Peruvian State for not approving a therapeutic abortion protocol which would regulate the provision and financing of therapeutic abortion in public services, and explains why this obligation should be complied with, based on the conceptual framework of "health exception". In addition, it presents two cases brought before the judicial court in which the Peruvian State was found guilty of violating the human rights of two adolescents to whom a therapeutic abortion was denied.

Key words: Abortion, therapeutic; Sanitary management; Human rights (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

En el Perú, aun cuando el aborto es considerado un delito, su abordaje no solo es penal, también hay preocupación de la salud pública al señalar obligaciones tanto para la prevención como para la protección de las mujeres que han abortado ⁽¹⁾. Al igual que la mayoría de países de la región, el aborto solo se permite en determinadas circunstancias ⁽²⁾, siendo la más extendida por razones de salud, denominada también "causal salud", cuya definición proviene de los acuerdos generados por un conjunto de organizaciones vinculadas con los derechos reproductivos ⁽³⁾.

En el caso del Perú, esta causal se fundamenta en la protección de la salud de la mujer y está tipificado en el Código Penal, el cual señala: *No es punible el aborto, practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviera, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente* ⁽⁴⁾.

La definición utilizada no establece ninguna diferenciación entre la salud física y mental, ni hace referencia a las implicancias biológicas ni sociales, lo que permite relacionarlo con el concepto de la OMS, que define a la salud como el estado bienestar físico, mental

¹ Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Lima, Perú.

^a Licenciada en obstetricia; maestra en salud pública; especialista en políticas públicas en salud sexual y reproductiva
Recibido: 29-06-13 Aprobado: 04-09-13

y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades ⁽⁵⁾.

LA APLICACIÓN DEL CÓDIGO PENAL PERUANO, RESPECTO AL ABORTO NO PENALIZADO

El artículo 119 del código penal peruano ⁽⁴⁾ propone tres condiciones que deben confluír para que un aborto no sea penalizado. En 2010, Dador ⁽⁶⁾ analizó estas condiciones y señaló que la obligación que sea practicado por un médico, implica la participación de un profesional calificado, que junto con su competencia técnica tiene también la obligación de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de sus pacientes y debe, así mismo, guardar la confidencialidad y garantizar el consentimiento informado. Además, que sea la mujer quién lo solicite -basada en el principio de autonomía, la prerrogativa está en la mujer afectada- al igual que otras condiciones sanitarias, esto solo puede ser obviado en un contexto de emergencia o cuando una mujer esté imposibilitada de expresar sus propias decisiones y no cuente con un representante legal. Respecto a la tercera condición, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave y permanente, Dador señala que con esta condición se establecen dos protecciones distintas, aunque relacionadas, “evitar la muerte” y “preservar la salud”; el primero está vinculado al derecho a la vida y el segundo a la preservación de la salud, que incluye estar libre de enfermedades o de daños, y la garantía de contar con servicios de salud geográficos y financieramente accesibles, oportunos y pertinentes.

Tal como se interpreta de esta norma, ninguna mujer tiene que estar en inminente peligro para permitir la interrupción del embarazo, pues el eje del aborto por razones de salud es la prevención de daños y no la exposición a riesgos innecesarios ^(3,7).

Según el Código Penal, el aborto está catalogado con penas que no superan los dos años ⁽⁸⁾, cuatro años para los profesionales que lo realicen y cinco años si la mujer muere a causa del aborto ⁽⁹⁾ y la no penalidad del aborto por “causal salud” está vigente desde 1924.

Hay también figuras atenuadas del delito de aborto que reducen las penas a un menor tiempo, tal es el caso del aborto en caso de violación, o por daños eugenésicos. En el primer Código Penal del Perú, de 1863, la pena se reducía cuando el aborto era practicado por móvil de honor, que en términos de Dador, dicha tolerancia estaba dirigida a *Proteger la reputación de las mujeres y sobre todo, de la familia a la que pertenecían* ⁽⁶⁾.

