

Pontificia Universidad Católica del Perú
Facultad de Derecho



María Vs. Perú

Trabajo de suficiencia profesional para obtener el título de Abogada

Autor

Yois Katherine Alejos Montero

Revisora

Carolina Soledad Rodríguez Castro

Lima, 2021

Resumen:

El presente informe jurídico tiene como objetivo realizar un análisis de los problemas jurídicos detectados en el caso de María, quien en su condición de víctima de violencia sexual, sufrió obstáculos para acceder al sistema de salud y justicia, ello a causa de la ausencia de políticas públicas y decisiones jurídicas orientadas a garantizar los derechos fundamentales de las mujeres víctimas de violencia sexual. Y, sobre todo, de la indebida actuación de los servidores públicos quienes desde la etapa inicial de atención revictimizaron a María.

En esa línea, se describen los hechos vinculados con la agresión sexual, que permite evidenciar el estado de inseguridad y la violencia de género existente en nuestra sociedad. Además, se detalla su estadía en el centro hospitalario de Huánuco, que permite apreciar la falta de información que recibió sobre el uso del anticonceptivo oral de emergencia. Y, se narra el proceso penal que se desarrolló para identificar a los responsables del ilícito penal y la reparación civil.

Este contexto es relevante para analizar los derechos humanos violados por parte del Estado peruano y responder el problema principal: la responsabilidad internacional de este en materia de derechos humanos, especialmente por la violación al derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres víctimas de violencia sexual, así como la violación al derecho a una vida libre de violencia.

Palabras clave:

Violación sexual- Derecho a la salud sexual y reproductiva- Anticonceptivo Oral de Emergencia- Sistema de Justicia- Derecho a una vida libre de violencia

Abstract:

The purpose of this legal report is to analyze the legal problems detected in the case of María, who, as a victim of sexual violence, suffered obstacles in accessing the health and justice system, due to the absence of public politics and legal decisions aimed at guaranteeing the fundamental rights of women victims of sexual violence. And, above all, the improper actions of public servants who, from the initial stage of care, revictimized María.

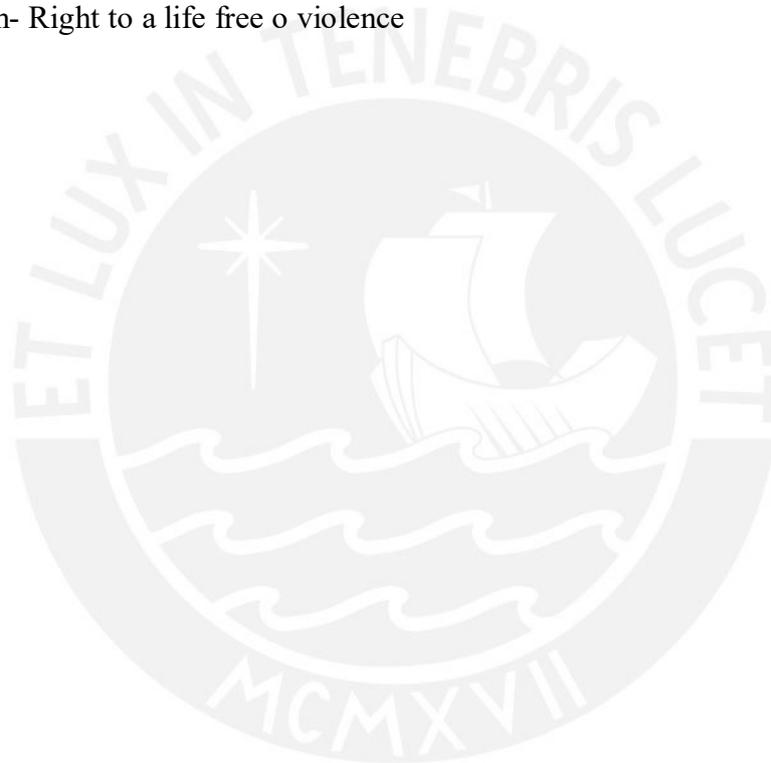
In this line, the facts related to the sexual aggression are described, which allows to evidence the state of insecurity and gender violence existing in our society. In addition, her stay in the hospital in Huánuco is detailed, which shows the lack of information she

received about the use of emergency oral contraception. And, it narrates the criminal process that was developed to identify those responsible for the criminal offense and the civil reparation.

This context is relevant to analyze the human rights violated by the Peruvian State and to answer the main problem: the international responsibility of the Peruvian State in human rights, especially for the violation of the right to sexual and reproductive health of women victims of sexual violence, as well as the violation of the right to a life free of violence.

Keywords

Sexual Rape- Right Sexual and Reproductive Health- Emergency oral contraceptive- Justice system- Right to a life free o violence



Agradecimientos

A Isabel, Esaú y Uziel, por ayudarme a cumplir mis sueños.

Dedicatoria

A Verena, por inculcarme siempre que el estudio es libertad.



Tabla de Contenido

1	INTRODUCCIÓN.....	1
2	ANTECEDENTES Y HECHOS DEL CASO.....	2
2.1	Los derechos sexuales y reproductivos en el plano internacional.....	2
2.2	Contexto nacional de los derechos sexuales y reproductivos	4
2.3	La judicialización de la anticoncepción oral de emergencia.....	12
	2.3.1. Proceso de cumplimiento.....	12
	2.3.2. Proceso de amparo.....	15
	2.3.3. Amparo contra amparo.....	17
2.4	Hechos relacionados con la violación sexual.....	21
2.5	Sobre la atención en el centro de salud.....	23
2.6	Sobre el proceso penal de la agresión sexual.....	25
3	IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS.....	26
3.1	PROBLEMA PRINCIPAL: ¿El Estado peruano es responsable internacionalmente en materia de derechos humanos ante la indebida actuación de los profesionales sanitarios y los operadores de justicia en la atención de víctimas de violencia sexual?.....	26
3.2	La atención de los servidores sanitarios en casos de violación sexual.....	28
3.3	La atención de los servidores de justicia en los casos de violación sexual.....	36
4	ANÁLISIS DEL CASO.....	43
4.1	Derechos Humanos de María vulnerados por la actuación de los operadores Sanitario.....	44
	4.1.1. La presunta violación al derecho a la salud sexual y reproductiva.....	45
	4.1.2. La presunta violación del derecho a la igualdad y no discriminación.....	55
	4.1.3. La presunta violación a la integridad personal.....	62
	4.1.4. La presunta violación al derecho de la honra y la dignidad.....	64
	4.1.5. Presunta violación al derecho a la libertad personal.....	66
4.2	Derechos Humanos de María violados por la actuación de los servidores de la administración de justicia.....	67
	4.2.1. La presunta violación al derecho a las garantías judiciales	68
	4.2.2. La presunta violación al derecho a la protección judicial.....	72
4.3	La presunta violación al derecho a una vida libre de violencia.....	74
4.4	Incumplimiento de los deberes internacionales en materia de derechos humanos..	76
4.5	Los esfuerzos actuales del Perú para cumplir con su deber de garantizar los derechos humanos de las mujeres víctimas de violación sexual.....	81
5	CONCLUSIONES.....	86
6	BIBLIOGRAFÍA.....	89

1. INTRODUCCIÓN

En nuestro país, las mujeres enfrentan diversas situaciones que limitan el ejercicio de sus derechos fundamentales, una de ellas es la violencia sexual. Se estima que en el 2014, se recibieron 5 mil 614 denuncias por violación sexual, ello sin contar aquellos casos no denunciados (INEI, 2019, p.44). Es por ello que, este tipo situación viene siendo de gran preocupación por parte del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará y en concreto de su Comité de Expertas, quienes constantemente instan a los Estados partes a garantizar el acceso efectivo a servicios de salud sexual y reproductiva, y adoptar disposiciones que garanticen la distribución gratuita de la anticoncepción de emergencia en los servicios públicos de salud sin distinción de clase social o pertenencia étnica (MESECVI, 2014, p.5). Asimismo, ha reconocido la importancia del acceso a la justicia como primera línea de defensa de los derechos humanos víctimas de violencia de género, lo que implica que el acceso a los servicios de justicia resulte sencillo y eficaz, que cuente con las debidas garantías que protejan a las mujeres y se garantice la debida reparación de las mujeres víctimas de violencia (MESECVI, 2014, p.12).

Un caso que refleja la violencia en contra de las mujeres, es el caso de María, quien a los 18 años edad fue abusada sexualmente en dos ocasiones. María no pudo acceder de manera inmediata al servicio de salud, a pesar de las lesiones físicas y psicológicas que presentaba, además no se le brindó la información adecuada ni el acceso a la anticoncepción oral de emergencia. Por otro lado, no pudo acceder de manera celeridad al sistema de justicia, durante la investigación se le revictimizó en diversas ocasiones y, finalmente, no se le garantizó una reparación justa. Es por ello que en el 2016, el presente caso llegó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, quien en el 2020 emitió un informe de admisibilidad y actualmente está pendiente el informe de fondo.

Teniendo en cuenta la implicancia de este caso para el desarrollo de los derechos humanos de las mujeres víctimas de violencia sexual, se ha optado por desarrollar este caso en el presente informe. En ese sentido, en primer lugar, se describe el contexto del anticonceptivo oral de emergencia en el Perú, particularmente su antecedente en sede administrativa y judicial. En segundo lugar, se detalla los hechos del caso relacionados con la agresión sexual, la atención en el sistema de salud y el proceso penal. En tercer lugar, se

enuncia el problema jurídico principal identificado: si el Estado peruano es responsable internacionalmente en materia de derechos humanos por la indebida actuación de los servidores de salud y justicia. En cuarto lugar, se realiza el análisis de los derechos humanos violados en el presente caso, así como los deberes incumplidos, ello a fin de poder afirmar la responsabilidad internacional del Estado peruano. Y por último, se exponen las conclusiones del análisis, las mismas que responden al problema principal.

2. ANTECEDENTES Y HECHOS DEL CASO

2.1. ANTECEDENTES SOBRE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL PLANO INTERNACIONAL

2.1.1. Durante la década de los setenta surge incipientemente el reconocimiento del derecho a la salud reproductiva y sexual de las mujeres, como necesidad de limitar al poder estatal. Ello, debido a las agresivas políticas de control de la natalidad que imponían los Estados con fines exclusivamente demográficos, toda vez que dichas políticas se enfocaban únicamente al control de la fecundidad de las mujeres (Defensoría del Pueblo, 2001, p.13). El fomento de estas políticas respondía a las demandas e influencia del feminismo, quienes plantearon la necesidad de entender que el derecho a la salud, abarca los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y que deben ser comprendidos como derechos humanos, al estar directamente vinculados con la vida y el cuerpo de los seres humanos de sexo femenino (Amayo, 2001, p.28).

2.1.2. A raíz de estas demandas en el ámbito internacional, los Estados comenzaron a entender la relevancia de este derecho vinculado directamente con los derechos de las mujeres. Esta apreciación se vio reflejada en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la cual estableció que los Estados Parte deben adoptar medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer y asegurar el derecho de acceso a los servicios de atención médica,

así como brindar información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia; es decir, en la esfera sexual y reproductiva¹.

2.1.3. Este reconocimiento se reforzó en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena en 1993, donde se estableció la importancia de los derechos de la mujer y de la niña en la esfera del derecho la salud, y recalcó que forman parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales².

2.1.4. La presión internacional exigió que los Estados acepten que la violencia contra la mujer es una violación de derechos humanos, la cual se puede manifestar en la vida pública y privada y por lo tanto es relevante eliminarla³. Siendo el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres relevante en aras de garantizar el derecho de las mujeres a una vida libre de violencia, tanto sexual, psicológica o física⁴.

2.1.5. De otro lado, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, desarrolló en todo un capítulo titulado “Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva”, que el derecho a la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consonancia, se estableció que la atención de salud reproductiva, implica el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, sin discriminación y coacción⁵.

¹ Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer ratificada el 20 de agosto de 1982. Los artículos que hacen referencia a lo señalado es el artículo 12 inciso 1) y el literal b) del inciso 2) del artículo 14° y el literal e) del inciso 1) del artículo 16°.

² Conferencia Mundial de Derechos Humanos Viena, cuya Declaración realizada del 14 al 15 de junio de 1993 y cuyo Programa de Acción fueron aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos el 25 de junio de 1993, p.7 y 8.

³ Conferencia Mundial de Derechos Humanos: Declaración y Programa de Acción de Viena, Naciones Unidas, junio 1993. p.58.

⁴ Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en diciembre de 1993, en el cuadragésimo séptimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

⁵ Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo realizada en El Cairo del 5 al 13 de setiembre de 1994, p. 37.

2.1.6. En ese contexto, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer en 1995 incluyó a la violencia contra la mujer como la principal preocupación por parte de los Estados. En consonancia, se estableció enfáticamente que los derechos humanos de la mujer incluyen el derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente sin verse sujetas a la coerción, la discriminación y la violencia⁶. Con lo cual, se afianzó la vinculación del derecho a la salud de las mujeres con los derechos sexuales y reproductivos, como necesidad para contrarrestar la violencia contra la mujer como una violación de los derechos humanos.

2.1.7. Por tal motivo, los Estados tienen la obligación de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres. Lo que implica, sancionar los delitos que atacan la libertad sexual de las mujeres como las violaciones sexuales, que directamente violan el derecho a la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres, su integridad, dignidad y libertad de poder vivir sin violencia (Bermúdez, 2006, p.7).

2.1.8. En ese sentido, la interacción del derecho sexual y reproductivo de las mujeres y una vida libre de violencia exige que los Estados adecúen su legislación y apliquen políticas públicas en aras de garantizar ambos derechos. En la práctica, significa que, por ejemplo, en los casos de violencia sexual, las mujeres víctimas puedan acceder a una atención de salud más amplia, que implique una atención adecuada en casos de lesiones físicas, psicológicas, sexuales y reproductivas, sin discriminación y violencia por parte de los servidores de salud.

2.2. **CONTEXTO NACIONAL SOBRE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS**

2.2.1. En el caso peruano, el marco de protección a los derechos reproductivos de las mujeres no fue considerado de manera integral. Si bien las políticas públicas buscaban efectivizar este derecho, en la práctica no se lograba ello. Esta situación

⁶ Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing del 4 al 15 de setiembre de 1995, p. 37 y 38.

se evidencia con el Manual de Salud Reproductiva: Métodos y Procedimientos de 1992, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º738-92-SA/DM, el cual incluyó la anticoncepción oral de emergencia como un método anticonceptivo; sin embargo, en la práctica no era distribuida por parte de los servidores sanitarios (Defensoría del Pueblo, 2003, p.18 y19).

- 2.2.2. Posteriormente, la Constitución Política del Perú de 1993, en el artículo 6º, hace alusión a los derechos reproductivos, pero vinculados a la paternidad y maternidad responsables, no como un derecho a la salud. Asimismo, en la Ley General de Salud promulgada en 1997, ninguno de sus títulos y capítulos hace referencia a los derechos reproductivos, solo se limita a señalar que toda persona tiene derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, sin dar mayor desarrollo.
- 2.2.3. La negatividad de los servidores de la salud a distribuir la anticoncepción oral de emergencia, se reflejó en la aprobación de las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar, aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º465-99-SA/DM, de 22 de setiembre de 1999, las cuales no incluían a los anticonceptivos orales de emergencia (AOE) entre los métodos anticonceptivos de distribución gratuita por parte del Ministerio de Salud como parte del programa (Defensoría del Pueblo, 2003, p.18).
- 2.2.4. Esta situación se intentó cambiar mediante la Resolución Ministerial N.º 399-2001-SA/DM, de fecha 13 de julio de 2001, la cual amplió las normas de planificación familiar y estableció que la anticoncepción oral de emergencia (AOE) fuera incorporada en las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar, pero nuevamente su distribución gratuita como parte del referido programa no se hizo efectiva (Defensoría del Pueblo, 2003, p.19).
- 2.2.5. La negativa a la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia se mantuvo, a pesar de que, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas DIGEMID, mediante Resolución Directoral N.º10633 SS/DIGEMID/DERN/DR,

de fecha 12 de setiembre de 2000, autorizó la inscripción de la píldora de anticoncepción de emergencia NORLEVO14 con Registro Sanitario N.ºE-13203, para la venta con receta médica. Mientras que, el 17 de diciembre de 2001, mediante Resolución Directoral N.º13958 SS/DIGEMID/DERN/DR, la DIGEMID autorizó la inscripción de la píldora de anticoncepción de emergencia POSTINOR 215 (0.75mg tabletas) con Registro Sanitario N.ºE-14208, también para la venta con receta médica (Defensoría del Pueblo, 2003, p.20).

- 2.2.6. Es decir, a pesar de que el marco legal establecía la distribución gratuita de la anticoncepción oral de emergencia, el Ministerio de Salud se negaba a cumplir con dicha normativa, pero sí permitía la venta con receta médica de este anticonceptivo. Ello provocó que, la Defensoría del Pueblo mediante Oficio N.º082-2002/DP-DM solicite información al Ministerio de Salud, por cuanto esta entidad no cumplía con incorporar la anticoncepción oral de emergencia en los protocolos de atención de los servicios brindados, vulnerando de esta forma la Resolución Ministerial N.º399-2001-SA/DM, de 13 de julio de 2001(Defensoría del Pueblo, 2003, p.50).
- 2.2.7. A raíz de esta situación, el 18 de setiembre del 2002, la ONG “Mujeres Organizadas” interpuso una demanda de cumplimiento para que el Ministerio de Salud distribuya el anticonceptivo oral de emergencia en los servicios de salud públicos. Esta acción seguirá su curso de forma paralela a los hechos aquí narrados respecto a lo ocurrido entre la Defensoría del Pueblo y el Ministerio de Salud, llegando a resolverse en el año 2006. El alcance de este proceso judicial lo desarrollo en el punto 2.3.1 del presente informe.
- 2.2.8. En cuanto a las acciones del Ministerio de Salud que fueron solicitadas por la Defensoría del Pueblo, ningún funcionario respondió la solicitud efectuada en torno a dicha situación. Por tal motivo, el 24 de octubre del 2002, se publicó en el diario oficial El Peruano, el Informe Defensorial N.º69, aprobado mediante la Resolución Defensorial N.º031-2002, con el cual se dio cuenta de las solicitudes de información y la falta de respuesta en torno a la negativa de distribuir gratuitamente la anticoncepción oral de emergencia. No obstante, se reiteró el pedido y se le

recordó al viceministro de Salud que en su condición de funcionario público estaba obligado a remitir la información solicitada (Defensoría del Pueblo, 2003, p.50).

- 2.2.9. Por consiguiente, el 7 de noviembre de 2002, el viceministro de Salud mediante la Carta SA-DVM-N°828-2002 respondió a las comunicaciones de la Defensoría del Pueblo e informó que las pastillas anticonceptivas de emergencia se incorporaron a las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar mediante Resolución Ministerial N.°399-2001-SA/DM, pero a pesar de su protocolización no fue considerado en los años 2001 y 2002 por la gestión de aquel entonces, para su financiamiento (Defensoría del Pueblo, 2003, p.50) .
- 2.2.10. Asimismo, debido a que un sector consideraba que este anticonceptivo era abortivo, el Ministerio de Salud había solicitado un informe al Colegio Médico del Perú. En base al referido informe, el Ministerio de Salud señaló que mientras no se determine claramente el modo de acción principal de las píldoras anticonceptivas de emergencia, se recomendaba cautela y prudencia para su prescripción (Defensoría del Pueblo, 2003, p.50).
- 2.2.11. El informe del Colegio Médico del Perú que fue utilizado por el Ministerio de Salud, señalaba que resultaba conveniente tener prudencia y cautela con la distribución de la píldora anticonceptiva de emergencia, debido a que se desconocían sus efectos en la vida humana (Defensoría del Pueblo, 2003, p.50).
- 2.2.12. La posición del Ministerio de Salud se hizo pública en enero de 2003 cuando reafirmó su negación a cumplir con la Resolución Ministerial N.°399-2001-SA/DM, argumentando que la anticoncepción oral de emergencia no sería incorporada a los métodos de planificación familiar que distribuye el Ministerio de Salud, en tanto no se encontraran claros los mecanismos de acción, los efectos secundarios y peligros que este método representaba a la vida humana (Defensoría del Pueblo, 2003, p.6).

- 2.2.13. Es preciso señalar que, la controversia en torno a ese anticonceptivo de emergencia se politizó cuando el Ministro de Salud, el 24 de enero de 2003, mediante Carta SA-DM-N°0467-2003, informó al entonces congresista José Luis Risco que la anticoncepción oral de emergencia (AOE) no sería incorporada a los métodos de planificación familiar que distribuye el Ministerio de Salud, en tanto no se encontraran claros los mecanismos de acción, los efectos secundarios y peligros que este método representa a la vida humana (Defensoría del Pueblo, 2003, p. 12).
- 2.2.14. La problemática sobre la falta de seguridad sobre la acción y los efectos del anticonceptivo oral de emergencia, generó que la Defensoría del Pueblo verifique el informe remitido por el Colegio Médico del Perú al Ministerio de Salud. De dicha investigación se desprendió que el informe inicialmente emitido por la referida institución solo tuvo carácter preliminar y no definitivo. Es así que, posteriormente, el 01 de febrero del 2003, el Consejo Nacional del Colegio Médico emitió un comunicado, publicado el 09 de febrero de 2003, recomendando el cumplimiento de la Resolución Ministerial N.°399-2001SA/DM por parte del Ministerio de Salud (Defensoría del Pueblo, 2003, p.11).
- 2.2.15. La investigación realizada por la Defensoría del Pueblo se hizo pública y en esa línea, el 09 de febrero de 2003, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG) emitió un comunicado afirmando que la AOE debe ser implementada y debe formar parte de los métodos de planificación familiar que se ofrecen a nivel nacional en forma libre, voluntaria e informada (Defensoría del Pueblo, 2003, 32).
- 2.2.16. Debido a dichos comunicados, la Defensoría del Pueblo tomó conocimiento que el protocolo de la AOE fue anexo a la autógrafa de la Resolución Ministerial N.°399-2001 SA/DM de 13 de julio de 2001. Dicho protocolo fue incluido como numeral 3 «Anticoncepción oral de emergencia», del literal C «Anticonceptivos Orales» del Título VIII «Métodos Anticonceptivos» de las Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar (Defensoría del Pueblo, 2003, p.51).

- 2.2.17. A pesar de los intentos por prohibir la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia, mediante Resolución Ministerial N°668-2004/MINS de fecha 21 de junio de 2004, se aprobaron las “Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva”, en las cuales se reafirmó al anticonceptivo oral de emergencia como método anticonceptivo y se estableció la información que debía brindarse a las mujeres respecto de su uso. Asimismo, se señaló el procedimiento que debían seguir los servidores de salud en casos de consulta por violación sexual y se enfatizó el deber de estos de informar a las usuarias sobre la posibilidad de embarazo y, si ellas lo solicitan, se les administre el AOE, en el caso de que no hayan usado anticonceptivos orales, inyectables o DIU. Sobre todo, dicha guía señala que este anticonceptivo debe ser administrado dentro de las 72 horas de ocurrido el hecho violento (MINSA, 2004, p.17 y 18).
- 2.2.18. No obstante, el 29 de octubre del 2004, el grupo religioso Acción de Lucha Anticorrupción “Ala Sin Componenda” interpuso una demanda de amparo contra el Ministerio de Salud. La cual fue resuelta el 09 de noviembre de año 2009 por el Tribunal Constitucional quien ordenó la suspensión de la distribución gratuita de la píldora solo en los centros de salud, debido a existía duda respecto al efecto abortivo de la pastilla del día siguiente.
- 2.2.19. No obstante, en la investigación breve que se realizó en dicho momento, no se obtuvo certeza sobre la misma, pero el Tribunal Constitucional recurrió a una interpretación de derechos humanos denominado precautorio en contra de la distribución de este medicamento y a favor del derecho a la vida del óvulo fecundado acogiéndose a la Teoría de la Fecundación.
- 2.2.20. La materia de este resultado fue analizada por la Corte interamericana con ocasión del caso Artavia Murillo vs Costa Rica en el año 2012, llegándose a determinar – entre otros – la no condición de abortiva de la píldora, debido a que actuaba en un momento anterior a la anidación y se había acreditado científicamente la falta de

lesión a la vida humana dependiente⁷. El alcance y las implicancias de este proceso judicial paso a detallarlas en el siguiente apartado 2.3.3.3).

2.2.21. Ante la ejecución inminente de la sentencia, el Ministerio de Salud remitió el Oficio N. °2740-2009-DM/MINSA al representante de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú, con fecha 11 de noviembre de 2009, solicitándole le remita la opinión actualizada de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, con relación a la Anticoncepción Oral de Emergencia (Justo, 2012, p.2).

2.2.22. El oficio antes indicado recibió respuesta mediante el Comunicado de Referencia PER/COO/010/63/03/2116-2009 de fecha 13 de noviembre de 2009, mediante la cual la Organización Panamericana de la Salud emitió la última opinión sobre el tema señalando que no era abortiva y no impedía la anidación del huevo fecundado y que no tenía efecto sobre el endometrio, así también se señaló que los estudios practicados demostraron que la Píldora del Día Siguiente no impedía la implantación del huevo fecundado, de modo que no era abortiva (Justo, 2012, p.3).

2.2.23. Es por ello que, mediante Resolución Ministerial N°.167-2010 de fecha 09 de marzo del 2010, el Ministerio de Salud dispuso hacer de conocimiento público que, de conformidad con los informes técnicos expedidos posteriormente a la Sentencia del Tribunal Constitucional, existe certeza que el uso del *levonorgestrel* como anticonceptivo oral de emergencia no es abortivo, y no produce efectos secundarios mortales o dañinos⁸, teniendo propiedades benéficas en favor de los derechos de las mujeres.

2.2.24. A pesar de ello, mediante Resolución N.°31, recaída en el expediente N.°2004-72276-28, el Vigésimo Octavo Juzgado Especializado en lo Civil ordenó al Ministerio de Salud que se abstenga de realizar cualquier actividad referida al uso

⁷Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012.

⁸Resolución Ministerial N°167-2010/MINSA de fecha 08 de marzo del 2010.

del *levonorgestrel* como anticonceptivo oral de emergencia, en virtud de lo dispuesto por el Tribunal Constitucional, lo que se dio cumplimiento mediante Resolución Ministerial N.º652-2010/MINSA el 19 de agosto de 2010⁹.

2.2.25. En la práctica, la prohibición de distribución gratuita de la AOE en los centros de salud generó la violación de los derechos sexuales y reproductivos de miles de mujeres, especialmente de las víctimas de violación sexual, para quienes la AOE resulta de vital importancia para prevenir embarazos no deseados. El impacto que tiene la violencia sexual sobre la vida las mujeres trascienden el ámbito familiar privado e involucra al Estado a través de diversos agentes públicos, como los prestadores de salud. Entre las responsabilidades estatales se encuentra la provisión de servicios de salud, para atender las repercusiones adversas que sufren las mujeres luego de un acto de violación sexual y las consecuencias de estos hechos en el corto, mediano y largo plazo, pero sobre todo el asegurar el acceso a medidas rápidas para que las víctimas obtengan anticoncepción oral de emergencia (Guerrero & Chávez, 2006, p.16). Este tipo de actos afecta gravemente la salud e integridad de las niñas y adolescentes y en general de todas las víctimas de violencia sexual, colocándolas en una situación de mayor vulnerabilidad.

2.2.26. En la actualidad, la Directiva Sanitaria N.º94-MINSA/2020/DGIES, Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19, aprobada mediante la Resolución Ministerial N.º.217/2020/MINSA, dispuso que se debe garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres, lo que incluye el suministro de métodos anticonceptivos de forma permanente y gratuita, incluyendo la *levonorgestrel*, sin requerir historias clínicas o recetas. En los casos de violación sexual se establece concretamente que se debe brindar de forma inmediata el kit para la atención de casos de violencia sexual, que incluye la Anticoncepción Oral de Emergencia y consejería sobre su uso.

⁹ Resolución Ministerial N.º652-2010/MINSA de fecha 19 de agosto del 2010.

2.2.27. Por otro lado, mediante la Resolución Ministerial N.º649-2020/MINSA de fecha 20 de agosto del 2020, se aprobó la Norma Técnica de Salud N.º164-MINSA/2020/DGIESP, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual, de conformidad con la Ley N.º30364, Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. Mediante esta guía se establece la actuación humanitaria que deben tener los servidores de salud frente a casos de víctimas de violencia y violación sexual. Asimismo, se les exige actuar rápidamente considerando la afectación emocional de la persona y la posibilidad de prevenir consecuencias negativas en su salud sexual y reproductiva, mediante la distribución de la anticoncepción oral de emergencia.

2.3. LA JUDICIALIZACIÓN DE LA AOE

La materia objeto de análisis en el presente informe tuvo tres procesos judiciales importantes que corrieron en paralelo, cuyos alcances son desarrollados a continuación:

2.3.1. Proceso de cumplimiento

2.3.1.1. En el año 2002, la Defensoría del Pueblo solicitó al Ministerio de Salud el cumplimiento de la Resolución N.º399-2001-SA/DM de fecha 13 de julio del 2001, mediante la cual se dispuso la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia en todos los centros de salud (ver punto 2.2.4, 2.2.5 y 2.2.6).

2.3.1.2. En ese contexto, el 18 de setiembre del 2002, la ONG “Mujeres organizadas” interpuso un proceso de cumplimiento para que el Ministerio de Salud cumpla con distribuir gratuitamente el AOE en los servicios de salud públicos, ello en aras de garantizar y respetar los derechos reproductivos de las mujeres¹⁰. La presente demanda fue admitida el 15 de enero de 2004 por el Séptimo Juzgado Especializado en lo Civil de Lima.

¹⁰ Expediente N.º 7435-2006-PC/TC de fecha 13 de noviembre de 2006.

2.3.1.3. En la contestación de la demanda de fecha 10 de febrero de 2004, el Procurador Público a cargo de los asuntos judiciales del Ministerio de Salud, sostuvo que la píldora anticonceptiva no había sido implementada porque existía incertidumbre científica respecto a los mecanismos de acción del mismo. En consecuencia, consideró que no existía incumplimiento o inercia de parte del Ministerio de Salud, sino más bien cautela y mesura en su implementación¹¹.

2.3.1.4. El Séptimo Juzgado Especializado en lo Civil de Lima, mediante Resolución de fecha 16 de junio de 2004, declaró fundada la demanda y ordenó que el Ministerio de Salud cumpla con lo establecido en la Resolución Ministerial N.º465-99-SA/DM, Normas de Planificación Familiar, y garantice la provisión e información de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) incorporada por la Resolución Ministerial N.º399-2001-SA/D, en todos los establecimientos de salud a cargo. En uno de sus fundamentos, señaló que las disposiciones cuyo cumplimiento se solicita tienen un mandato cierto y expreso, por lo que, al no haberse acreditado el cumplimiento de la referida normativa, la demanda resulta fundada.

2.3.1.5. Disconforme con la resolución, la Procuraduría Pública a cargo de los asuntos judiciales del Ministerio de Salud apeló la sentencia, argumentando que la resolución cuyo cumplimiento se solicitó, ya había sido cumplida por el Sector Salud mediante Resolución Ministerial N.º668-2004/MINSA de fecha 28 de junio del 2004, en la cual se incluyó el método anticonceptivo oral de emergencia en una “primera fase” y de “acuerdo a la disponibilidad presupuesta” se repartirían 8 mil ejemplares de las Guías Nacionales, advirtiendo que en el caso de autos se habría producido la sustracción de la materia.

2.3.1.6. En consecuencia, la Tercera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, mediante resolución de fecha 23 de marzo de 2006, resolvió la apelación planteada declarando la sustracción de la materia, sin pronunciarse sobre el fondo, y dispuso el archivamiento de la causa. La Sala estimó que mediante la Resolución Ministerial

¹¹ Ibidem.

N.º536-2005-MINSA, de 18 de julio de 2005, se había dejado sin efecto la Resolución Ministerial N.º465-99-SA/DM, cuyo cumplimiento se demanda, al haberse aprobado la Norma Técnica de Planificación Familiar, cuya finalidad es actualizar la normatividad aprobada por la Resolución Ministerial N.º565-99-SA/DM. Por lo tanto, la Sala concluyó que en el caso de autos no existía un mandato vigente como requisito indispensable para que la demanda de cumplimiento sea amparada.

2.3.1.7. Respecto a este fallo, con fecha 16 de junio de 2006, mediante recurso de agravio constitucional la demandante argumentó que la Sala se había equivocado debido a que la Resolución Ministerial N.º536-2005-MINSA mantenía el mismo mandato contenido en las Resoluciones Ministeriales cuyo cumplimiento se solicitaba en la demanda. Por tal motivo, la Sala no resolvió la *litis* planteada, puesto que el problema siguió latente, por ello solicitaron que el petitorio sea contextualizado y actualizado. De modo que al mantenerse vigente el mandato que no había sido cumplido por el Ministerio de Salud, no se habría producido la sustracción de la materia, a criterio de los demandantes¹².

2.3.1.8. El proceso de cumplimiento fue resuelto el 13 de noviembre de 2006 por el Tribunal Constitucional, mediante el cual declaró fundada la acción de cumplimiento. En esta sentencia, se señaló que las guías aprobadas debían ser dirigidas por los profesionales de la salud para informar adecuadamente a las personas sobre el uso del AOE, pero el Ministerio de Salud, no ha aprobado que en la actualidad dicha información sea asequible a las personas que solicitan información sobre el AOE¹³.

2.3.1.9. Por otro lado, se acreditó que varios hospitales dependientes del Ministerio de Salud carecían de los insumos correspondientes al anticonceptivo oral de emergencia. Cabe destacar que tal información es importante, toda vez que no se trataba de postas médicas sino de hospitales nacionales. Del mismo modo, la Defensoría del Pueblo constató que diversos centros de salud de Ayacucho, La Libertad y Piura no

¹² Expediente N° 7435-2006-PC/TC de fecha 13 de noviembre de 2006.

¹³ *Ibidem*.

constaban con el AOE, de modo que la desatención era a nivel nacional. En ese sentido, el Tribunal Constitucional estimó que se había evidenciado que, después de cinco años y tres meses de vigencia de los mandatos exigidos, el Ministerio de Salud se había mostrado renuente a su cumplimiento¹⁴.

2.3.2. Proceso de amparo

2.3.2.1. En el año 2004, la normativa vigente sobre la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia recayó en la Resolución Ministerial N°668-2004/MINS de fecha 21 de junio de 2004, mediante la cual se aprobaron las “Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva”, que reafirmó al anticonceptivo oral de emergencia como método anticonceptivo (ver punto 2.2.17).

2.3.2.2. La normativa del Ministerio de Salud en torno a la distribución de la AOE provocó que el 29 de octubre del 2004, la ONG de carácter religioso Acción de Lucha Anticorrupción “Sin Componenda”, interponga una demanda de amparo en contra el Ministerio de Salud ante el Vigésimo Noveno Juzgado Especializado en lo Civil de Lima, con el objeto de que dicha entidad estatal se abstenga de indicar el programa de distribución de la AOE en todas las entidades públicas, asistenciales, policlínicos y demás centros hospitalarios. Asimismo, que el Poder Ejecutivo se abstenga de aprobar y ejecutar el método de anticoncepción oral de emergencia, sin previa consulta del Congreso de la República. Ello a fin de proteger el derecho a la vida del concebido¹⁵.

2.3.2.3. Con fecha 17 de agosto de 2005, el Juzgado declaró fundada en parte la demanda, por considerar que la ejecución del programa de distribución pública de la denominada píldora del día siguiente podría generar una amenaza sobre el derecho a la vida del concebido al no haberse descartado en forma palmaria el “tercer efecto” del citado fármaco.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ Expediente N°02005-2009-PA/TC de fecha 16 de octubre del 2009.

2.3.2.4. Fue resuelto así, a pesar de que, el 16 de junio del 2004, el Séptimo Juzgado Especializado en lo Civil de Lima, a través de un proceso de cumplimiento, ordenó que el Ministerio de Salud cumpla con lo establecido en la Resolución Ministerial N.º465-99-SA/DM, Normas de Planificación Familiar, y que garantice la provisión e información de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) incorporada por la Resolución Ministerial N.º399-2001-SA/D, en todos los establecimientos de salud a cargo (ver punto 2.3.1.4).

2.3.2.5. La Segunda Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, con fecha 27 de noviembre del 2008, recovó la sentencia señalando que en las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva no se ha consignado que los Anticonceptivos Orales de Emergencia producen una ligera alteración al endometrio, que en todo caso no es determinante para impedir la implantación. Por otro lado, no existe certeza científica sobre el carácter abortivo del anticonceptivo oral de emergencia, por tanto, no se estaría vulnerando el derecho a la vida¹⁶.

2.3.2.6. Esta decisión generó que la ONG Lucha Anticorrupción, interponga un recurso de agravio constitucional en contra de la resolución emitida por la Sala, reafirmando su pretensión al considerar que científicamente está comprobado que el anticonceptivo oral de emergencia es abortivo y por lo tanto se estaría vulnerando el derecho a la vida.

2.3.2.7. El 16 de octubre de 2009, el Tribunal Constitucional declaró fundada la demanda de amparo y ordenó al Ministerio de Salud se abstenga de desarrollar como política pública la distribución gratuita de AOE a nivel nacional. Ello debido a que existe duda razonable sobre el supuesto efecto abortivo de la AOE, prohibiendo su entrega gratuita. Asimismo, señaló que el inicio de la vida humana se produce con el ingreso del espermatozoide al óvulo, es decir, con la fusión de la célula materna y paterna (fecundación), circunstancia en la cual se origina el huevo o cigoto humano, y por eso, un supuesto efecto que impida la implantación sería abortivo¹⁷.

¹⁶ Ibidem.

¹⁷ Expediente N°02005-2009-PA/TC de fecha 16 de octubre del 2009.

2.3.2.8.Sentencia que fue emitida, a pesar de que, en el 2005, la Organización Mundial de la Salud emitió un pronunciamiento oficial, señalando que el AOE no tiene efectos abortivos (PROMSEX, s.f, p.1). Y sin considerar lo indicado en el proceso de cumplimiento de fecha 13 de noviembre de 2006, en el cual el Tribunal Constitucional enfatizó la importancia de cumplir eficazmente con la distribución de este fármaco para garantizar los derechos de las mujeres, especialmente de las más vulnerables.