LA NECESIDAD DEL ABORTO TERAPÉUTICO PARA PROTEGER LA SALUD DE LA MUJER

A pesar de los avances de la medicina y el mayor uso de métodos anticonceptivos, hay todavía muchas mujeres que continúan sufriendo daños a su salud a causa de un embarazo y aunque se trate de un riesgo menor y controlable, desencadenan impactos en la salud, sobre todo cuando se trata de niñas o adolescentes. El impacto del riesgo no controlado se expresa en morbilidad extrema grave, mortalidad materna, incluyendo el suicidio, por un embarazo no deseado, y mortalidad perinatal ⁽¹⁰⁻¹²⁾.

La salud de la mujer gestante puede ser afectada por diversas razones, y puede ser el embarazo en sí mismo el origen de la complicación, impidiendo un tratamiento oportuno o agravando una enfermedad preexistente ^(13,14). Estas circunstancias podrían darse incluso en un embarazo deseado, lo que hace más compleja la toma de decisiones.

Si bien el uso del riesgo tiene que ver con la detección oportuna de un probable daño, y con evitar un resultado adverso ⁽¹⁵⁾, no es unidireccional, por lo que su evaluación debe incluir una serie de variables tanto mediatas e inmediatas y es imposible predecir de manera categórica una circunstancia específica, en tal sentido, el principal aporte de este enfoque será la intervención *a priori* ⁽¹⁶⁾.

En el campo de la salud materna el concepto de riesgo ha sido ampliamente usado, y su definición ha ido evolucionando de una perspectiva genérica y poco predecible, a un uso más riguroso e individual, tal como lo señalaron Maine *et al.* ⁽¹⁷⁾, dado que cada vez son más conocidas las entidades clínicas que pueden poner en peligro la salud de la mujer ⁽¹⁸⁻²¹⁾.

EL RIESGO COMO ELEMENTO CLAVE PARA CONSIDERAR LA INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO

En un tema polémico como el aborto, la certidumbre que aporta el concepto de riesgo es clave, pues aunque este no puede modificar la situación anterior (y tampoco es su objetivo), puede evitar la carga futura de enfermedades, interviniendo sobre; a) los factores de vulnerabilidad, que predisponen a la aparición de un riesgo o de daño a la salud; b) los factores precipitantes, que desencadenan la aparición de un riesgo o afectación de la salud y, c) los factores de consolidación, que pueden generar daño irreversible o condiciones crónicas. En 2009, estos temas fueron ampliamente discutidos tanto en la “Mesa

Tabla 1. Daños que se pueden desencadenar por el embarazo

Factores	Áreas de afectación	Algunos ejemplos de daños que pueden desencadenar
Factores de vulnerabilidad fisiológica	Incluyen las complicaciones propias del embarazo.	Hiperémesis gravídica, preclamsia, mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
Factores de vulnerabilidad psicológica	Incluyen trastornos y enfermedades psiquiátricas, o las situaciones que las precipiten.	Violación sexual, por el riesgo de estrés posttraumático, abuso de drogas, alcohol, depresión, suicidio y conducta violenta
Factores precipitantes	Incluyen a las enfermedades en donde el embarazo puede interferir con el tratamiento.	Diversos cánceres que requieren tratamiento quirúrgico, radio y quimioterapia
Factores de consolidación	Incluye aquellas que agravan la condición de salud	Tratamientos neurológicos, psiquiátricos, insuficiencia renal crónica, lupus eritematoso sistémico con daño renal severo, insuficiencia cardiaca congestiva, cuadros hipertensivos de naturaleza renovascular.

Modificado del "Relato final del taller de sociedades médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico" ⁽²¹⁾

por la Vida de las Mujeres y la Alianza por el Derecho a Decidir" (Bogotá, Colombia), como en el "Foro por el Derecho a Decidir de las Mujeres" (Ciudad de México), en donde, además, se señaló que los factores de riesgo deberán estar basadas en evidencias, sin perder de vista el contexto de vida de cada mujer, así como su ciclo de vida. En el Perú, la Sociedad Peruana de Obstetricia y

Ginecología (SPOG) identificó, en 2005, algunos daños que se pueden desencadenar por el embarazo ⁽²¹⁾, algunos de los cuales se señalan en la Tabla 1.

DOS EJEMPLOS EN DONDE NO SE APLICÓ EL ENFOQUE DE RIESGO Y SE AFECTÓ EL DERECHO A LA SALUD

El Perú cuenta a la fecha con dos sentencias de las cortes internacionales debido a la falta de atención de aborto por razones de salud, que afectó la vida de dos adolescentes. La primera fue resuelta por el Comité de Derechos Humanos de Naciones Unidas en octubre de 2005 ⁽²²⁾, y la segunda emitida por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW) en el 2009 ⁽²³⁾. En los dos casos las afectadas son menores de edad de 17 y 13 años respectivamente, y se determinó que ambas sufrieron discriminación, pues a pesar que estaban en su derecho de acceder al aborto legal, se les fue negado. A ello se añadió trato cruel y negligente debido a que fueron expuestas a un sufrimiento innecesario. Haciendo un análisis de ambos casos (Tabla 2), se puede observar los distintos momentos en que los daños pudieron ser evitados.

LAS BARRERAS QUE IMPIDEN EL ACCESO AL ABORTO POR RAZONES DE SALUD

Aunque la legalidad del aborto por razones de salud no ha sido puesta en discusión, sino muy subrepticamente

Tabla 2. Análisis de los casos judicializados contra el estado peruano por la falta de atención de aborto por razones de salud

	Referencia	Factor vulnerabilidad	Factor precipitante	Factor de consolidación	Situación actual
Caso KL ⁽²²⁾	Adolescente 17 años, con embarazo anencefálico diagnosticado a las 16 semanas	Afectación grave a la salud mental por feto con graves malformaciones y sin capacidad de sobrevivencia	Afectación a la salud mental. Su caso fue calificado como tortura y trato cruel, por la CIDH. Víctima fue obligada a llevar a término el embarazo. Después del parto se le obligó a amamantar a la recién nacida.	Daño a la salud mental, depresión profunda sin tratamiento	Vive fuera del país. El Estado no ha cumplido con la reparación y continua la exigencia de justicia
Caso LC ⁽²³⁾	Adolescente 13 años, víctima de violación. Extremadamente pobre. Cayó del 5° piso, sufrió desplazamiento de la 5.ª vértebra cervical.	Afectación grave a la salud mental por embarazo producto de violación. Angustia extrema e Intento de suicidio a las seis semanas de embarazo	Se le negó tratamiento para la depresión por posible afectación al feto	Se le postergó la cirugía hasta después del aborto espontaneo ocurrido a las 23 semanas de embarazo. Recién pudo iniciar su rehabilitación después de 14 meses del intento de suicidio	Actualmente tiene 19 años, no continuó su educación, no puede valerse por sí misma, no controla esfínteres. El rango articular en los dedos de la mano, solo alcanza el 10%.

Fuente: Chávez-Alvarado S.

a través de los derechos “especiales y privilegiados” que se pretende dar al concebido, propuesto en el proyecto del Nuevo Código del Niño y Adolescente, aprobado en la Comisión de la Mujer del Congreso de la República del Perú en junio de 2013, lo real es que su acceso sigue siendo limitado ⁽²⁴⁾, debido al también limitado entendimiento de derechos humanos que aún prevalece en el sistema sanitario, y a la presión que ejercen los grupos confesionales ⁽²⁵⁾. El centro del debate es la aprobación del protocolo de aborto terapéutico. Los argumentos que han planteado hasta el momento para su incumplimiento, y los contraargumentos a los mismos se detallan a continuación.

La Constitución protege al concebido, por lo tanto no es factible ningún tipo de aborto legal. Aunque respecto a este tema hay un conjunto de opiniones a favor y en contra, lo real es que la legislación peruana ha resuelto este dilema al incluir como figura de excepción el aborto por razones de salud y, por lo tanto, no debería ser el sistema sanitario, ni los médicos quieren que reediten dicho debate, sin caer en la arbitrariedad de la ley no cumplida.