2.3.2.9.Este pronunciamiento por parte del Tribunal Constitucional generó un retroceso en materia de los derechos reproductivos de la mujer, y evidenció un trato desigual y discriminatorio hacia las mujeres. Pues, no prohibió el acceso a este fármaco a través de la compraventa en establecimientos privados, sino que impidió su entrega pública, teniendo un impacto desproporcional y discriminatorio sobre las mujeres más vulnerables: las víctimas de violación sexual, las mujeres de escasos recursos, las niñas y adolescentes, las mujeres de zonas rurales y las que pertenecen a poblaciones marginadas, entre otras¹⁸. Pero, sobre todo, dejó sin protección a aquellas víctimas de violación sexual de bajos recursos que tenían acceso a un método de protección frente a un posible embarazo no deseado, generando una especie de violencia institucional en agravio de estas.

2.3.3. Amparo contra amparo

2.3.3.1.Frente a esta situación, en el 2014 la ciudadana Cristina Gómez Hinojosa, presentó una demanda de amparo contra el Ministerio de Salud ante el Primer Juzgado Constitucional de Lima con la finalidad de que se ordene informar y distribuir gratuitamente el AEO en todos los centros de salud del Estado. En ese sentido, en el 2016, se otorgó la medida cautelar en favor de lo solicitado por la demandante, ordenando la distribución de la AOE gratuita en los centros de salud de Estado¹⁹.

¹⁹ Resolución N° 47 de fecha 02 de julio de 2019 con Expediente N°30541-2014.

2.3.3.2. Al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud se volvió a pronunciar sobre la necesidad de incorporar la AOE en las políticas públicas de salud, y través de su nota descriptiva N°244, actualizó la información respecto a la AOE y reafirmó que las pastillas no son eficaces una vez que ha comenzado el proceso de implantación y no pueden provocar un aborto (PROMSEX, s.f. 1).

2.3.3.3. El 2 de julio de 2019, el Primer Juzgado Constitucional de Lima resolvió esta controversia y declaró fundada la demanda presentada por Cristina Gómez Hinostroza, en consecuencia, ordenó que el Ministerio de Salud informe y distribuya gratuitamente el AOE en todos los centros de salud públicos. Es importante destacar que con este fallo, el Poder Judicial no solo reforzó la garantía al derecho a la salud reproductiva de las mujeres, sino que estableció serios fundamentos respecto a temas que hasta ese momento gozaban de incertidumbre:

- En primer lugar, estableció la inaplicación de los fundamentos interpretativos respecto a la “concepción” establecidos por el Tribunal Constitucional en el caso 2005-2009-PA/TC, debido a que es contrario al criterio establecido en la actualidad por la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Artavia Murillo Vs. Costa Rica*, donde se estableció que la prueba científica concuerda en diferenciar dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la fecundación y la implantación, y solo al cumplirse el segundo momento, se cierra el ciclo que permite entender que existe la concepción. De tal forma que, si tenemos en cuenta lo anterior, se entiende el término “concepción” desde el momento en que ocurre la implantación.
- En segundo lugar, existe suficiente evidencia científica que sustenta que el mecanismo del Anticonceptivo Oral de Emergencia, *Levonorgestrel*, inhibe o retrasa la ovulación, de modo que no afecta la función de los espermatozoides ni al ovulo fecundado, por lo tanto, no se puede considerar este como abortivo.
- Por último, la sentencia expedida en el caso 2005-2009-PA/TC, ha estado vulnerando el derecho a la autodeterminación reproductiva de las mujeres en

edad fértil. Asimismo, privilegió el acceso a dicho fármaco únicamente a aquellas mujeres que tenían condición económica para poder adquirirlo, discriminando de manera directa a aquellas mujeres que no tenían capacidad económica para acceder a este fármaco²⁰.

2.3.3.4. La decisión emitida por el Primer Juzgado Constitucional de Lima no fue apelada por el Ministerio de Salud. Sin embargo, la ONG católica “ALAS Sin componenda” logró su incorporación en el proceso y apeló la decisión. En consecuencia, el 16 de setiembre del 2020, la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima resolvió revocar la sentencia emitida por el Primer Juzgado Constitucional de Lima de fecha 02 de julio del 2019, por los siguientes argumentos principales:

- No existe normativa alguna ni pronunciamiento alguno del Tribunal Constitucional que haya previsto cómo actuar frente a casos en que un ciudadano interponga una demanda de amparo contra amparo, cuestionando una sentencia del propio Tribunal Constitucional, en la cual se invoque el propio dicho del Tribunal Constitucional expresado en la propia sentencia de amparo que se cuestiona en la vía de amparo contra amparo.
- No existe regulación normativa que explique el procedimiento a seguir para tramitar una demanda de amparo contra amparo. No existe normativa que indique si elevar la demanda directamente al Tribunal Constitucional, o que la parte interesada cumpla con solicitar que el Tribunal Constitucional ponga en conocimiento de alguna Comisión encargada de evaluar el cumplimiento de las sentencias.
- No procede como órgano de justicia ordinaria emitir un pronunciamiento de examen de los alcances de la sentencia emitida por el Tribunal Constitucional en el Expediente N.º2005-2009-PA/TC.

²⁰ Resolución N° 47 de fecha 02 de julio de 2019 con Expediente N°30541-2014.

- Frente a este vacío, la agraviada tiene a su alcance el recurso de agravio constitucional, la que posibilitaría la elevación del presente expediente para su conocimiento por el propio Tribunal Constitucional.
- En el marco de un Estado Constitucional de Derecho, es obligación elemental respetar las competencias y atribuciones constitucionales conferidas por la Constitución Política. De modo que, este Colegiado no se encuentra habilitado para aplicar el control de convencionalidad y aplicación de la sentencia Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica emitida por la Corte Interamericana de Derechos Humanos²¹.

2.3.3.5. Por estas consideraciones, la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima revocó la sentencia emitida por el Primer Juzgado Constitucional de Lima que declaró fundada la demanda y ordenó la distribución gratuita de la AOE, así como la inaplicación de la teoría de la concepción establecida por el Tribunal Constitucional en la sentencia recaída en el Expediente N.º2005-2009-PA/TC, por ser contraria a los estándares internacionales y por no existir duda razonable sobre los efectos de la AOE. En consecuencia, la Primera Sala Civil, declaró improcedente de demanda interpuesta por Violeta Cristina Gómez Hinostroza.

2.3.3.6. Frente a esta situación, la parte demandante interpuso un recurso de agravio constitucional, para elevar el caso al Pleno del Tribunal Constitucional, quien asignó el caso a la Segunda Sala del Tribunal Constitucional, quienes con mejor criterio deberán valorar si este órgano debe o no pronunciarse sobre el tema (PROMSEX, 2021, párr.2). Cabe mencionar que, en aras de proteger el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente de aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad como las víctimas de violencia sexual, la medida cautelar otorgada que ordena al Ministerio de Salud la distribución gratuita de la AOE se encuentra vigente, mientras se resuelva el caso.

²¹ Resolución N.º09 de fecha 16 de setiembre de 2020 con Expediente N°30541-2014.

2.3.3.7. Por esta razón, en la actualidad, la distribución gratuita del AOE se viene realizando desde el 2016 de manera interrumpida, mediante los procedimientos establecidos en la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar, aprobado mediante Resolución Ministerial N.º652-2016/MINSA (MINSA, 2016, 38 y 39). Esta situación ocurre, gracias a que el Poder Judicial corrigió la situación de desigualdad que generó la sentencia recaída en el Expediente N°02005-2009-PA/TC de fecha 16 de octubre del 2009 emitida por el Tribunal Constitucional. Dejando claro la relevancia de garantizar el derecho a la salud reproductiva de todas las mujeres sin discriminación alguna.

2.3.3.8. En esa línea, en el 2020 se aprobaron normativas con el propósito de establecer el marco de actuación de los servidores de la salud respecto a la distribución gratuita del Anticonceptivo Oral de Emergencia. Y, sobre todo, la atención que deben recibir las mujeres víctimas de violencia sexual cuando acuden a un centro de salud (véase punto 2.2.27)

2.4. HECHOS DEL CASO RELACIONADOS CON LA VIOLACIÓN SEXUAL

Los hechos anteriormente descritos, nos motiva a plantear la necesidad de que se convierta de observancia obligatoria para los operadores de justicia y servidores de la salud, que implique tutelar la oportuna distribución de la píldora anticonceptiva de emergencia en casos de violencia sexual.

En coherencia con la propuesta señalada en el párrafo precedente, para la elaboración de este informe, se considera los hechos recogidos en la Resolución N.º17 del Segundo Juzgado Especializado de Familia de Huánuco, de fecha 22 de julio de 2015, y el Informe N.º18/20- Petición 449-16 de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, conforme detallo a continuación:

2.4.1. El 25 de febrero del 2014, cuando María tenía 18 años, fue sedada y violada por un compañero de escuela. María no denunció este hecho debido a que el agresor le dijo que si denunciaba, él asesinaría a sus padres y a su sobrino.

- 2.4.2. Aproximadamente un mes después, el 23 de marzo del 2014 siendo las 13:15 horas, María transitaba por la vía pública con dirección a su domicilio, por inmediaciones del Puente Esteban Pavletich de la ciudad de Huánuco, cuando fue interceptada por cuatro hombres, quienes la sujetaron por la parte posterior, por la espalda, y le taparon la boca con un pañuelo. En ese instante la agraviada perdió la conciencia para momentos después recobrarla y encontrarse en el interior de un ambiente de paredes pintadas de color rosado, lugar donde llegó advertir la presencia de los cuatro sujetos, entre ellos al compañero de escuela, a quien lo reconoció por un arete que llevaba consigo en el pabellón de la oreja y una cicatriz en el brazo izquierdo.
- 2.4.3. Al percatarse que María recobraba la conciencia, los sujetos la obligaron a ingerir un líquido aceitoso, lo que provocó que pierda la conciencia nuevamente, situación que es aprovechada por los sujetos para abusar sexualmente sin consentimiento, por encontrarse inconsciente, quienes luego la dejaron abandonada en un parque.
- 2.4.4. Posteriormente, el mismo día a las 15:15 horas, la madre de María, María Bethy Mallqui Livias, recibió una llamada de su hijo Luis García Mallqui, quien le comunicó que había recibido una llamada telefónica de la agraviada y que a través de este medio expresaba desesperación y angustia.
- 2.4.5. Frente a ello, María Mallqui Livias junto a su esposo, padres de la agraviada, y otros familiares, salieron en búsqueda de María, a quien la encontraron a media cuadra de su domicilio, en la intersección de los jirones Santa Beatriz y Santo Domingo de Huánuco, advirtiéndole que la agraviada se encontraba en un cuadro de pánico y llanto. En ese momento, les manifestó que había sido agredida sexualmente, además presentaba dolores en su vagina, así como otras lesiones en diversas partes del cuerpo.
- 2.4.6. Por ese motivo, sus familiares la llevaron al Hospital Público Hermilio Valdizán Medrano, donde permaneció hasta el 26 de marzo del 2014. Cabe mencionar que,

el personal del hospital les manifestó que para ser atendida debía de presentar su denuncia penal, retrasando la atención de salud de la agraviada, quien fue ingresada en el área de emergencias.

- 2.4.7. Debido a dicha exigencia del personal de salud, la madre de la agraviada interpuso la denuncia ante el fiscal adjunto de la Primera Fiscalía Provincial Penal Corporativa de Huánuco. Luego, a las 23:00 horas del día de la violación sexual, llegó al hospital con el oficio de la denuncia y en compañía del médico legista Flemin Maylle Adriano, quien realizó los exámenes en el tópic del servicio de cirugía del hospital.
- 2.4.8. Completados los exámenes de ley y 48 horas después de la violación sexual, le recetaron a la agraviada la Píldora del Día Siguiente, sin brindarle información sobre la manera adecuada de su uso o posibles alternativas, o de realizar preguntas sobre lo recetado y tampoco sobre su naturaleza y efectos.
- 2.4.9. Pero en el hospital ni en las farmacias públicas disponían de la AOE debido a la prohibición emanada por el Tribunal Constitucional (ver punto 2.3.2.7.) los familiares de la agraviada tuvieron que obtenerla en una farmacia privada, a pesar de sus escasos recursos.
- 2.4.10. El Informe N.º18/20 concluye que, debido a la desorientación y la falta de acceso a la píldora en razón a sus escasos recursos, María no pudo tomar la píldora dentro de las 48 horas desde la comisión de la violación sexual en su contra. Asimismo, durante los cuatro días que estuvo en el hospital, las visitas médicas eran realizadas por diferentes personas, quienes le volvían a preguntar sobre la violación sexual una y otra vez, revictimizándola cada vez.

2.5. **SOBRE LA ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD**

- 2.5.1. Como se ha mencionado, luego de la agresión sexual, María fue trasladada al Hospital Público Hermilio Valdizán Medrano en un estado de agitación, confusión

y ansiedad. En el hospital, condicionaron la atención médica inmediata de María a una denuncia. Debido a eso, la madre de María acudió a dos estaciones de policía hasta que logró registrar la denuncia de lo sucedido.

2.5.2. Con la denuncia, la madre de María logró que el médico legista acudiera con ella al hospital a las 23:00 horas del día de la violación sexual, por ello el médico legista certificó las lesiones traumáticas recientes en el cuerpo de María.

2.5.3. María quedó dos días hospitalizada y fue necesario mantenerla sedada. Al día siguiente de ser internada, fue visitada por una enfermera, una obstetra, un psiquiatra y el personal del programa TARGA. El equipo médico la encontró depresiva, llorosa y angustiada, a pesar de su condición, le preguntaron por lo sucedido y por el dolor que sentía. Posteriormente, la interrogaron y revisaron. Se le realizaron ecografías y pruebas de sangre para descartar ITS, VIH, embarazo, hepatitis B y C, entre otras infecciones. De igual manera, se le pidió a la madre de María que acudiera al programa TARGA para que le entreguen unas pastillas, sin brindarle información sobre estas (PROMSEX, s.f. p.2).

2.5.4. Luego de 48 horas después de la violación sexual, una obstetra realizó la visita médica a María y le dejó una receta que prescribía POSTINOR 2 al pie de su cama, sin brindarle información sobre la manera adecuada de su uso o posibles alternativas, o de realizar preguntas sobre lo recetado y tampoco sobre su naturaleza y efectos.

2.5.5. Cuando la madre de María se acercó a la farmacia del hospital para preguntar sobre la AOE recetada, le indicaron que no se la podían entregar. En ese momento, se dieron cuenta que se trataba de una receta para la compra de AOE en una farmacia privada.

2.5.6. Por consiguiente, los padres de María tuvieron que buscar en diferentes farmacias de Huánuco la pastilla recetada, a pesar de sus escasos recursos económicos. Una vez que consiguieron la pastilla, regresaron al hospital, donde los servidores

públicos de salud no le brindaron información sobre la aplicación de dicho método. En consecuencia, María tomó dos pastillas juntas, sin conocer que no estaban siguiendo las recomendaciones médicas para la administración y dosis del insumo para su efectividad. Por suerte, María no quedó embarazada de ninguno de sus agresores.

2.6. PROCESO PENAL DE LA AGRESIÓN SEXUAL

- 2.6.1. El 24 de abril de 2014, la fiscal Yanet Marlenen Corfero Días, dispuso iniciar investigación preliminar por la presunta comisión del delito de violación sexual contra los que resulten responsables. A través de la denuncia interpuesta, se logró identificar al ex compañero de colegio, Willinton Albornoz Ramos, como uno de los autores del hecho criminal.
- 2.6.2. El 09 de mayo del 2014, se tomó la declaración indagatoria de la agraviada, mediante la cual ratificó los hechos denunciados. Asimismo, sindicó a Willinton Albornoz Ramos como el ex compañero de colegio que participó en la agresión sexual, brindando características específicas del perpetrador. Posteriormente, el 16 de mayo del 2014, se tomó el protocolo de pericia psicológica a la agraviada y al imputado Willinton Albornoz Ramos.
- 2.6.3. Posteriormente, el 04 de setiembre de 2014, se solicitó al Fiscal de la Primera Fiscalía Provincial Civil y Familia la formalización de la denuncia contra Willinton Albornoz Ramos por la comisión del delito de violación sexual.
- 2.6.4. El 23 de diciembre de 2014, el Juzgado dispuso abrir investigación en contra del imputado, de modo que, se declaró promovida la acción judicial contra Willinton Albornoz Ramos de 17 años de edad, ordenándose como condición jurídica el internamiento preventivo; sin embargo, se declaró reo contumaz al investigado, ordenando su orden de captura.

- 2.6.5. El 20 de julio del 2015, Willinton Albornoz Ramos fue capturado mientras se encontraba prófugo, tiempo en el cual la agraviada recibía amenazas por parte del agresor mediante teléfono, a través de Facebook y otras redes sociales. En esa línea, el 22 de julio de 2015, el Segundo Juzgado Especializado en Familia de Huánuco emitió sentencia en la cual declaró la responsabilidad penal del imputado por la violación sexual en agravio de la presunta víctima. Como al momento de los hechos, el perpetrador tenía 17 años, el juzgado dispuso la medida socioeducativa de internación por el periodo de un año, así como una reparación de novecientos soles (S/.900), a ser pagados a la víctima.
- 2.6.6. Tras el recurso de apelación por el sentenciado, el 29 de octubre de 2015 la Sala Civil Transitoria de la Corte Superior de Justicia de Huánuco confirmó la sentencia de primera instancia, ratificando la condena y medida socioeducativa. Frente a esta decisión, el 01 de abril del 2016, se declaró improcedente la solicitud de semilibertad por parte del imputado. Como la fiscalía no ejerció su facultad ex officio de apelar la sentencia, esta decisión quedó firme.
- 2.6.7. El 18 de julio del 2016, el Juzgado de Familia declaró rehabilitado al imputado y le restituyó todos sus derechos suspendidos o restringidos. La resolución fue confirmada el 02 de agosto de 2016. Sin embargo, hasta la fecha, los demás perpetradores no han sido identificados ni localizados, lo que resulta una falencia en la investigación.

En el marco de este caso, procederemos a identificar y desarrollar los principales problemas que se evidencian en relación al derecho a la salud sexual y reproductiva de María y el derecho a un debido proceso penal en aras de garantizar del derecho a la verdad.

3. IDENTIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS JURÍDICOS

- 3.1. **PROBLEMA PRINCIPAL:** ¿El Estado peruano es responsable internacionalmente en materia de derechos humanos ante la indebida actuación de

los servidores de la salud pública y los operadores de justicia en la atención de víctimas de violencia sexual?