La Ley no obliga a brindar la atención del aborto por razones de salud. Al respecto hay dos aspectos por considerar: Por un lado, si es éticamente permisible la actitud del Estado, en particular la del Ministerio de Salud, de negarse a una intervención que puede prevenir un daño grave y permanente, teniendo todos los recursos para hacerlo, incluyendo el significativo ahorro económico que implicaría a las familias y al propio estado prevenir complicaciones que afectarían la salud de la mujer. Del mismo modo, se debe reflexionar si es legalmente aceptable el incumplimiento de las sentencias judiciales, sin afectar el estado de derecho.

El protocolo no es un requisito indispensable para atender un aborto no punible y, por lo tanto, no es necesario. En efecto, la ausencia de un protocolo no justifica la no prestación del servicio y así lo han entendido las Cortes, pues la responsabilidad no ha sido atenuada por la falta de protocolos. Sin embargo, ello no niega su importancia, tanto para las mujeres, como para los proveedores, tal como lo han señalado previamente otros investigadores ⁽²⁶⁾, quienes han resaltado las contribuciones que un protocolo tendría en beneficio tanto de la salud de la mujer como del ejercicio médico, como se señala en la Tabla 3.

El avance de la ciencia hace innecesario el aborto por razones de salud. Datos epidemiológicos señalan que la mortalidad materna sigue siendo un serio problema de salud pública. El 25% de las muertes están relacionadas a causas indirectas y que hubiesen sido evitadas con la interrupción oportuna del embarazo. Se

Tabla 3. Posibles contribuciones de un protocolo de aborto terapéutico a la salud de la mujer y al ejercicio médico

Protección a la salud de la mujer	Protección al ejercicio médico
Incorpora la práctica en la oferta de servicios, en términos programáticos y de cobertura financiera	Guía de práctica clínica dentro del campo estrictamente médico
Establece procesos administrativos a seguir	Desestigmatiza una práctica; establece una distinción entre lo legal e ilegal
Estandariza intervenciones, incluyendo la prevención de nuevos embarazos	“Ahorra” complicaciones factibles de ser valoradas como negligencias o mala praxis
Normaliza la práctica en base a recomendaciones de OMS.	Activa relación con otras especialidades

Modificado de: Litigio nacional: interposición de una acción de cumplimiento para la implementación de una guía práctica clínica para el acceso al servicio del aborto ⁽²⁶⁾

sabe que al menos el 1% de embarazos comprometerán de manera seria la salud de la mujer, lo que resultaría que en el Perú se podría necesitar al menos 10 000 intervenciones de abortos por razones de salud ⁽²⁶⁾.

El aborto por razones de salud no es necesario, pues hay la obligación de salvar las dos vidas. Este debate no corresponde al aborto por razones de salud, sino a cualquier otra complicación durante el embarazo, donde prime el deseo de la mujer continuar con su embarazo. El aborto por razones de salud, está basado en el acto mismo de interrupción, debido a que la continuidad del embarazo constituye una situación de riesgo intolerable para la mujer. El riesgo que acarrea esta perspectiva es el sometimiento a un riesgo extremo de la mujer, en espera de la viabilidad fetal. El tiempo de espera que se suele imponer bajo este criterio anula el principio de oportunidad, esta figura ha sido notificada como un acto de tortura porque se infringen intencionalmente los derechos de la mujer sabiendo que se puede evitar ⁽²⁷⁾.

CRITERIOS A SER VALORADOS EN LA TOMA DE DECISIONES DEL ABORTO POR RAZONES DE SALUD

Dada la incertidumbre que muchos profesionales tienen respecto a la aplicación de la causal salud, se han desarrollado tres preguntas claves, las cuales han sido propuestas en el documento de la causal salud ⁽³⁾:

Quién determina la existencia de riesgos a causa de un embarazo. Debería ser el médico encargado

de la atención quién debería apoyar su evaluación en la medicina basada en evidencias. Se conoce que determinadas enfermedades y complicaciones son afectadas por el embarazo; dichas evidencias deberán estar acompañadas del análisis de la situación particular de cada mujer. Contextos individuales, como la disponibilidad de recursos, incluyendo servicios de salud, violencia y otros, son determinantes que también deberían tomarse en cuenta en la toma de decisiones.