- 3.1.1. Los casos de violencia sexual, son un problema de violación de derechos humanos, que tiene consecuencias sociales, conductuales y de salud pública. Las víctimas soportan traumatismos y enfermedades a causa de la violencia sexual, además en casos de violación sexual, sufren serios daños en su salud sexual y reproductiva. En ese sentido, la violencia sexual en contra de las mujeres genera que se encuentren en especial situación de vulnerabilidad, dada la afectación de sus derechos a la integridad física y psicológica, libertad sexual, salud física, mental, sexual y reproductiva, libre desarrollo de la personalidad y a una vida libre de violencia (Defensoría del Pueblo, 2016, p.20).
- 3.1.2. La magnitud de este problema exige que los Estados articulen todas sus herramientas en aras de sancionar los delitos de violación sexual y reparar el daño ocasionado a las víctimas. Para ello, los Estados deben adecuar su legislación penal que conduzcan a sancionar todas las conductas que engloben la violencia sexual y que el proceso penal sea efectivo para garantizar el derecho a la justicia de las víctimas y de la sociedad. Para lograrlo, los operadores de justicia deben tener un compromiso de actuación con perspectiva de género y de derechos humanos con las víctimas de violación sexual.
- 3.1.3. Sin embargo, la violencia contra las mujeres es un asunto de derechos humanos que no solo requiere ser abordado desde el ámbito del acceso a la justicia, sino también por el problema que resulta desde la perspectiva de la salud pública (Defensoría del Pueblo, 2016, p.7). La existencia de un servicio de salud enfocado en la atención de víctimas de violencia sexual es sumamente relevante, debido a que recibe a las víctimas después de una violación sexual cuando presentan lesiones físicas, psicológicas o relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Es por ello que, los servidores de salud deben atender a las víctimas con una perspectiva de género y de derechos humanos, así como brindar toda la información para evitar una

revictimización, como el uso y entrega de la AOE, a fin de evitar embarazos no deseados.

- 3.1.4. En la presente sección, abordaremos la problemática existente en torno a la atención de las víctimas de violación sexual en el plano de atención de la salud y judicial. En el primer caso expondremos la problemática existente en la normativa y los protocolos nacionales sobre atención a víctimas de violencia sexual vigentes al en el año 2014, cuando María fue víctima de violencia y sexual, y tuvo que asistir a un centro de salud hospitalario a causa de esta agresión. Y respecto al segundo caso, expondremos la problemática existente en los operadores de justicia cuando reciben una denuncia por el delito de violación sexual y tienen que perseguir y sancionar esta agresión.

3.2.La atención de los servidores de la salud en casos de violación sexual

- 3.2.1. El derecho a la salud no se agota en un simple reconocimiento normativo, sino que implica la obligación del Estado de adoptar políticas y planes, así como guías o protocolos para la atención de víctimas de violación sexual. En esta línea, el principal objetivo es garantizar una atención de calidad de la salud de las mujeres víctimas de violencia sexual en los establecimientos de salud.
- 3.2.2. Hasta el año 2014 estaba vigente un instrumento de planificación y articulación intersectorial que buscó articular las acciones de todas las instituciones del Estado para reducir los índices de violencia contra las mujeres en el Perú, llamado Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015²².
- 3.2.3. El Plan contra la Violencia hacia la Mujer 2009- 2015, a través del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, fue una política que detalló objetivos con perspectiva de género, resultados y metas vinculados a la violencia contra las mujeres, y en ese marco la atención de casos de violencia sexual. Como objetivo específico estableció “mejorar el acceso y calidad de los servicios de

²² Aprobado mediante Decreto Supremo N.º003-2009-MIMDES.

atención integral a las mujeres víctimas de violencia basada en género a nivel nacional, regional y local”.

- 3.2.4. El indicado Plan, sobre todo, señaló la importancia de realizar la capacitación y sensibilización de los operadores del sistema de salud sobre la atención de casos con adecuación intercultural, el abastecimiento y entrega de insumos para la atención de la violencia sexual como el anticonceptivo oral de emergencia, antibióticos y antirretrovirales. Además, de implementar servicios de salud mental y la aplicación del Protocolo de Atención de la violencia basada en género a poblaciones diversas²³.
- 3.2.5. Por otro lado, como objetivo estratégico se dispuso garantizar el acceso de las mujeres afectadas por la violencia basada en género a los servicios del sistema de justicia, salud, entre otros, contribuyendo a superar su condición de víctimas, y mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención integral a las mujeres víctimas de violencia basada en género a nivel nacional, regional y local²⁴.
- 3.2.6. Tal como se observa, se estableció la entrega del AOE en la atención de mujeres víctimas de violación sexual; sin embargo, cabe recordar que, en el 2009, el Tribunal Constitucional suspendió la distribución gratuita de la AOE en los servicios públicos de salud debido a la sentencia N.º2005-2009-PAC/TC. Lo que generó que en los casos de violación sexual, los operadores del sistema de salud se limiten a recetar este anticonceptivo para que la víctima pueda acceder a éste en los establecimientos privados de venta y distribución de medicamentos.
- 3.2.7. Esta situación propició el desamparó a las mujeres más vulnerables, no solo por ser víctimas de violencia sexual, sino por no contar con los recursos económicos necesarios para acceder a este medicamento. Sin embargo, resulta notorio que este problema se desprende directamente de la sentencia emitida por el Tribunal Constitucional. También el Plan contra la Violencia hacia la Mujer 2009- 2015 tuvo

²³ Decreto Supremo 003-2009-MIMDES de fecha 16 de marzo de 2009.

²⁴ Ibidem.

sus propios problemas en relación a la actuación de los operadores de salud al momento de atender a las mujeres víctimas de violencia sexual.

- 3.2.8. En ese contexto, la mayoría de acciones se habían caracterizado por ser específicas y aisladas, careciendo de un carácter programático que requiere toda acción que busca tener por resultado una efectiva atención de salud en los casos de violencia sexual. Esta apreciación fue confirmada en el año 2014 cuando el Comité CEDAW llamó la atención al Estado peruano sobre la insuficiente coordinación y vigilancia en la implementación del Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 (Defensoría del Pueblo, 2016, p.46).
- 3.2.9. Si bien el Plan estableció de manera clara los enfoques de derechos humanos, de género, integralidad e interculturalidad, en la parte técnica no estableció de manera detallada las funciones coordinadas de cada entidad al momento de atender a las víctimas de violencia sexual. En el ámbito del sector salud, se redujo la implementación de este plan a una “*capacitación y sensibilización de operadores del sistema de salud que brindan atención a los casos de violencia basada en género*”, así como “*elaborar, validar e implementar un sistema de supervisión de las casas de refugio para mujeres víctimas de violencia basada en género*”²⁵.
- 3.2.10. Es por ello que no se puede señalar que el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 puso en marcha un plan integral que haya traído resultados efectivos en la atención de víctimas de violencia sexual, lo que queda evidenciado en las diversas denuncias efectuadas por víctimas de violencia sexual en contra de los establecimientos públicos de salud, quienes no garantizan de manera adecuada el derecho a la salud sexual y reproductiva de estas mujeres, siendo el caso de María uno de ellos.

²⁵ Cabe mencionar que el mencionado plan estableció en el “Objetivo Específico 2.2. Garantizar el acceso a las víctimas de violencia basada en género a la justicia, de manera eficaz y oportuna”.

- 3.2.11. En el 2014, también estaba vigente el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017²⁶, que en materia de salud sexual y reproductiva abordó ejes temáticos vinculados al acceso a servicios de salud por parte de las mujeres, y si bien no se mencionan específicamente a las víctimas de violencia sexual, estas se vieron indirectamente beneficiadas por los resultados propuestos.
- 3.2.12. Lo que propugnó dicho Plan fue incrementar el aseguramiento de mujeres para el acceso a los servicios de salud, la provisión de métodos anticonceptivos modernos, la implementación de protocolos de atención de salud con enfoque de género, interculturalidad y respeto a la orientación sexual, servicios de salud para adolescentes con el objetivo de reducir el embarazo adolescente, servicios especializados en salud mental a nivel regional, entre otras²⁷.
- 3.2.13. Asimismo, al igual que el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, hizo mención explícita a la distribución de la AOE, especialmente, en los casos de violencia sexual, pero limitando su acceso de manera privada. No obstante, no agregó mayores detalles a fin de superar o complementar el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015.
- 3.2.14. Por otro lado, el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021²⁸ vigente en el 2014, no abordó la atención de casos de violencia sexual en adolescentes embarazadas; no obstante, sí consideró como objetivo específico la disminución de diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, apostando por disminuir en 30% las denuncias por violación sexual en adolescentes. Ello a través de redes de protección y apoyo social, empoderamiento, orientación vocacional y comunicación social.

²⁶ Aprobado mediante Decreto Supremo N.º004-2012-MIMP. Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 18 de agosto de 2012.

²⁷ Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017. Objetivo Estratégico 4 “Mejorar la salud de las mujeres y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres. Resultados 4.1., 4.3., 4.4., 4.5. y 4.6

²⁸ Decreto Supremo N.º012-2013. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021. Publicada en el Diario Oficial “El Peruano”, el 7 de noviembre de 2013.

- 3.2.15. Ante la ausencia de medidas específicas para las víctimas de violencia sexual, la implementación de este Plan se debió articular con las políticas nacionales antes señaladas y el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017. En el Plan Multisectorial se estableció incrementar el aseguramiento de mujeres para el acceso a los servicios de salud con enfoque de género e interculturalidad y el uso de anticonceptivos modernos.
- 3.2.16. En este marco, el Ministerio de Salud aprobó guías y/o protocolos para la atención frente a casos de violencia sexual contra las mujeres. La Defensoría Pública en el año 2016 detalló tres protocolos que explican la ruta de atención y las responsabilidades de las y los operadores de salud frente a los casos de violencia sexual en contra de las mujeres: Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y Maltrato Infantil, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º455-2001-SA/DM el 27 de julio de 2001; las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º668-2004/MINSA aprobada el 21 de junio de 2004; y la Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º141-2007/MINSA de fecha 13 de febrero de 2007 (Defensoría del Pueblo, 2016, p.54).
- 3.2.17. De la coexistencia de estas normas se reconoce aspectos comunes importantes para la atención adecuada de víctimas de violación sexual, como el reconocimiento de enfoques de género y derechos humanos; sin embargo, en la práctica provocó desafíos para las y los operadores de salud que repercutió negativamente en su desempeño.
- 3.2.18. Por todo lo señalado es preciso señalar que, en primer lugar, las normas se tornaron inaplicables porque abordaban casos diferentes, ello exigía que el operador y operadora realice un ejercicio de sistematización o de síntesis con la normatividad vigente, y en ocasiones no cumpla con lo establecido en las tres normas, lo que ocasionaba que se dificulte el acceso a las víctimas de violación sexual.

- 3.2.19. Cabe resaltar que en la Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género y las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva del 2004, fueron creadas específicamente para atender la problemática de violencia de género de las mujeres, y en las que existen disposiciones específicas para casos de violencia sexual.
- 3.2.20. Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva establecieron el procedimiento de atención a las víctimas de violencia sexual, en su numeral 6, se estableció el procedimiento a realizar como el examen físico a la víctima, la forma de comunicación que la o el operador de salud debe brindar a la víctima, la realización de exámenes de laboratorio, la distribución de la AOE y promoverla forma como se debe alentar a la víctima para la interposición de la denuncia y otras medidas (MINSA, 2004, p.18 y 19).
- 3.2.21. De esta manera, las normas sobre atención a la salud de las víctimas de violación sexual vigentes al año 2014, no se reconocían como complementarias y en algunos casos eran contradictorias, por ejemplo, las Normas y Procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil contenían disposiciones explícitamente relacionadas a casos de violencia sexual, pero guardaban silencio sobre la provisión de AOE o la provisión de profilaxis post exposición ITS o VIH; mandatos que sí son considerados en las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva y la Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia basada en Género Defensoría del Pueblo, 2016, p.56).
- 3.2.22. Asimismo, generó confusión a la hora de atender a las víctimas de violación sexual que podía repercutir negativamente en el ámbito judicial. Por ejemplo, las Normas y Procedimientos para Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil señalan que las muestras recogidas del cuerpo o la ropa de la víctima y que podrían ser usadas en un proceso judicial, deben ser preservadas en bolsas, lo que se puede interpretar como bolsas de papel o de plástico. En cambio, la Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia de Género y las Guías

de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva especifican que la conservación debe darse en bolsas de papel, pues utilizar las de plástico podrían producir transpiración (Defensoría del Pueblo, 2016, p.56).

3.2.23. Por otra parte, establecían mandatos distintos respecto a la denuncia que debían interponer las víctimas de violación sexual. En el caso de violencia familiar, las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva indicaban expresamente que no debían alentarse la denuncia policial, sino dejar que la víctima tome sus propias decisiones, en cambio en la Guía Técnica de Atención Integral de Personas afectadas por la Violencia de Género promovía a interponer la denuncia. En los casos de violencia sexual, la primera norma indicaba que se debía promover la denuncia con ayuda del servicio social, mientras que la segunda señalaba que es el personal de salud (y eventualmente el médico a cargo del establecimiento) el que -de oficio- debía realizar la denuncia ante la comisaría o el Ministerio Público (Defensoría del Pueblo, 2016, p.56).

3.2.24. Como se observa, en ninguna de estas normas se condiciona la atención de la víctima a la interposición de una denuncia. De modo que, en el caso de María, las o los operadores del servicio de salud incumplieron con la normativa establecida que exigía su inmediata atención en aras de garantizar su derecho a la salud física, psicológica, sexual y reproductiva.

3.2.25. Cuando María fue trasladada al Hospital Público Hermilio Valdizán Medrano de la ciudad de Huánuco, el día 23 de marzo del 2014, el operador de salud que le indicó que para ser atendida debía presentar su denuncia penal -en una actitud de negligencia-, retrasó su atención de salud sin justificación alguna, pues en los protocolos y guías antes detalladas no se establece que la denuncia penal sea un requisito previo para la atención de las víctimas en emergencia. Esta situación no solo es evidentemente violatoria a los derechos humanos de María, sino también colocó en riesgo a una víctima de violencia sexual al negarse a atenderla inmediatamente a pesar de que tenía lesiones físicas y psicológicas.

- 3.2.26. Por otro lado, la normativa indicada, establecía de manera clara que las y los operadores de salud tenían el deber de informar sobre los usos de los métodos anticonceptivos, y en el caso de una violación sexual debían informar sobre la administración de la AOE dentro de las primeras 72 horas de ocurrido el hecho violento (MINSa, 2004, p.18). Ello implicaba que la o el operadora de salud tenía que informar a la víctima las indicaciones sobre la forma de uso y darle un seguimiento a la víctima a fin de resguardar su salud.
- 3.2.27. En el caso de María, la normativa no fue aplicable a cabalidad, como hecho impropio aislado de la realidad- inclusive con falta de sensibilidad de su tratante, pues dos días después de la violación sexual, la obstetra le dejó una receta con el nombre del anticonceptivo oral de emergencia en el pie de su cama, sin prescribirle la información sobre la manera adecuada de uso o posibles alternativas, o de realizar indicaciones sobre lo recetado, así como sobre su naturaleza y los efectos.
- 3.2.28. Los familiares de María hicieron esfuerzos para lograr comprar el anticonceptivo oral de emergencia, a pesar de sus escasos recursos. Asimismo, María tuvo que administrársela sola, sin la supervisión de un servidor de salud, la cual fue administrada de manera inadecuada ante la falta de indicaciones.
- 3.2.29. La problemática en torno a la atención de salud por parte de las y los operadores de salud responden a tres factores. En primer lugar, a una falta de coherencia y unidad normativa cohesionada a la atención de casos de violencia sexual. En segundo lugar, la no aplicación o aplicación inadecuada de la normativa y los protocolos, así como una falta de preparación de las y los operadores de salud que tienen contacto directo con las víctimas de abuso sexual, que evite obstaculizar el acceso al derecho a la salud sexual y reproductiva de las víctimas, como el acceso inmediato a los establecimientos de salud y a recibir información adecuada sobre la administración del AOE.
- 3.2.30. Lo anterior se evidencia, por ejemplo, en la existencia de una ficha de tamizaje para violencia de género que incluye a las víctimas de violación sexual, la cual no es tomada en cuenta por las y los operadores de salud durante el contacto con la

víctima o en algunos casos no es aplicada a cabalidad (Zevallos & Mujica, 2016, p.27).

3.2.31. Y, por último, la existencia de vacíos normativos a fin de superar la revictimización de las víctimas, como la participación de un número limitado de operadores de salud para la atención en casos de violación sexual en cada caso concreto.

3.2.32. Todo ello provoca serias consecuencias que recaen directamente en las víctimas de violación sexual, quienes necesitan apoyo para recuperarse y poder sobrepasar el proceso traumático causado por la agresión sexual, en términos físicos y psicológicos, las lesiones físicas, enfermedades de transmisión sexual y otras afectaciones a la salud reproductiva, así como afectaciones a la salud mental y al bienestar psicológico de las víctimas (Zevallos & Mujica, 2016, p.12). Siendo la atención oportuna una vía para mitigar estas consecuencias y reparar alguno de los daños sufridos por las víctimas (OMS,2011,71).

3.3.La atención de los servidores de justicia en los casos de violación sexual

3.3.1. La violación sexual es una de las formas más graves y lesivas de violencia de género, que histórica y estructuralmente ha afectado a las mujeres en sus diversas formas, vulnerando su dignidad, libertad e integridad física y mental. En el Perú, la cantidad de denuncias por este delito es alarmante, ello exige la existencia de un sistema penal que logre procesar y sancionar este delito de manera efectiva y en tiempo perentorio.

3.3.2. En esa línea, el Estado peruano tiene la obligación de garantizar un servicio legal de recepción de denuncias de manera efectiva, investigación ágil y sanción al responsable o responsables del hecho delictuoso, lo que podríamos arribar al concepto anhelado de justicia, que involucre a todos los actores como policías, fiscales, médicos legistas, abogados, jueces y todo aquel que dentro del circuito legal tenga algún rol en relación a las víctimas, así como en sus funciones (Zevallos & Mujica, 2016, p.12).

- 3.3.3. La necesidad de perseguir este delito, no solo se legitima por el daño causado a la víctima, sino como un todo, a la sociedad. Esta doble justificación exige que el sistema legal estructurado no sea otro ambiente de violencia en contra de las víctimas de violación sexual, sino un verdadero circuito legal que, garantizando los derechos de las víctimas, esclarezca los hechos delictivos e identifique a los responsables de los ilícitos penales, para posteriormente lograr la interposición de una sanción penal que corresponda, y reparación a las víctimas conforme a la magnitud del daño causado.
- 3.3.4. De este modo, queda claro la necesidad de establecer mecanismos procesales y protocolos de actuación de los operadores de justicia frente a los casos de violación sexual. Sin embargo, existen diversos problemas en la atención a las víctimas de violación en todo el proceso judicial.
- 3.3.5. El primer problema se asocia con los elementos de convicción suficientes para la judicialización de los casos de violación sexual. Existe una fuerte inclinación por la visión legal de la violación sexual y a privilegiar este aspecto en la atención a las víctimas, ello se evidencia cuando las y los operadores de justicia concentran sus acciones en el recojo de pruebas para judicializar el caso. Por ejemplo, algunos fiscales deciden investigar y llevar a juicio solo aquellos casos en los que se tienen suficientes elementos de convicción con mayores probabilidades de acusar y que reciban sanción por la claridad de la evidencia (Zevallos & Mujica, 2016, p. 13).
- 3.3.6. Todo ello se traduce en una barrera de acceso para las futuras víctimas de abuso sexual y genera en muchas ocasiones una afectación psicológica, quienes al sentirse desprotegidas quedan con la sensación de desgaste y perciben al sistema de justicia como injusta e inútil (Zevallos & Mujica, 2016, p.14).
- 3.3.7. Asimismo, respecto a los casos que continúan en el proceso penal, los operadores de justicia utilizan estrategias agresivas para recabar el testimonio de las víctimas, con la intención de asegurar los casos, sin tomar en cuenta la salud mental y física

de las víctimas de violación sexual, lo que convierte al sistema legal en un agresor más.

- 3.3.8. El segundo problema se asocia con las percepciones y actitudes de los operadores de justicia sobre las víctimas de violación sexual. Esta situación se visualiza con los fuertes prejuicios que existen en las y los operadores de justicia sobre la legitimidad y credibilidad de las víctimas de violación sexual. En algunas ocasiones se ha llegado a condicionar la aceptación de una denuncia si realmente existe lesiones visibles a causa de una violencia sexual o que la víctima haya tenido una conducta social moralmente aceptada (Zevallos & Mujica, 2016, p.14).
- 3.3.9. Esta visión responde a estereotipos de género, los cuales marcan negativamente la ruta del proceso penal en desmedro del testimonio de la víctima, pues basan la atención de estos casos a construcciones sociales, como los roles que deben cumplir las mujeres en una sociedad caracterizada por una estructura de subordinación y desigualdad entre hombres y mujeres. Esto genera, que las víctimas de violencia sexual no encuentren justicia por prejuicios y razones vinculadas a atributos o características de personalidad que suelen asociar a las mujeres con la honestidad, la delicadeza, la dulzura, el recato y otras cualidades. Pero agregado a ello, se suma la discriminación que sufren las mujeres por su origen de donde provienen. Así las mujeres de provincias o del ámbito rural no reciben el mismo trato de quienes viven en zonas urbanas (Zevallos & Mujica, 2016, p.28).
- 3.3.10. Asimismo, durante los exámenes médico-legales, así como en las declaraciones en sede fiscal, se han reportado problemas con el trato a las víctimas por parte de las y los operadores, que en muchos casos provoca el rechazo de las víctimas para seguir con el proceso penal y desconfianza hacia las autoridades.
- 3.3.11. En tercer problema se asocia con el diseño e implementación de los protocolos de atención a las víctimas, especialmente, con la aplicación de la entrevista y en los métodos de colecta de evidencia forense en un intento de evitar la revictimización (Zevallos & Mujica, 2016, 27). Respecto a la entrevista única, existe una débil

cobertura de la Cámara Gesell a nivel nacional, en el caso de Huánuco, solo existe una para atender a toda la región, asimismo, no existe suficiente personal especializado para la realización de las entrevistas en la cámara disponible. El mismo problema arrastra la Unidad de Medicina Legal, lo cual implica que la realización del examen médico legal no se realice adecuadamente por la falta de personal idóneo.

3.3.12. A este problema se aúna la falta de recursos económicos y la falta de organización de las autoridades judiciales para proteger a las víctimas de violencia sexual de las amenazas que los agresores realizan hacia la víctima. La sensación de inseguridad de la víctima genera que esta abandone el proceso por temor a su agresor y vuelva a padecer violencia de género (Zevallos & Mujica, 2016, p. 27).

3.3.13. En relación con la etapa de atención a las víctimas, uno de los problemas es la cobertura geográfica de las agencias encargadas de recibir las denuncias, como las comisarías y las fiscalías, las cuales se encuentran lejos de los lugares en donde ocurren muchos de los casos de violación sexual. Esta situación dificulta que las víctimas reciban una adecuada atención legal de emergencia.

3.3.14. En relación con la etapa de investigación de los casos de violación sexual, se aprecia que existe una superposición de funciones entre agencias estatales como el Centro de Emergencia Mujer (CEM), Unidad de Atención a Víctimas y Testigos (UDAVIT) y el Ministerio Público en lo que respecta a la evaluación psicológica de la víctima. A ello se suma, el desconocimiento respecto a las competencias propias de cada entidad involucrada (Zevallos & Mujica, 2016, 32). Esta situación provoca que se repitan las mismas actividades como la declaración de la víctima, ocasionando una revictimización.

3.3.15. Cabe agregar que la desvalorización de la prueba anticipada por el Ministerio Público es otro problema en la etapa de investigación. En ocasiones el recojo anticipado de algunas pruebas vitales como el testimonio de la víctima de violación sexual no es tomado en cuenta, a pesar de estar debidamente regulado. Esta falta de

atención a la condición de la víctima, provoca que se le vuelva a requerir la presencia de la víctima durante la etapa de juicio oral.

- 3.3.16. En suma, los principales problemas que existen en el ámbito del sector judicial en relación con la atención a víctimas de violencia sexual se resumen en cuatro factores: la mayor atención a los elementos de convicción que aseguren el proceso penal, dejando a un lado la integridad de la víctima y otros casos que merezcan mayor investigación fiscal; la existencia de una perspectiva y actitudes basadas en estereotipos de género y discriminación; la existencia de una superposición de funciones entre agencias que generan la repetición de actos de investigación en agravio de la víctima; la implementación de protocolos débiles que solo originan la repetición de actos de investigación; y, la falta de recursos presupuestales de las entidades que participan en conjunto en todo el proceso penal, así como una ausente protección a la víctima frente a amenazas realizadas por los agresores.
- 3.3.17. Algunos de estos problemas se observan en el análisis del presente caso, cuando los familiares de María tuvieron que interponer previamente una denuncia para poder acceder al servicio de salud. La madre de María acudió a diversas comisarías a fin de interponer la denuncia por el delito de violación sexual en agravio de su hija; sin embargo, el personal policial de dichas dependencias se negaba a recibir su denuncia debido a una falta de competencia territorial, lo que se traduce como si la policía estuviera preparada solo para ejercer represión, antes de asumir en estos casos un rol de apoyo y ayuda efectiva. Finalmente, la madre de María logró interponer su denuncia ante el Fiscal Adjunto de la Primera Fiscalía Provincial Penal Corporativa de Huánuco y regresar a las 23:00 horas del día de la violación sexual.
- 3.3.18. Este hecho nos genera una disyuntiva por la falta de coordinación entre las entidades que participan en el acceso a la justicia de las agraviadas y la persecución del delito de violación sexual. Asimismo, evidencia la falta de cobertura geográfica, identificación de jurisdicción a nivel policial, que permita a las víctimas acceder de manera inmediata al sistema de justicia.

- 3.3.19. Por otro lado, del proceso penal desde la fase de la investigación realizada por el Ministerio Público en condición de titular de la acción penal fue insuficiente, pues logró identificar e individualizar a solo uno de los cuatro sujetos que agredieron sexualmente a María. Ello demuestra que el Ministerio Público ejecutó un comportamiento con inclinación por la visión legal de la violación sexual y privilegió solo la claridad de la evidencia dirigida a uno de los agresores, cuando tenía el deber de identificar a todos los que participaron en la violación sexual.
- 3.3.20. Cabe agregar que, la falta de motivación en la imposición de medidas socioeducativas contra los menores infractores, es otro de los problemas que suelen enfrentar los procesos de violación sexual cometidos por menores de edad que oscilan entre los 14 y 18 años. Las medidas socioeducativas, especialmente la medida de internamiento en un centro juvenil, en las sentencias suelen interponerse de forma indebida a través de motivaciones deficientes. Pues, no se emiten las decisiones a través de un análisis global y unitario de la normativa que detalla el margen de penas, las condiciones sociales de los menores infractores, los principios que caracterizan el sistema penal juvenil, lo establecido por la Convención de los Derechos del Niño y demás instrumentos internacionales vigentes, y la información recibida de los informes multidisciplinarios.
- 3.3.21. Se debe considerar que durante la comisión de los hechos descritos en el presente caso, la normativa vigente sobre responsabilidad penal adolescente se agrupaba en el Código de los Niños y Adolescentes. Dentro de este se establecía que la internación es una medida privativa de libertad que no debía exceder los 06 años²⁹; es decir, solamente establecía un rango superior, pero no inferior. Además, señalaba que debía tomarse en cuenta la edad del adolescente, sus circunstancias personales, así como su situación psicológica, educativa, familiar y sociocultural, según el informe del equipo multidisciplinario, así como la magnitud del daño causado, entre otros.

²⁹ **“Artículo 235.- Internación.** *-La internación es una medida privativa de libertad que no excederá de seis (6) años*

- 3.3.22. Este amplio margen de discrecionalidad judicial, exige que los administradores de justicia emitan sus decisiones en base a una debida motivación a fin de garantizar el derecho al debido proceso de las partes intervinientes en el conflicto penal. Sin embargo, los jueces aplican las medidas de internamiento luego de realizar la subsunción de los hechos a la calificación del tipo penal, análisis que no es suficiente para la interposición de una medida gravosa. Pues, es necesario y legalmente correcto que se realice, posteriormente a la etapa de subsunción de los hechos y afirmación de una conducta delictiva, el análisis respecto al tipo de medida socioeducativa que debe aplicarse al caso concreto y el tiempo de duración de esta, tomando en cuenta lo normativa, principios y el informe del equipo multidisciplinario.
- 3.3.23. En el presente caso, de la sentencia emitida por el Segundo Juzgado de Familia de la Corte Superior de Justicia de Huánuco, mediante Resolución N.º17, se desprende que al menor infractor Willinton Albornoz Ramos se le imputó el delito de violación sexual y se ordenó la aplicación de la medida socioeducativa de internación por el periodo de un año. Para concluir en dicha decisión, el operador de justicia simplemente detalla los artículos³⁰ del Código de los Niños y Adolescentes que describen la forma cómo se debe aplicar las medidas socioeducativas, sin mayor ahondamiento y argumentación respecto a la cantidad de años que se le debe imponer al infractor. En ese sentido, la presente resolución adolece de una debida motivación en perjuicio de las partes. Más aún cuando los hechos investigados y sancionados responden a una situación de gravedad como es la violencia de género.

³⁰ **Artículo 229.- Medidas.** - Las medidas socio-educativas tienen por objeto la rehabilitación del adolescente infractor

Artículo 191.- Rehabilitación. - El Sistema de Justicia del adolescente infractor se orienta a su rehabilitación y a encaminarlo a su bienestar. La medida tomada al respecto no sólo deberá basarse en el examen de la gravedad del hecho, sino también en las circunstancias personales que lo rodean.

Artículo 230.- Consideración. - El Juez, al señalar la medida, tendrá en cuenta la capacidad del adolescente para cumplirla. En ningún caso se aplicará la prestación de trabajos forzados.

3.3.24. Como se puede observar, el presente caso adolece de serios problemas jurídicos que comprometen al Estado peruano, a través de la actuación de los operadores de salud y de justicia, en el cumplimiento de los tratados internacionales de derechos humanos; pero, sobre todo, su actuación vulnera los derechos humanos de María, a quien se le revictimiza. En la siguiente sección, realizaremos el análisis del caso, a fin de afirmar la responsabilidad internacional del Estado peruano, quien ha ratificado los tratados internacionales de derechos humanos.

3.3.25. Para ello detallaremos los derechos humanos que han sido seriamente vulnerados en el caso concreto, a raíz de la estructura implementada por el Estado peruano y la actuación de los servidores estatales al momento de brindar la atención de salud de emergencia a María cuando fue ultrajada sexualmente, y el proceso penal que se siguió en búsqueda de sancionar a los responsables de la comisión del delito.

4. ANÁLISIS DEL CASO

En la búsqueda de justicia y reparación por los daños causados a María, varias organizaciones no gubernamentales interpusieron una petición ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en el 2016. La Comisión declaró admisible la petición en mayo de 2020 y, partir de esa fecha, se analiza las vulneraciones de los derechos humanos de María cometidas por el Estado peruano.

En el informe de admisibilidad emitido por la Comisión el 22 de marzo del 2020, afirma tener competencia sobre la petición presentada y que no existe causales de inadmisibilidad. Asimismo, la Comisión señala que observa en la petición alegaciones respecto a la falta de una investigación diligente por parte del Estado peruano en el marco del proceso penal, lo cual habría impedido el esclarecimiento de los hechos y la sanción de todos los responsables, así como la falta de acceso efectivo a la justicia.

Además, señala que observa la negación de acceso en condición de igualdad del anticonceptivo oral de emergencia y la falta de información relevante para las mujeres, especialmente en los casos de víctimas de violación sexual.

En ese sentido, tras examinar los hechos y las alegaciones presentadas, la Comisión considera que podrían caracterizar violaciones a los artículos 5 (integridad personal), 7 (libertad personal), 8 (garantías judiciales), 11 (honra y dignidad), 24 (igualdad ante la ley), 25 (protección judicial) y 26 (derechos económicos, sociales y culturales) de la Convención Americana de Derechos Humanos, en concordancia con los artículos 1.1 (obligación de respetar los derechos) y 2 (deber de adoptar disposiciones de derecho interno) de dicho tratado; así como el artículo 7 de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, también llamada Convención Belém do Pará.

El objetivo de la presente sección es analizar la presunta violación de los derechos humanos considerados por la Comisión, además de agregar las violaciones a los artículos 10.1 (derecho a la salud) del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y 6 (vida libre de violencia) de la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la Mujer.

Lo anterior nos permitirá explicar los deberes incumplidos por el Estado peruano en materia de derechos humanos y afirmar la responsabilidad internacional de este, a efectos de que se realice una reparación integral de María y cambios en la normativa y políticas públicas de salud que permita una efectiva protección de los derechos de las mujeres víctimas de violación sexual.

Asimismo, analizaremos los esfuerzos actuales desplegados por el Perú para proteger los derechos de las mujeres víctimas de violación sexual y la implicancia que tendría en la sanción que debería recibir el Estado peruano por el incumplimiento de sus obligaciones en el presente caso.

4.1. Derechos Humanos de María vulnerados por la actuación de las y los operadores de salud

De acuerdo a los hechos señalados (véase sección 2.5.), María luego de ser violentada sexualmente acudió junto a su familia al Hospital Público Hermilio Valdizán Medrano de la ciudad de Huánuco, a fin de recibir una atención de emergencia a causa de las lesiones físicas y psicológicas sufridas por la violación sexual en su agravio. Sin embargo, el personal médico condicionó su atención con la interposición previa de la denuncia, a pesar de estar frente a una situación de emergencia por la que atravesaba un ser humano.

Cabe añadir que, luego de dos días de internada en el hospital, la obstetra de turno mediante una receta le prescribió la píldora del día siguiente, sin brindarle mayor información sobre la función de este medicamento, su uso, sus efectos, las alternativas, la naturaleza y dónde podía acceder a este. Además, no le brindó la oportunidad de realizar preguntas sobre la receta, debido a que esta fue dejada en la parte final de la camilla donde María se encontraba descansando. En función a la receta brindada, los familiares de María consiguieron comprar el anticonceptivo oral de emergencia en una farmacia particular, a pesar de no contar con los recursos económicos necesarios.

Por último, María fue atendida por diversos asistentes médicos quienes constantemente la cuestionaban sobre los hechos ocurridos, lo que generó una revictimización. La atención efectuada por los servidores de salud, así como el sistema de atención implementada por el Estado peruano vulneraron gravemente los derechos humanos de María, comenzando por el derecho a la salud sexual y reproductiva, y por consiguiente una serie de derechos humanos que se relacionan.

4.1.1. La presunta violación al derecho a la salud sexual y reproductiva

4.1.1.1. El derecho a la salud es un tema de constante discusión en torno a su definición, contenido y alcances. El ámbito internacional ha logrado aportar ideas en torno a estos elementos con el fin de promocionar los derechos humanos relacionados al derecho a la salud y lograr que los Estados lo garanticen en la mayor medida posible.

4.1.1.2. En esa línea, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) define el derecho a la salud en su artículo 12° párrafo 1 como “el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. A dicha definición se suma la establecida por la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual define el derecho a la salud como el derecho “al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr”. Asimismo, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales a través de la Observación N°14 señala que “todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible para su salud que le permita vivir dignamente”.

4.1.1.3. Es decir, de dichas normas jurídicas se desprende que el derecho a la salud no constituye una obligación de garantizar la salud, cosa por lo demás imposible, sino de la obligación de poner los medios y los cuidados indispensables para su defensa y promoción (Leandro, 2019, p.66). Y que la salud sea optimizada por el Estado a través de los medios que pueda tener para alcanzar dicho fin y para beneficiar a sus titulares (Leandro, 2019, p.62).

4.1.1.4. La definición de salud ofrecida permite tener una visión amplia, que logra incluir diversas actuaciones negativas y positivas para garantizar el derecho a la salud. Pues, se entiende que los Estados deben realizar en la mayor medida posible para aproximarse a un máximo grado de realización de la salud (Leandro, 2019, p.62). Lo anunciado concuerda con la definición de derecho fundamental que establece la existencia de principios que constituyen mandatos de optimización sujeto a posibilidades fácticas y jurídicas.

4.1.1.5. Por otro lado, el Comité de DESC a través de la Observación General N°14³¹ señala que “la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. (...)”. Además, la efectividad del derecho a la salud se puede alcanzar mediante numerosos procedimientos complementarios como la formulación de políticas en materia de salud (...) o la adopción de instrumentos jurídicos concretos”.

³¹ Publicado en el mes de agosto del año 2000.

4.1.1.6. De esta interpretación se desprende que el derecho a la salud se vincula con el ejercicio de otros derechos como la dignidad humana, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida, al acceso de información y otros derechos y libertades (Villanueva, 2008, p.8). Estos derechos en conjunto abordan los componentes esenciales del derecho a la salud. Asimismo, la mencionada observación reconoce que el derecho a la salud abarca una amplia gama de factores socioeconómicos que promueven las condiciones merced a las cuales las personas pueden llevar una vida sana.

4.1.1.7. De tal modo, se debe entender como un derecho al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarias para alcanzar el más alto nivel posible de salud (Comité DESC, 2000, p.19). Asimismo, abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso a la información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

4.1.1.8. De lo señalado por el Comité DESC, se puede destacar cuatro elementos esenciales del derecho a la salud:

- La disponibilidad que supone que el Estado cuente con un número suficiente de establecimientos, bienes, servicios públicos de salud y centros de atención de la salud, así como programas.
- La accesibilidad que garantiza que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean accesibles económica y geográficamente, sin discriminación, así como el derecho a solicitar, recibir y difundir información en materia de salud.
- La aceptabilidad que establece que los servidores de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, sensibles a los requisitos de género y el ciclo de vida, además de respetar la confidencialidad.
- La calidad que exige que los establecimientos, bienes y servicios de salud sean apropiados desde el punto de vista científico, médico y de buena fe (Comité DESC, 2000, p.12).

4.1.1.9. A lo señalado, se debe añadir que, al ser un derecho perteneciente al grupo de derechos sociales, económicos y culturales, se caracteriza por tener un carácter prestacional en sentido amplio (Prieto, 2010, p.102). Es decir, implica una obligación positiva, de hacer, para poder garantizar este derecho. Por tal motivo, el Comité DESC establece que la realización progresiva del derecho a la salud significa que los Estados Parte tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena realización del derecho.

4.1.1.10. Respecto a su relación con los derechos sexuales y reproductivos, en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo en 1994, se desarrolló en todo un capítulo los derechos reproductivos y la salud reproductiva, estableciendo que el derecho a la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades. En ese sentido, estableció que la atención de salud reproductiva, implica el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos, sin discriminación.