Qué tanto riesgo está obligada a soportar una mujer. En el abordaje de la salud, desde una perspectiva de derechos humanos, no puede exigirse a ninguna persona sacrificios que no está dispuesta a asumir. La práctica de determinar cuánto riesgo se quiere asumir ya está incluida en el consentimiento informado, que forma parte de la interacción médico - paciente. Este principio no debería ser distinto en la aplicación del aborto por razones de salud.

Cuándo los riesgos pueden generar una afectación irrazonable. Cualquier situación no manejada de manera oportuna, existiendo mecanismos de prevención, es irracional; evitar dicha situación debería ser el principio básico de la intervención. Es muy importante señalar que el aborto, cuando se realiza en condiciones seguras, de manera oportuna, tiene muy bajo nivel de complicaciones y ofrecerá márgenes significativos de reducción de la morbimortalidad materna ⁽²⁸⁾.

REFLEXIONES FINALES

La interrupción del embarazo por razones de salud no centra su debate en el derecho a la maternidad voluntaria, sino en la situación excepcional de protección de la salud de la mujer, lo que implica obligaciones imperativas del sistema sanitario. En el Perú, el acceso bajísimo del aborto no penalizado, no es justificado dada la alta incidencia de muerte materna y cálculos no bien estimados de morbilidad extrema grave. Las barreras existentes son de carácter ideológico y no jurídico, y crean distorsiones inaceptables en términos de justicia y de indicadores de salud pública. Estas barreras están generando daños no contabilizados. Sin embargo, a pesar de su limitada visibilización, dan una idea del enorme impacto que tiene, tanto en términos individuales como en resultados sanitarios. Se requiere encarar esta problemática con un mayor entendimiento de los derechos humanos de quienes deciden en el sector salud, incorporando dichos aspectos desde el proceso de formación; asimismo, se requiere que el Estado no continúe siendo el principal infractor en la política pública y de la justicia, por lo que debería asumir las sentencias judiciales, que incluyen la aprobación del aborto terapéutico.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Congreso de la República del Perú. *Ley 26842. Ley General de Salud*. Título II, Capítulo III, Artículo 29. 09 de julio de 2013.
2. Távara Orozco L, Jacay Munguía AV, Dador Tozzini M. *Apuntes para la acción; El derecho de las mujeres a un aborto legal. Cumplimiento del aborto terapéutico y fundamentación para la ampliación de las causales de aborto por violación y malformaciones congénitas incompatibles con la vida*. Lima. PROMSEX; 2007.
3. La Mesa por la Vida de las Mujeres y la Alianza por el Derecho a Decidir. *Causal Salud. Interrupción Legal del Embarazo, Ética y Derechos Humanos*. Bogotá: Cotidiano Mujer; 2009.
4. Sistema Peruano de Información Jurídica. *Decreto Legislativo 635. Código Penal*. Libro Segundo. Título I. Capítulo II. Art. 119. 03 de abril del 1991.
5. Organización Mundial de la Salud. *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Preludio. Conferencia Sanitaria Internacional de Nueva York. Firmada el 22 de julio de 1946. Ginebra: OMS; 1946.
6. Dador Tozzini MJ. *El aborto terapéutico en el Perú*. Lima: PROMSEX; 2010.
7. Álvarez VM. *Viabilidad jurídica de una guía técnica para la interrupción terapéutica del embarazo*. Lima: PROMSEX; 2008.
8. Sistema Peruano de Información Jurídica. *Decreto Legislativo 635. Código Penal*. Libro Segundo. Título I. Capítulo II. Art. 114. 03 de abril del 1991.
9. Sistema Peruano de Información Jurídica. *Decreto Legislativo 635. Código Penal*. Libro Segundo. Título I. Capítulo II. Art. 115. 03 de abril de 1991
10. Langer A. *El embarazo no deseado; Impacto sobre la Salud y la Sociedad en América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Publica. 2002;11(3):192-205.
11. Alvarado Bestene R. *Mantenimiento de la salud de la mujer embarazada*. Univ Med Bogotá (Colombia). 2009;50(2):237-61.
12. Gómez PI, Molina R, Zamberlin N. *Factores relacionados con el embarazo y la maternidad en menores de 15 años*. Lima: PROMSEX; 2011.
13. Barfield WD, Warner L. *Preventing chronic disease in women of reproductive age: opportunities for health promotion and preventive services* [editorial]. Prev Chronic Dis 2012;9:110281. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110281>.
14. Low Dog T, Maizes V. *The role of integrative medicine in women's health*. Altern Ther Health Med. 2010;16(1):16-7.
15. Organización Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo 2002 - Reducir los riesgos y promover una vida sana*. Ginebra: OMS; 2002.
16. The National Academy Of Clinical Biochemistry. *Guías para la práctica en el laboratorio clínico. Evaluación del riesgo materno-fetal y valores de referencia en el embarazo*. Acta Bioquímica Clínica Latinoamericana. 2007;41(3):419-36.