4.1.1.11. En ese orden de ideas, el Comité CEDAW mediante la Recomendación General N°24 señaló que todos Estado Partes deben situar la perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afectan a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer (1999, párr.31).

4.1.1.12. En otras palabras, el derecho a la salud es un derecho humano que se define como el derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Bajo esa premisa, se considera como uno de los derechos sociales más importantes al ser interdependiente con otros derechos como los derechos sexuales y reproductivos. Ello implica que los Estados tienen la obligación de garantizar estos derechos a través de una obligación positiva, es decir, prestacional. Asimismo, los Estados deben incorporar la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejorar la salud de la mujer y el hombre, porque permite reconocer que los factores biológicos y socioculturales

ejercen una influencia importante en la salud, y permite subsanar las desigualdades en lo referente a la salud (Comité CEDAW, 1999, párr.20).

- 4.1.1.13. En el plano regional, la Corte Interamericana de Derechos Humanos ha interpretado el derecho a la salud vinculado con otros derechos como los sexuales y reproductivos. La salud sexual constituye un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, que requiere un acercamiento positivo y respetuoso de la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales, placenteras y seguras, sin coacción, discriminación ni violencia (OMS, s.f, p.5).
- 4.1.1.14. Por su parte, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir, hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Lo que implica tener información sobre los métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables.
- 4.1.1.15. Lo indicado guarda relación con la autonomía y la libertad reproductiva, en cuanto al derecho a tomar decisiones autónomas sobre su plan de vida, su cuerpo y su salud sexual y reproductiva, libre de toda violencia, coacción y discriminación. Por el otro lado, se refiere al acceso tanto a servicios de salud reproductiva como a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer su derecho a decidir de forma libre y responsable el número de hijos que desean tener y el intervalo de nacimientos³².
- 4.1.1.16. De esta forma, la Corte ha estimado que los Estados deben garantizar el acceso a la información en temas de salud, sobre todo en relación con la salud sexual y reproductiva, cuya denegación muchas veces ha significado una barrera para el ejercicio pleno de este derecho y un impedimento para la toma de decisiones de forma libre y plena (IIDH, 2007, p.73). Ello en cumplimiento con el artículo 26 de la Convención Americana y el artículo 10 del Pacto de San Salvador, que señala el derecho a la salud.

³² Corte IDH. Caso I.V. Vs. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329.

- 4.1.1.17. Por lo tanto, la Corte considera que, en materia de salud sexual y reproductiva, la obligación de transparencia activa imputable al Estado apareja el deber del personal de salud de suministrar información que contribuya a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y responsables respecto de su propio cuerpo y salud sexual y reproductiva, los cuales se relacionan con aspectos íntimos de su personalidad y de la vida privada y familiar (IIDH, 2007, p. 87).
- 4.1.1.18. Cabe mencionar que, si bien el derecho a la salud sexual y reproductiva abarca tanto a hombres como a mujeres, se ha evidenciado que los primeros no sufren de la misma forma por la construcción social del género. Es por ello que se afirma que, los derechos de las mujeres son violados de manera en que no lo son los derechos de los hombres, o que lo son, pero de manera excepcional (Villanueva, 2006, p. 392). Estas violaciones específicas suelen estar referidas a la vida sexual y reproductiva de las mujeres.
- 4.1.1.19. Es decir, el sexismo o las relaciones de género que resultan en discriminación contra las mujeres juegan un papel muy importante en el desproporcionado número de mujeres y niñas que sufren de mala salud sexual y reproductiva. Por ende, son las mujeres las personas a quienes más se les violan los derechos reproductivos. Por ello, son las mujeres las más necesitadas que los derechos reproductivos sean entendidos como derechos humanos (Villanueva, 2006, p.392).
- 4.1.1.20. Asimismo, el Mecanismo de Seguimiento de la Convención Belém Do Pará ha señalado que los derechos sexuales y reproductivos forman parte del catálogo de derechos humanos que protegen y defienden el Sistema Universal e Interamericano de derechos humanos; y que los derechos sexuales y reproductivos se basan en otros derechos esenciales incluyendo el derecho a la salud, el derecho a estar libre de discriminación, el derecho a la vida privada, el derecho a la integridad personal, el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia y por lo tanto a ser libres de violencia sexual (MESECV, 2014, p.6).

4.1.1.21. En el ámbito del ordenamiento peruano, la Constitución Política del Perú ha estipulado en su artículo 7 que:

“Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...).”

Asimismo, más adelante el artículo 9 señala que:

“El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”.

Finalmente, el artículo 11 indica que:

“El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento.”

4.1.1.22. Como se observa, constitucionalmente se reconoce a la salud como un derecho fundamental, entendido como un derecho a que el organismo funcione en adecuadas condiciones físicas y psíquicas. Ello quiere decir que, el derecho a la salud no garantiza a vivir libre de enfermedades, sino a conservar un adecuado nivel de funcionamiento físico y mental del organismo, y que ante la contingencia de una enfermedad o incidente que lo incapacite, pueda restablecer su funcionamiento (Landa, 2017, 160). Lo que implica que, el Estado peruano cumpla con garantizar el derecho al libre acceso a prestaciones de salud, a través de las entidades públicas o privadas.

4.1.1.23. En consecuencia, el contenido esencial del derecho a la salud es el acceso a las prestaciones de salud, las cuales deben ser prestadas en condiciones que garanticen un adecuado tratamiento de las enfermedades de la persona (Landa, 2017, p. 160).

4.1.1.24. Por otro lado, respecto a los alcances del derecho a la salud, desde su carácter subjetivo, supone el derecho a conservar un estado de bienestar físico y mental, en

condiciones de convivencia digna y sana, de modo que tal que la persona pueda realizar las actividades de su vida cotidiana sin dificultad y autonomía (Landa, 2017, 162).

4.1.1.25. En dicho sentido, el Tribunal Constitucional, a través del Expediente N° 5954-2007-PHC, ha señalado que la protección del derecho a la salud importa la tutela de un mínimo vital, fuera del cual el deterioro orgánico impide una vida normal o un grave deterioro de esta (como se citó en Landa, 2017, p.163). De modo que, comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener la normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser, lo que implica, por tanto, una acción de conservación y otra de restablecimiento; acciones que el Estado debe efectuar tratando de que todas las personas, cada día, tengan una mejor calidad de vida (Alvites, 2007, p. 588).

4.1.1.26. Por su parte, respecto a la perspectiva objetiva, el derecho a la salud impone una serie de deberes de actuación al Estado, que se corresponden con la dimensión subjetiva. De acuerdo a ello, el Tribunal Constitucional, a través del Expediente N°1956-2004, ha señalado que el Estado debe garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y el fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas (como se citó en Landa, 2017, p.163).

4.1.1.27. Como se observa, en el plano universal de derechos humanos, los órganos especializados se han pronunciado brindando conceptos sobre el derecho a la salud. Asimismo, han establecido la relación estrecha entre derecho a la salud y derechos sexuales y reproductivos, concluyendo que forman parte de los derechos humanos. Así también, han enfatizado la necesidad de establecer normas jurídicas y políticas públicas en materia de acceso a la salud con perspectiva de género, a fin de garantizar el derecho de las mujeres, quienes constantemente sufren actos de violencia.

- 4.1.1.28. En el plano regional, se observa que no hay mayor avance y pronunciamiento respecto al derecho a la salud sexual y reproductiva. Lo mismo ocurre en el ámbito nacional. Como se ha explicado en las secciones anteriores, el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres ha sido un tema de constante conflicto en sede administrativa mediante la negación a la implementación de políticas públicas debido a la inclusión de la píldora siguiente como método anticonceptivo de emergencia. Y, en sede judicial a través de los pronunciamientos del Tribunal Constitucional, cuyas decisiones no han considerado el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- 4.1.1.29. Todo ello ha provocado que, se coloque en una situación de doble vulneración a aquellas mujeres víctimas de violación sexual y de bajos recursos, quienes no pueden acceder a un sistema de salud que garantice sus derechos.
- 4.1.1.30. Bajo ese contexto de lo establecido en sede internacional, regional y nacional, se afirma la vigencia del derecho a la salud como un derecho a conservar un estado de bienestar físico y mental para que las personas puedan realizar sus actividades cotidianas sin dificultad. En esa línea, los Estados tienen la obligación de crear condiciones para que las personas puedan acceder a ese derecho.
- 4.1.1.31. En el presente caso, María tenía derecho a que se garantice su derecho a la salud dado su reconocimiento en el ámbito nacional e internacional. De acuerdo a ello desde la dimensión subjetiva de su derecho, tenía derecho a recibir la atención de salud adecuada como agraviada al caso en particular, sin restricción y en tiempo oportuno en atención a las lesiones físicas y psicológicas, y además en el ámbito de sus derechos sexuales y reproductivos; a recibir los medicamentos correspondientes que tenían por fin proteger su integridad física, mental, sexual y reproductiva; a recibir la información adecuada sobre la existencia de los medicamentos, como el anticonceptivo oral de emergencia, así como su uso, sus efectos y su naturaleza; y, a recibir un trato digno por parte de los servidores públicos, especialmente en su condición de víctima de violencia sexual.

- 4.1.1.32. Por otro lado, en el análisis desde la dimensión objetiva de su derecho a la salud, el Estado peruano tenía el deber prestacional de brindar un sistema de salud eficaz e inclusiva para garantizar y concretizar el derecho de María. A pesar de ello, se implementó políticas públicas que, si bien integraban un conjunto de principios y actuaciones para la atención a las víctimas de violación sexual, no se materializaba en la práctica debido a los vacíos y a la diversidad de normativas que -en su aplicación y mal entender generaron dicotomías- cada entidad manejaba. De modo que no gozaban de eficacia y generaban un obstáculo para la atención adecuada a víctimas de violación sexual. Asimismo, el Estado peruano restringió el derecho de las mujeres a acceder gratuitamente al anticonceptivo oral de emergencia, a pesar de que durante muchos años el Ministerio de Salud promocionaba su entrega gratuita, ello se configura como un retroceso en los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Para nuestro caso concreto de análisis, significó colocar en riesgo la integridad física, autonomía y bienestar de María.
- 4.1.1.33. Ello refleja la falta de disponibilidad a la salud, pues las mujeres se vieron limitadas a gozar de su derecho a la salud debido a los programas estatales implementados. Asimismo, el servicio de salud era inaccesible debido a que las mujeres no recibían la información adecuada sobre los anticonceptivos orales de emergencia. Además, no hubo aceptabilidad debido a que los servidores de salud no fueron respetuosos de la ética médica y sensibles a los requisitos de género.
- 4.1.1.34. Por tal motivo, se puede afirmar que se violó el derecho a la salud sexual y reproductiva de María, pues no se respetó el contenido del derecho a la salud, ni sus elementos esenciales. Ello en el fuero de los acuerdos y tratados acarrea responsabilidad internacional del Estado, al incumplir con su deber de respetar y garantizar los derechos humanos, así como adecuar su ordenamiento interno a lo establecido en materia internacional de derechos humanos.
- 4.1.1.35. Debido a su dinamismo y definición amplia, el derecho a la salud, específicamente la sexual y reproductiva, se vincula con otros derechos humanos

para lograr su máxima optimización. En ese sentido, cuando se vulnera este derecho, se violan diferentes derechos humanos en cada caso concreto. Sin embargo, por la naturaleza de este trabajo, se ha delimitado este amplio universo a tan solo algunos derechos violados de acuerdo a los hechos presentados.

4.1.2. La presunta violación al derecho a la igualdad y no discriminación

4.1.2.1. En el 2014, estaba vigente la sentencia de fecha 16 de octubre de 2009 emitida por el Tribunal Constitucional, mediante la cual prohibió la distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia. Esta decisión provocó que los establecimientos públicos de salud no puedan entregar la pastilla oral de emergencia a las mujeres que acudían; sin embargo, no prohibió la venta en farmacias privadas donde las mujeres podían acceder a este medicamento.

4.1.2.2. Esta decisión afectó gravemente a las mujeres víctimas de violación sexual, quienes, al asistir a los centros de salud estatales a nivel nacional, no podían recibir el anticonceptivo oral de emergencia a fin de salvaguardar su salud sexual y reproductiva. Esta situación se agravó, pues además de la condición de víctimas las mujeres de escasos recursos no podían acceder a un medicamento cuyo objetivo es resguardar la salud sexual y reproductiva.

4.1.2.3. De acuerdo al artículo 1.1. de la Convención Americana, los Estados están obligados a abstenerse de realizar acciones que de cualquier manera vayan dirigidas, directa o indirectamente, a crear situaciones de discriminación y deben adoptar medidas positivas para revertir o cambiar situaciones discriminatorias existentes en sus sociedades, con fundamento en la noción de igualdad y el principio de no discriminación. A lo cual se suma que, el Estado debe asegurar que las políticas que adopte no representen una carga desproporcionada sobre los sectores marginados y más vulnerables de la sociedad (CIDH, 2007, pág. 44).

4.1.2.4. Es de destacar que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos entiende a la igualdad y no discriminación como principio rector, como derecho y como garantía,

es decir que se trata de un principio cuya trascendencia impacta en todos los demás derechos consagrados a nivel del derecho interno y del derecho internacional. En esa línea, incide en la garantía de todos los demás derechos y libertades consagrados en el derecho interno y el derecho internacional, y está prescrito en el artículo II de la Declaración Americana de Derechos Humanos y los artículos 1(1) y 24 de la Convención Americana (CIDH, 2002, párr. 35).

4.1.2.5. En efecto, el derecho a ser tratado con igual consideración y respecto, a no recibir un trato discriminatorio y a que el Estado promueva las condiciones para que la igualdad sea real y efectiva, ocupa un lugar central en todo el corpus iuris internacional dado que se trata de un presupuesto necesario para el goce efectivo y universal de los restantes derechos humanos. (CIDH, s.f. p.24).

4.1.2.6. La Corte Interamericana de Derechos Humanos ha señalado que, “la noción de igualdad se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es indispensable para la dignidad esencial de la persona, frente a la cual es incompatible toda situación que, por considerar superior a un determinado grupo, conduzca a tratarlo con privilegio; o que, a la inversa, por considerarlo inferior, lo trate con hostilidad o de cualquier forma lo discrimine del goce de derechos que sí se reconocen a quienes no se consideren incursos en tal situación (CIDH, 2002, párr. 35).

4.1.2.7. Por su parte, en cuanto al concepto de “discriminación”, la Comisión refiere que la Convención Americana y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos no contienen una definición; sin embargo, la Comisión, la Corte y el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas han tomado como base las definiciones contenidas en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación para sostener que constituye toda distinción, exclusión, restricción o preferencia que tengan como base determinados motivos, como la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, la opinión política o de otra índole, el origen nacional o social, la posición económica, el nacimiento o cualquier otra condición

social, y que tengan por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales de todas las personas (CIDH, s.f, p.23).

4.1.2.8. Como hemos precisado, el artículo 1.1. de la Convención Americana describe el carácter general cuyo contenido se extiende a todas las disposiciones del tratado, ya que dispone la obligación de los Estados Partes de respetar y garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y libertades allí reconocidos sin discriminación alguna. Es decir, cualquiera sea el origen o la forma que asuma, todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos garantizados en la Convención, es en principio incompatible con la misma³³.

4.1.2.9. Mientras que el artículo 24 establece el principio de igual protección de la ley y la prohibición de discriminación. Es decir, el artículo 1(1) incorpora una prohibición de discriminación en el ejercicio y aplicación de los derechos consagrados en la Convención Americana, y por su parte el artículo 24 prohíbe dicha discriminación en lo que respecta no solo a los derechos establecidos en la Convención, sino a todas las leyes que apruebe el Estado y a su aplicación (CIDH, 2014, párr. 64).

4.1.2.10. Asimismo, la Comisión ha establecido enfáticamente la diferencia que existe entre distinciones y discriminaciones. En esa línea, la Corte Interamericana a través de su jurisprudencia ha referido que no prohíbe todas las distinciones de trato cuando sean compatible con la Convención Americana por ser razonales y objetivas, mientras que las discriminaciones sí están prohibidas debido a que constituyen diferencias arbitrarias (CIDH, s.f, p.31). De acuerdo a ello, para que una distinción sea razonable y objetiva debe perseguir un propósito legítimo y emplear medios proporcionales a la finalidad de la distinción, lo contrario es incompatible con la Convención y la normativa internacional.

³³ Corte IDH. Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 24 de octubre de 2012 Serie C No. 251, párr. 224.

- 4.1.2.11. Por otro lado, la Comisión avanza hacia un concepto de igualdad material y real que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren la adopción de medidas afirmativas que permitan su equiparación. Ello implica la necesidad de un trato diferenciado, cuando debido a las circunstancias, la igualdad de trato suponga suspender o limitar el acceso a un servicio, bien o el ejercicio de un derecho (IIDH, 2008, párr. 89). Asimismo, ha resaltado que es relevante para la orientación de políticas públicas que contribuyan a garantizar el reconocimiento de derechos y libertades respecto de sectores determinados de la población.
- 4.1.2.12. Para poder atender a dichos sectores o grupos de la población que requieren de un trato diferenciado para garantizar su derecho a la igualdad, es necesario identificar el concepto de discriminación estructural que exige la valoración amplia del contexto histórico, temporal y geográfico (CIDH, 2019, p.35). Pues ello, permite que el Estado identifique las desigualdades estructurales para implementar medidas acordadas para disminuir y eliminar la situación de inferioridad o exclusión contra determinada persona o grupo de personas.
- 4.1.2.13. También se debe identificar el concepto de discriminación indirecta que implica la implementación de medidas, que parecen neutrales en su formulación o de alcance general y no diferenciado, pero tienen un impacto discriminatorio y desproporcionado sobre un grupo de personas (CIDH, 2019, p.36). Por ejemplo, en el caso de la discriminación normativa directa, para probar la discriminación basta con demostrar que la distinción legal emplea un factor prohibido o que no se cumplió con la acción positiva mandada por la norma. En cambio, en el caso de las discriminaciones indirectas, hace falta probar el efecto o resultado desproporcionadamente perjudicial que tiene ese criterio sobre un grupo o colectivo. En ese caso, acreditar la existencia de discriminación supone aportar datos empíricos que demuestren que el supuesto sesgo “invisible” o “neutral” en la adopción de decisiones tiene un efecto dispar sobre algún grupo o sobre grupos determinados (CIDH, 2019, 36).