17. Maine D, Akalin MZ, Ward VM, Kamara A. *Diseño y evaluación para programas para mortalidad materna*. New York: Columbia University; 1997.
18. Minkauskiene M, Nadisauskiene R, Padaiga Z, Makari S. *Systematic review on the incidence and prevalence of severe maternal morbidity*. Medicina (Kaunas). 2004;40(4):299-309.
19. Rondon MB. *Childbirth is not only complex: it may also be dangerous*. World Psychiatry. 2004;3(2):98-9.
20. Rosenberg KR, Trevathan WR. *An anthropological perspective on the evolutionary context of preeclampsia in humans*. J Reprod Immunol. 2007;76(1-2):91-7.
21. Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología; Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos. *Relato Final del Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico*. Lima: SPOG/PROMSEX; 2005.
22. CLADEM. *Caso KLL, Perú (aborto)* [Internet]. Lima: CLADEM; 2010 [citado el 29 de junio 2013]. Disponible en: http://www.cladem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=408:caso-kll-peru-aborto&catid=47&Itemid=132
23. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). *Caso L.C.c. Perú ante el Comité CEDAW (comunicación N.º 22/2009). Derecho a la igualdad y no discriminación en el acceso a servicios de interrupción legal del embarazo*. Lima: PROMSEX; 2012.
24. Ayala Peralta F, Cabrera Ramos S, Chumbe Ruiz O, Mascaro Sánchez P, Silva Benavides C, Távora Orozco L, et al. *Interrupción Legal del Embarazo por Causales Salud*. Lima: PROMSEX; 2009.
25. Chávez S, Guerrero R. *Un derecho negado, una responsabilidad eludida. Comportamiento del Estado frente al aborto terapéutico*. Lima: PROMSEX; 2007.
26. Ramírez Huaroto B, Távora Orozco L, Romero Borda S, Marín Sandoval Y. *Litigio Nacional: Interposición de una Acción de Cumplimiento para la Implementación de una Guía Práctica Clínica para el Acceso al Servicio del Aborto Legal*. Lima: PROMSEX; 2011.
27. Amnistía Internacional. *El Impacto Internacional del Aborto en Nicaragua, Información para el Comité de la ONU Contra la Tortura*. Managua: Amnistía Internacional; 2009.
28. Organización Mundial de la Salud. *Safe Abortion: technical and policy guidance for health systems*. 2da ed. Ginebra: OMS; 2012.

Correspondencia: Susana Chávez Alvarado
 Dirección: Av. José Pardo 601 Oficina 604,
 Lima 18, Perú
 Teléfono: (511) 4478668 anexo 114
 Correo electrónico: susana@promdsr.org

Consulte las ediciones anteriores de la
 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública en

www.scielosp.org