- 4.1.2.14. Asimismo, la jurisprudencia del sistema interamericano ha identificado el concepto de discriminación múltiple e interseccional considerando aquellos casos en que se presenta la confluencia en forma transversal de múltiples factores de vulnerabilidad y riesgo de discriminación asociados a una serie de condiciones particulares, como por ejemplo la condición de niña, mujer, persona en situación de pobreza y persona viviendo con el VIH (CIDH, 2019, p.32). Es decir, cuando se aplica la noción de interseccionalidad cuando parecen múltiples formas de discriminación por la combinación de sus causas.
- 4.1.2.15. En el presente caso, la resolución emitida por el Tribunal Constitucional peruano, mediante el cual ordena la prohibición de distribuir gratuitamente el anticonceptivo oral de emergencia en los centros de salud públicos, provocó que un sector de la sociedad se vea directamente afectada: las mujeres. Debido a esta decisión las mujeres se vieron obligadas a adquirir el medicamento en las farmacias privadas. Sin embargo, no todas las mujeres tenían las condiciones económicas para poder acceder al anticonceptivo oral de emergencia, en consecuencia, provocó que muchas mujeres de bajos recursos se vean impedidas a obtener el medicamento. Asimismo, la situación se agravó en los casos de violación sexual, donde las víctimas al encontrarse en un estado de vulnerabilidad tenían como obstáculo añadido el carácter económico para poder acceder al anticonceptivo oral de emergencia.
- 4.1.2.16. Evidentemente, estamos frente a una discriminación indirecta, pues la prohibición del anticonceptivo oral de emergencia tuvo un impacto desproporcionado en las mujeres víctimas de violación sexual que no contaban con los recursos económicos para acceder a este. Consta del informe emitido por la Comisión que María no tenía los recursos económicos para acceder a dicho fármaco, a pesar de ello, sus familiares hicieron los esfuerzos necesarios para poder comprar el anticonceptivo y brindárselo. Por tanto, el Tribunal Constitucional partió de una protección absoluta del concebido que, al no ponderar ni tener en cuenta los otros derechos en conflicto, implicó una arbitraria y excesiva intervención en los derechos de las mujeres, con efectos discriminatorios.

- 4.1.2.17. En ese sentido, el Estado peruano ha vulnerado el artículo 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, al establecer mediante una decisión constitucional una situación de discriminación indirecta en agravio de las mujeres, especialmente de María. Con ello, se configura una situación de desigualdad ante la ley y desigualdad material o sustantiva, pues el Estado peruano no ha configurado un sistema de acceso a la salud sexual y reproductiva real y eficaz para las mujeres más vulnerables, a fin de superar las desigualdades reales que impiden a este grupo social desarrollarse plenamente.
- 4.1.2.18. Asimismo, configura como una de las causales de discriminación prohibida por el artículo 1.1. de la Convención Americana. Lo que supone que, el Estado peruano ha incumplido la obligación de respetar y garantizar el pleno y libre ejercicio de los derechos y libertades allí reconocidas sin discriminación alguna. Es decir, cualquiera que sea el origen o la forma que asuma, todo tratamiento que pueda ser considerado discriminatorio respecto del ejercicio de cualquiera de los derechos garantizados en la Convención es per se incompatible con la misma.
- 4.1.2.19. Por otro lado, en el ámbito nacional, el inciso 2 del artículo 2 de la Constitución Política del Perú reconoce que toda persona tiene derecho a la igualdad ante la ley y que nadie debe ser discriminado por motivos de raza, sexo, origen, religión, condición económica o social, etcétera.
- 4.1.2.20. De modo que, el Estado reconoce a todas las personas como iguales y prohíbe toda forma de discriminación o tratamiento diferente no justificado. Es decir, el derecho a la igualdad se basa en la máxima que ordena tratar igual a todos los iguales y desigual a los desiguales, pues las diferentes pueden justificar tratamientos diferenciados con la finalidad de superar las desigualdades psicológicas y físicas (Landa, 2017, p. 34).
- 4.1.2.21. Entender de esta manera el derecho a la igualdad es relevante porque muchas veces las desigualdades se constituyen en obstáculos que no permiten el adecuado

desarrollo de la persona ni el despliegue de las capacidades. Por tal motivo, el artículo 103 de la Constitución dispone que pueden expedirse leyes especiales porque así lo exige la naturaleza de las cosas, pero no por razón de las diferencias de las personas.

4.1.2.22. Estos mandatos normativos se traducen en una prohibición de tratamientos diferenciados no justificados entre las personas, que resulta exigible, en primer lugar, al Estado, y también a los sujetos privados en cualquier tipo de relación. De modo que, todo tratamiento diferenciado que no esté debidamente justificado resulta discriminatorio y, por ende, prohibido (Landa, 2017, 34).

4.1.2.23. De acuerdo a ello, se desprende que el derecho a la igualdad tiene un doble carácter. La dimensión subjetiva supone el derecho a la idéntica dignidad entre todos los ciudadanos para ser tratados de igual modo en la ley. Por su parte, la dimensión objetiva supone la obligación, a cargo del Estado y de los particulares, de no discriminar, salvo, como lo hemos mencionado que se brinde tratamientos diferenciados, siempre y cuando dicho tratamiento esté justificado en razones objetivas (Landa, 2017, 31).

4.1.2.24. Todas estas medidas diferenciadoras que se denominan acciones afirmativas o discriminación inversa tienen como finalidad poner en igualdad de condiciones a quienes se hallan en situación de desventaja, pues buscan revertir aquellas desigualdades materiales que la sociedad por sí misma no puede superar (Landa, 2017, 32).

4.1.2.25. Cabe agregar que el derecho a la igualdad tiene una dimensión relacional, debido a que las afectaciones al derecho a la igualdad y no discriminación se presentan en el ejercicio de otros derechos fundamentales como la provisión y acceso a los servicios de salud.

4.1.2.26. A pesar de señalado en la Constitución y tratados internacionales en materia de derechos humanos, el Tribunal Constitucional mediante la sentencia recaída en el

Expediente N.º2005-2006-PA estableció una diferenciación basada en la condición económica, pues solo quienes tenían recursos económicos para solventar el mencionado medicamento podían adquirirlo, en tanto quienes no contaban con los medios no podrán hacer uso del mismo.

4.1.2.27. Dicha decisión tuvo implicancias en el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, siendo las mujeres más vulnerables las perjudicadas por esta diferenciación. La cual no tuvo fundamento legítimo, pues no fue razonable prohibir su distribución gratuita para proteger la vida del concebido, si de manera particular las mujeres con recursos económicos podían acceder al anticonceptivo oral de emergencia. Su privación no fue idónea y causó serios daños en los derechos de las mujeres más vulnerables, siendo este caso prueba de la violación al derecho a la igualdad y no discriminación, así como otros derechos conexos.

4.1.3. **La presunta violación del derecho a la integridad personal**

4.1.3.1. La Convención Americana reconoce expresamente en el inciso 1 del artículo 5 que toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral. En ese sentido, la Corte reconoce que su infracción “es una clase de violación que tiene diversas connotaciones de grado y cuyas secuelas físicas y psíquicas varían de intensidad según los factores endógenos y exógenos que deberán ser demostrados en cada situación concreta³⁴.

4.1.3.2. Los primeros se refieren a las características del trato, tales como la duración, el método utilizado o el modo en que fueron infligidos los padecimientos, así como los efectos físicos y mentales que estos puedan causar. Los segundos remiten a las condiciones de la persona que padece dichos sufrimientos, entre ellos la edad, el sexo, el estado de salud, así como toda otra circunstancia personal³⁵.

³⁴ Corte IDH. Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de octubre de 2012 Serie C No. 252, párr. 147.

³⁵ Caso Norín Catrimán y otros (Dirigentes, miembros y activista del Pueblo Indígena Mapuche) Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 29 de mayo de 2014.

4.1.3.3.La Convención no define las diferentes conductas que se prohíben de acuerdo a su artículo 5.1, ni da elemento alguno para determinar cuándo se está en presencia de alguna de ellas, salvo el establecer que la conducta puede ser violatoria cuando se atente contra la integridad física, psíquica o moral de la persona (Medina, 2005, p.143 y 144).

4.1.3.4.Sin embargo, la Corte a través de su jurisprudencia ha dado algunos indicios sobre las conductas que califican como violaciones a la integridad personal, señalando que existe una afectación a este derecho en relación al derecho a la atención de salud. En ese sentido, el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establece que toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social, e indica que la salud es un bien público. Así, la Corte ha establecido que el Estado tiene el deber, como garante de la salud de las personas bajo su custodia, de proporcionar los servicios de salud de atención y medicamentos adecuados cuando así lo requiera (Corte IDH, 2018, párr.209).

4.1.3.5.En ese sentido, la falta de atención médica adecuada no satisface los requisitos material mínimos de un tratamiento digno conforme a la condición de ser humano. En el caso de María, luego del episodio de violencia sexual que sufrió fue internada en un hospital público en Huánuco, sin embargo, el personal sanitario antes de atenderla, le informó que para acceder a la atención debía presentar la denuncia de lo sucedido previamente; es decir condicionaron la atención a una denuncia, a pesar de la emergencia y de no existir ninguna normativa que exija la interposición de la denuncia para la atención médica.

4.1.3.6.Por otro lado, 48 horas después de la violación, una obstetra le dejó una receta que prescribía la pastilla del día siguiente al pie de su camilla, sin indicarle cómo tomarla, su uso o las posibles contraindicaciones. A pesar de ello, los familiares de María compraron el medicamento en una farmacia privada y ante la falta de información tomó las dos pastillas juntas, sin conocer que no estaba siguiendo las

recomendaciones médicas para la administración y dosis del insumo para su efectividad.

4.1.3.7. Ello configura una violación al derecho a la integridad, pues desde el inicio las y los servidores de salud se mostraron renuentes a brindar una atención adecuada, pues condicionaron su atención previamente a una denuncia, cuando la normativa vigente de aplicación no establecía tal formalismo. Además, la falta de información y suministro del anticonceptivo oral de emergencia no se sujetan a las consideraciones establecidas que se desprenden del derecho a la salud reproductiva, de modo que su violación acarrea un menoscabo grave al derecho a la autonomía y libertad reproductiva.

4.1.4. **La presunta violación al derecho de la honra y la dignidad**

4.1.4.1. El derecho a la dignidad se entiende como un valor supremo que consiste en que cada hombre debe ser respetado por su condición humana (Chávez- Fernández, 2012, p.136). En uno de los primeros fallos dictado por la Corte acerca de las desapariciones forzadas de personas, se sentaron varios principios respecto de la dignidad.

4.1.4.2. En primer lugar, estableció que ninguna actividad del Estado puede fundarse sobre el desprecio de la dignidad humana³⁶. Ello implica que éste es el valor más importante a respetar, y está por sobre la potestad estatal y el Estado no puede vulnerar este valor, ni restringirlo.

4.1.4.3. Asimismo, describe las formas lesivas a la dignidad inherente al ser humano tales como toda forma de tratamiento cruel o inhumano, que lesione la integridad física, moral o psíquica de la víctima o todo tipo de humillación o menosprecio a un ser humano o cualquier tipo de tratos o modos que puedan menoscabar su estima³⁷. De acuerdo a este vínculo, se puede afirmar que la dignidad constituye la fuente moral

³⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras, 29 de julio de 1988. párr. 154.

³⁷ Ibidem

de todos los derechos y no una mera fórmula vacía o contenido. Es por ello que toda violación a los derechos humanos representa a su vez una afectación de la dignidad humana³⁸.

4.1.4.4. A raíz de su importancia, la Convención Americana prescribe en su artículo 11 el derecho a la protección de la honra y dignidad. Por su parte el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, reafirma la relación entre derechos humanos, como reconocimiento a la dignidad de la persona, por lo cual exigen una tutela y promoción permanente con el objeto de lograr su vigencia plena, sin que jamás pueda justificarse la violación de unos en aras de la realización de otros, aspectos estos relacionados con el adecuado disfrute del derecho a la salud (OPS, 2017 párr.11).

4.1.4.5. Por tal motivo, en el presente caso, como ya se ha mencionado, se ha vulnerado el derecho a la salud sexual y reproductiva y a la integridad personal de María, de modo que al estar interrelacionados con la dignidad, se ha vulnerado este derecho al haber recibido un trato degradante en el momento que quiso acceder al servicio de salud.

4.1.4.6. Cabe agregar que, la Corte ha precisado que si bien el artículo 11 de la Convención Americana se titula “Protección de la Honra y de la Dignidad”, su contenido incluye, entre otros la protección de la vida privada³⁹. El concepto de vida privada es un término amplio no susceptible de definiciones exhaustivas, pero que comprende, entre otros ámbitos protegidos, la salud sexual y reproductiva, la vida sexual y el derecho a establecer y desarrollar relaciones con otros seres humanos⁴⁰.

³⁸ Ibidem.

³⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 4 de septiembre de 2012, párr. 133.

⁴⁰ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador. Ibidem, párr. 166

4.1.4.7. Respecto a la salud sexual y reproductiva, ha señalado que, el derecho a la vida privada se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido también en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Es decir, las mujeres tienen el derecho de acceder al sistema de salud y recibir la información adecuada sobre los métodos anticonceptivos y de reproducción existentes a fin de garantizar su autonomía y desarrollo personal.

4.1.4.8. En consecuencia, la actuación efectuada por las y los servidores sanitarios vulneraron el derecho de María a recibir la información adecuada que le permita decidir sobre su autonomía reproductiva. Asimismo, toda vez que no recibió la información oportuna sobre la administración y dosis del anticonceptivo oral de emergencia.

4.1.5. **La presunta violación al derecho a la libertad personal**

4.1.5.1. Por otro lado, se vulneró el derecho a la libertad personal reconocido en el artículo 7 de la Convención que señala que “toda persona tiene derecho a la libertad, y a la seguridad personal”. De acuerdo a ello, la Corte ha diferenciado el derecho a la libertad con el derecho a la seguridad personal.

4.1.5.2. Por un lado, ha señalado que el concepto de libertad debe ser entendido en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido (Corte IDH, 2017, p.7). En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones⁴¹.

⁴¹ Corte IDH. Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Párr. 142.

4.1.5.3. Mientras que la seguridad sería la ausencia de perturbaciones que restrinjan o limiten la libertad más allá de lo razonable⁴². Asimismo, la seguridad también debe entenderse como la protección contra toda interferencia ilegal o arbitraria de la libertad física⁴³.

4.1.5.4. El derecho a la libertad está estrechamente vinculado con el derecho a la salud, en particular con el acceso al servicio de salud y al derecho a recibir la información correspondiente sobre los métodos, medicamentos y tratamientos en aras de garantizar el mayor posible estado de bienestar. Es por ello que en el presente caso, el derecho a la libertad de María se vio afectado, debido a que no se brindaron las condiciones de salud adecuadas para que pueda tomar una decisión correcta en aras de su libertad personal. Por el contrario, se limitó el acceso y la información con lo cual se limitaron sus opciones para poder decidir sobre su vida privada en relación a su derecho reproductivo.

4.2. Derechos Humanos de María violados por la actuación de los servidores de la administración de justicia

Del punto 3.3., se desprenden una serie de problemas en torno a la atención de los servidores de justicia cuando reciben un caso de violación sexual. Dichos problemas generaron que María no pueda acceder de manera adecuada al sistema de justicia en aras de esclarecer el hecho denunciado, responsabilizar penalmente a los agresores a través de la sanción y lograr una reparación justa y digna.

María, inició el proceso penal por violación sexual debido a la denuncia penal interpuesta por su madre, tuvo que acudir a dos estaciones de la policía de Huánuco, hasta que logró registrar la denuncia en sede de la Fiscalía. En este, se identificó y sancionó a uno de los agresores, que era compañero de escuela de María. Como el agresor era menor de edad, se dispuso su internamiento en un centro de reclusión juvenil por el periodo de un año y como reparación al pago de 900 soles a favor de

⁴² Corte IDH. Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez Vs. Ecuador. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Serie C No. 170

⁴³ Ibidem.

María. El Ministerio Público se limitó solo investigar a uno de ellos, nunca amplió la investigación contra los otros tres agresores, quienes no han sido identificados hasta la actualidad.

Estos hechos evidencian una violación a los derechos humanos de María relacionados al acceso al sistema penal. Como el derecho a las garantías judiciales establecido en el artículo 8 de la Convención Americana del cual se desprenden una serie de garantías de obligatorio cumplimiento para un debido proceso. Así como, la violación al derecho a la protección judicial establecido en el artículo 25 de la Convención.

4.2.1. **La presunta violación al derecho a las garantías judiciales**

4.2.1.1. Los Estados están en la obligación de garantizar un debido proceso con la aplicación irrestricta de las normativas. Asimismo, no solo deben proteger y garantizar los derechos de los inculcados, sino también de las agraviadas y familiares de estas que son directamente perjudicadas. Es por ello que la Corte ha sostenido que para garantizar el debido proceso, el Estado debe facilitar todos los medios necesarios para proteger a las víctimas y familiares de éstas frente a hostigamientos y amenazas que entorpezcan el proceso y eviten el esclarecimiento de los hechos y determinación de los responsables⁴⁴.

4.2.1.2. Además, se debe garantizar el derecho a ser oída con las debidas garantías, siendo indispensable que las agencias policiales y órganos jurisdiccionales ofrezcan mecanismos de denuncia accesibles y que aquellos sean difundidos para el conocimiento de los individuos (Corte IDH, 2018, 33). En este caso, suscitaron una serie de situaciones que desprotegeron el derecho al acceso a la justicia de María, entre ellas se encuentra la actitud negativa de los policías, quienes tenían el deber de recibir la noticia criminal y dejar constancia de los hechos, sin embargo, alegando supuesta falta de competencia territorial negaron la atención propia de su función, a pesar de estar frente a una situación de gravedad y emergencia.

⁴⁴ Corte IDH. Caso Myrna Mack Chang Vs. Guatemala. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 25 de noviembre de 2003. Serie C No. 101, párr.199.

4.2.1.3. Por otro lado, el acceso a la justicia no se agota en la posibilidad de poner en conocimiento de las autoridades los hechos sucedidos. Resulta igualmente necesario que los sistemas de denuncia sean eficaces y deriven en una investigación real y seria, ya que de lo contrario carecerían de utilidad. Para que el derecho a ser oído no carezca de contenido, debe ser acompañado por el deber del Estado de investigar, juzgar y sancionar (Corte IDH, 2018, p.33).

4.2.1.4. Es por ello que la Corte ha enfatizado que la decisión de iniciar y adelantar una investigación no recae sobre el Estado; es decir, no es una facultad discrecional, sino que el deber investigar constituye una obligación estatal imperativa que deriva del derecho internacional y no puede desecharse o condicionarse por actos o disposiciones normativas internas de ninguna índole⁴⁵.

4.2.1.5. Además, si bien la Corte ha indicado que el deber estatal de investigar es una obligación de medio y no de resultado, “debe ser asumida por los Estados como un deber jurídico propio y no como una simple formalidad condenada de antemano a ser infructuosa, o como una mera gestión de intereses particulares, que dependa de la iniciativa procesal de las víctimas o de sus familiares, o de la aportación privada de elementos probatorios⁴⁶.”

4.2.1.6. Por ello, la Corte ha precisado que la importancia de una investigación eficaz, radica particularmente en casos de vulneraciones graves a los derechos humanos, en la necesidad imperiosa de evitar la impunidad, la repetición de tales hechos y satisfacer el derecho de las víctimas y la sociedad en su conjunto de acceder al conocimiento de la verdad de lo sucedido. Por lo tanto, concluye que la obligación de investigar constituye un medio para garantizar tales derechos y su incumplimiento acarrea la responsabilidad internacional del Estado⁴⁷.

⁴⁵ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Vélez Loor Vs. Panamá. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 23 de noviembre de 2010, párr. 240.

⁴⁶ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso Omar Humberto Maldonado Vargas y otros Vs. Chile. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 02 de septiembre de 2015, párr. 75.

⁴⁷ Caso Penal Miguel Castro Castro vs. Perú. Sentencia de 25 de noviembre de 2006, párr. 347.

4.2.1.7. Para que la investigación realizada por los Estados resulte ser seria, imparcial y efectiva, la Corte, a través del caso *Escué Zapata vs. Colombia*, ha establecido que:

“[...] se requiere que éstos tomen en cuenta la complejidad de los hechos, el contexto y las circunstancias en que ocurrieron y los patrones que explican su comisión, en seguimiento de todas las líneas lógicas de investigación. Las autoridades judiciales deben intentar como mínimo: a) identificar a la víctima; b) recuperar y preservar el material probatorio relacionado con los hechos; c) identificar posibles testigos y obtener sus declaraciones; d) determinar la causa, forma, lugar y momento en que se produjo el ilícito, así como cualquier patrón o práctica que lo pueda haber causado; y e) en caso de fallecimientos, distinguir entre muerte natural, accidental, suicidio y homicidio” (Salmón & Blanco, 2012, p. 29).

4.2.1.8. Asimismo, la Corte ha hecho referencia al Protocolo de Estambul, adoptado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y la Guía de la Organización Mundial de la Salud para el cuidado médico-legal de víctimas de violencia sexual. Así, la Corte ha afirmado que estos dos instrumentos resultan útiles para precisar y dar contenido a la obligación estatal de investigar con la debida diligencia (Corte IDH, 2017, p.102). En tal sentido, en lo que respecta al derecho a ser oído de las víctimas de violación sexual, la Corte ha sostenido que:

“Entre otros, en una investigación penal por violación sexual es necesario que: i) la declaración de la víctima se realice en un ambiente cómodo y seguro, que le brinde privacidad y confianza; ii) la declaración de la víctima se registre de forma tal que se evite o limite la necesidad de su repetición; (...)”⁴⁸

4.2.1.9. En el presente caso, respecto a los elementos de convicción, se privilegió investigar al sujeto que había sido identificado por la propia agraviada, excluyendo a los tres sujetos involucrados. Es decir, investigaron y llevaron a juicio solo al responsable identificado porque tenían más probabilidades de acusar y sancionar por la claridad y facilismo de la evidencia.

⁴⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso *Fernández Ortega y otros vs. México*. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010, párr. 194.

- 4.2.1.10. Si bien los fiscales tienen que armar una estrategia para esclarecer los hechos y sancionar a los responsables de un ilícito penal, deben también agotar todos los medios de investigación para identificar a los demás agresores, ello para poder presentar en el ámbito judicial una teoría del caso de manera unitaria, a fin de garantizar el derecho a la verdad y los derechos de las víctimas. Una actuación contraria genera desconfianza y una sensación de injusticia por parte de las víctimas. Quienes, además, pueden enfrentar peligros a su integridad al percibir que los responsables pueden volver a ejercer violencia sobre ellas.
- 4.2.1.11. Asimismo, cuando María fue internada en el hospital público, fue atendida por diferentes operadores de salud que le preguntaban sobre los hechos una y otra vez, mientras que en el proceso penal María rindió su declaración en sede fiscal, para la pericia psicológica en dos ocasiones, para los dos exámenes médicos que le practicaron para certificar su integridad sexual y las lesiones provocadas a causa de la violación sexual. Sobre este punto, la Corte ha indicado que en casos de violación sexual, no resulta razonable exigir que las víctimas de violencia sexual deban reiterar en cada una de sus declaraciones o cada vez que se dirijan a las autoridades, los mencionados maltratos de naturaleza sexual. Ello debido a que promueve la revictimización o reexperimentación traumática de los hechos⁴⁹.
- 4.2.1.12. Por otro lado, de dicho artículo se desprende el deber de motivar las resoluciones. La Corte ha establecido que el deber de motivación constituye una prueba de que las partes han sido oídas. En el caso *Tristán Donoso vs. Panamá*, por ejemplo, la Corte afirmó que la ausencia de una debida fundamentación origina decisiones arbitrarias (Corte IDH, 2009, p.45). Por tanto, la argumentación de un fallo debe mostrar que han sido debidamente tomados en cuenta los alegatos de las partes y que las pruebas en su conjunto hayan sido analizadas.

⁴⁹ Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso J. Vs. Perú. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 27 de noviembre de 2013, párr. 351.

4.2.1.13. En ese sentido, resulta interesante el razonamiento de la Corte, pues esta interrelación corrobora que el deber de motivación es intrínseco al artículo 8.1 y que en los casos en los que dicho deber no haya sido garantizado por el Estado, las víctimas podrán ofrecer como prueba una decisión carente de una debida motivación y así demostrar que el derecho a ser oído fue vulnerado.

4.2.1.14. En el presente caso, de la sentencia emitida mediante la Resolución N.º17 por el Segundo Juzgado de Familia de la Corte Superior de Justicia de Huánuco, se desprende que al menor infractor Willinton Albornoz Ramos se le imputó el delito de violación sexual y se ordenó la aplicación de la medida socioeducativa de internación por el periodo de un año. Para concluir en dicha decisión, el operador de justicia simplemente detalló los artículos del Código de los Niños y Adolescentes que describen la finalidad de las medidas socioeducativas, así como las condiciones sociales y personales del infractor que debe tomar para la aplicación de la pena, sin mayor ahondamiento y argumentación respecto a la cantidad de años que se le debe imponer al infractor. En ese sentido, la presente resolución adolece de una debida motivación en perjuicio de las partes. Más aún cuando los hechos investigados y sancionados responden a una situación de gravedad como es la violencia sexual.

4.2.1.15. A ello se agrega, la falta de motivación respecto a la reparación civil. El mencionado juzgado no realizó ninguna argumentación sobre los S/ 900 soles de reparación civil que ordenó al infractor. Sin considerar la magnitud de los daños ocasionados a la agraviada, así como la afectación a su integridad física, psicológica y moral.

4.2.2. **Presunta violación al derecho a la protección judicial**

4.2.2.1. Respecto al derecho a la protección judicial, la Corte establece que el artículo 25 de la Convención Americana exige la obligación a cargo de los Estados de ofrecer, a todas las personas sometidas a su jurisdicción, un recurso judicial efectivo contra actos violatorios de sus derechos fundamentales⁵⁰. Dicha efectividad supone que,

⁵⁰ Caso del Tribunal Constitucional Vs. Perú. Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 31 de enero de 2001. Serie C No. 71, párr. 89.

además de la existencia formal de los recursos, estos den resultados o respuestas a las violaciones de derechos contemplados ya sea en la Convención, en la Constitución o en las leyes⁵¹.

4.2.2.2. Asimismo, la Corte ha establecido que para que un recurso sea efectivo, no basta con que esté previsto por la Constitución o la ley, o que sea formalmente admisible, sino que se requiere que sea realmente idóneo para establecer si se ha incurrido en una violación a los derechos humanos y proveer lo necesario para remediarla. No pueden considerarse efectivos aquellos recursos que, por las condiciones generales del país o incluso por las circunstancias particulares de un caso dado, resulten ilusorios. En virtud de lo anterior, el Estado tiene la responsabilidad no sólo de diseñar y consagrar normativamente un recurso eficaz, sino también de asegurar la debida aplicación de dicho recurso por parte de sus autoridades judiciales⁵².

4.2.2.3. En el presente caso, el Estado peruano ha señalado que la agraviada tenía disponible el recurso de amparo, proceso que tiene como finalidad la tutela rápida y efectiva de derechos fundamentales, como salud e igualdad. Asimismo, a fin de evitar que determinados hechos violatorios a derechos fundamentales se conviertan en irreparables, debido a la urgencia del mismo, se ha incorporado la posibilidad de dictar medidas cautelares a fin de suspender el acto violatorio. Así que existe una disponibilidad formal a un recurso idóneo, que no es un recurso extraordinario sino un proceso constitucional formal.

4.2.2.4. Frente a ello, es preciso señalar que el proceso de amparo, reconocido en el numeral 2 del artículo 200 de la Constitución Política del Perú, es un recurso rápido, idóneo y eficaz para la protección de los derechos fundamentales, cuya finalidad esencial es la protección de estos frente a violaciones actuales o a amenazas (ciertas e inminentes) de su transgresión (Landa, 2018, p.318). Sin embargo, la realidad

⁵¹ Caso Chocrón Chocrón Vs. Venezuela. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 1 de julio de 2011. Serie C No. 227, párr. 127.

⁵² Caso Duque Vs. Colombia. Interpretación de la Sentencia de Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 21 de noviembre de 2016. Serie C No. 322, párr. 149.

demuestra que en muy pocos casos concluyen antes de un año. A veces demoran dos y en muchos casos aún más que eso (Sar, s.f, p.100).

4.2.2.5. En el presente caso, este recurso carece de la celeridad necesaria para proteger los derechos de María, ya que no es posible obtener un pronunciamiento en vía de amparo por parte de una autoridad judicial en un plazo determinado, que permita lograr la eficacia del anticonceptivo oral de emergencia, la cual le fue negada a María. Por tanto, no existe en la legislación interna del Estado peruano un recurso que pudiera ser efectivo para la protección del derecho a la salud sexual y reproductiva de María, violando el derecho a la protección judicial.

4.2.2.6. Como se puede observar, en ambos campos, tanto de servicios de salud como de los operadores de justicia, se violaron los derechos humanos de María. Además, es necesario agregar que no solamente se violaron los derechos consagrados en los Convenios de Derechos Humanos, sino también se violó el derecho a una vida libre de violencia contemplado en la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la violencia contra la mujer.

4.3. La presunta violación al derecho a una vida libre de violencia de María

4.3.1. La Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, también llamada Belem Do Pará, reconoce el artículo 3 el derecho de toda mujer a una vida libre de violencia, tanto en el ámbito público como en el privado. En ese sentido, en el artículo 1 define a la violencia como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer.

4.3.2. Como se puede observar, la Convención amplía los alcances de la violencia contra la mujer, comprendiendo la violación y el abuso sexual. Y comprende que detrás de estas conductas existe una relación entre violencia de género y discriminación, indicando que la violencia es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, y que el derecho de la mujer a

una vida libre de violencia incluye el derecho a ser libre de toda forma de discriminación.

- 4.3.3. En el presente caso, hemos explicado los derechos humanos violados de María a causa de las actuaciones de los funcionarios públicos del ámbito de los servidores de la salud y judicial. Sin embargo, cabe agregar que la agresión sexual también configura como una violación al derecho a una vida libre de violencia.
- 4.3.4. En el ámbito del derecho penal, el bien jurídico tutelado del delito de violación sexual es la libertad sexual, cuando las víctimas, tanto hombres y mujeres, son mayores de edad (Novoa, 2021, párr.28). En esa línea, esta conducta ilícita viola de manera directa el derecho a la libertad de las personas, entendido como la autodeterminación para decidir con quién, cómo y cuándo se desea tener relaciones sexuales. En el caso de las violaciones sexuales cometidas en contra de las mujeres, estas configuran como una conducta basada en violencia de género, toda vez que, la sexualidad se utiliza como un medio de ejercer poder sobre la víctima; por tanto, al igual que otros actos de violencia, lo que propone la o el agresor es someterla, degradarla y humillarla (Bermúdez, s.f. p.8).
- 4.3.5. Sin embargo, la conducta de violación sexual, además de violar el derecho a la libertad, viola otros derechos humanos como el derecho a la integridad física, psíquica y moral, derecho a la libertad y a la seguridad personal, el derecho a la dignidad y a la honra; y, el derecho a la salud sexual y reproductiva. Frente a ello, los Estados tiene el deber de condenar a todas las formas de violencia contra la mujer y convenir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y erradicar dicha violencia. Ello se relaciona con lo señalado por la presente Convención que reconoce que la violencia contra la mujer está relacionada con la violación de otros derechos humanos como el derecho a la integridad física o psicológica, la seguridad personal, la salud, los derechos sexuales y reproductivos y el libre desarrollo de la personalidad.

- 4.3.6. En el presente caso, María fue víctima del delito de violación sexual en dos ocasiones. Si bien María no denunció la primera violación sexual sufrida, debido a las constantes amenazas sufridas por el agresor que participó en la segunda agresión, no se puede afirmar que ese hecho carece de veracidad. Por tanto, María fue víctima de graves vejámenes que violaron su libertad, dignidad e integridad física y psicológica. El delito de violación sexual en agravio de las mujeres configura como violencia de género y discriminación, debido a que es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, en donde las mujeres son utilizadas para someterlas y degradarlas. Por tanto, configura una violación al derecho de María a una vida libre de violencia. De ello se infiere que el Estado peruano no empleó los instrumentos y mecanismos eficientes para brindar mayor seguridad a las mujeres, toda vez que a la fecha que María sufrió dichas agresiones, las denuncias por este delito eran altas.
- 4.3.7. Por otro lado, la normativa sanitaria vigente al momento de la violación sexual gozaba de serios problemas que obstaculizaban la adecuada atención a las víctimas de violación sexual (véase punto 3.1.). En primer lugar, sufrían de una falta de coherencia y unidad normativa. En segundo lugar, las y los servidores de la salud no aplicaron lo estipulado en los protocolos, o los aplicaban de manera incorrecta. En tercer lugar, las y los servidores de salud mostraban una aptitud inadecuada al momento de brindar la atención a las víctimas de violación sexual. Todo ello configura un incumplimiento de los deberes asumidos a raíz de la ratificación del Convenio Belém do Pará que exige que los Estados deben abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación.

4.4. Incumplimiento de los deberes internacionales en materia de derechos humanos

- 4.4.1. La Convención Belém do Pará establece que todos los Estados partes condenan a todas las formas de violencia contra la mujer y convienen en adoptar, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, políticas orientadas a prevenir, sancionar y

erradicar dicha violencia. Por ello, deben “abstenerse de cualquier acción o práctica de violencia contra la mujer y velar por que las autoridades, sus funcionarios, personal y agentes e instituciones se comporten de conformidad con esta obligación (...)”.

- 4.4.2. En el presente caso, la normativa sanitaria vigente al momento de la violación sexual gozaba de serios problemas que obstaculizaban la adecuada atención a las víctimas de violación sexual (véase punto 3.2.). Todo ello configura un incumplimiento de los deberes asumidos a raíz de la ratificación del Convenio Belém do Pará.
- 4.4.3. La Convención exige que los Estados deban actuar con la debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer e incluir en su legislación interna normas penales, civiles y administrativas, así como las de otra naturaleza a fin de cumplir con ello; adoptar medidas jurídicas para conminar al agresor a abstenerse de hostigar, intimidar, amenazar, dañar o poner en peligro la vida de la mujer de cualquier forma que atente contra su integridad o perjudique su propiedad; establecer procedimientos legales justos y eficaces para la mujer que haya sido sometida a violencia, que incluyan, entre otros, medidas de protección, un juicio oportuno y el acceso efectivo a tales procedimientos; establecer los mecanismos judiciales y administrativos necesarios para asegurar que la mujer objeto de violencia tenga acceso efectivo a resarcimiento, reparación del daño u otros medios de compensación justos y eficaces (...).
- 4.4.4. Conforme se aprecia a partir del punto 3.1.37 al 3.1.60, durante la comisión de los hechos en agravio de María, el marco normativo implementado para investigar y sancionar los delitos de violación sexual tenía diversos problemas que en suma provocaron, en el presente caso, una violación a los derechos humanos de María. Asimismo, de manera general, este marco normativo no cumple con lo establecido en la Convención Belem do Pará, y ello se refleja en el caso de María, quien no pudo denunciar la primera violación sexual cometida en su contra debido a las amenazas recibidas por el agresor, lo cual muestra la falta de atención del Estado para proteger a las víctimas frente a las amenazas que limiten su derecho a acceder a la justicia.

- 4.4.5. Asimismo, en la segunda agresión sexual, tuvo impedimentos para acceder al sistema de justicia, pues su madre tuvo que asistir a diferentes dependencias policiales para poder interponer la respectiva denuncia. Por su parte, durante la etapa de investigación tuvo que relatar en diversas ocasiones los hechos cometidos en su agravio. Y finalmente, el proceso penal concluyó con la condena a un solo agresor, a pesar de la participación de otros tres agresores, lo cual evidencia la configuración de una situación de impunidad.
- 4.4.6. Todo ello configura el incumplimiento por parte del Estado peruano al deber de actuar con debida diligencia para prevenir, investigar y sancionar la violencia contra la mujer, específicamente en el caso de María. Y la inexistencia de normas administrativas necesarias para lograr dicha finalidad. Así como la obligación de brindar condiciones para que las víctimas puedan denunciar los hechos cometidos en su agravio y evitar que reciban amenazas que limiten sus decisiones.
- 4.4.7. Por último, la Convención obliga a los Estados a “tomar las medidas apropiadas, incluyendo medidas de tipo legislativo, para modificar o abolir leyes o reglamentos vigentes, o para modificar prácticas jurídicas o consuetudinarias que respalden la persistencia o la tolerancia de la violencia contra la mujer”.
- 4.4.8. Tal como se ha explicado en el punto 2.3.17, el Tribunal Constitucional peruano ordenó al Ministerio de Salud se abstenga de desarrollar como política pública la distribución gratuita de AOE a nivel nacional. Ello debido a que existía duda razonable sobre el supuesto efecto abortivo de la AOE, prohibiendo su entrega gratuita. Asimismo, señaló que el inicio a la vida humana se produce con el ingreso del espermatozoide al óvulo, es decir, con la fusión de la célula materna y paterna (fecundación), circunstancia en la cual se origina el huevo o cigoto humano, y por eso, un supuesto efecto que impida la implantación sería abortivo. Ello a pesar de que varios organismos internacionales se pronunciaron en contra, señalando que el anticonceptivo oral de emergencia no tenía efectos abortivos.
- 4.4.9. Este pronunciamiento por parte del Tribunal Constitucional generó un retroceso en materia de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, pues evidenció un

trato desigual y discriminatorio hacia las mujeres, pues no prohibió el acceso a este fármaco a través de la compraventa en establecimientos privados, sino que impidió su entrega pública, teniendo un impacto desproporcional y discriminatorio sobre las mujeres más vulnerables: las víctimas de violación sexual, las mujeres de escasos recursos, las niñas y adolescentes, las mujeres de zonas rurales y las que pertenecen a poblaciones marginadas, entre otras (PROMSEX, 2016, párr.5).

4.4.10. Pero, sobre todo, dejó sin protección a aquellas víctimas de violación sexual de bajos recursos que tenían acceso a un método de protección frente a un posible embarazo no deseado, generando una especie de violencia institucional en agravio de éstas. Por ello, esta decisión constitucional no se ajusta a lo establecido en la Convención Belém do Pará.

4.4.11. Por otro lado, la Convención Americana de Derechos Humanos también establece una serie de obligaciones a los Estados parte. En primer lugar, tienen el deber de garantizar el libre y pleno ejercicio de todo ser humano sujeto sin ningún tipo de discriminación. Ello implica el deber de los Estados parte de organizar todo el aparato gubernamental y, en general de todas las estructuras a través de las cuales se manifiesta el ejercicio del poder público, de modo que tengan la capacidad de asegurar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos⁵³.

4.4.12. Esta obligación comporta la necesidad de una conducta gubernamental que asegure la existencia, en la realidad, de una eficaz garantía del libre y pleno ejercicio de los derechos humanos. Es decir, no se agota en la existencia de un orden normativo dirigido a hacer posible el cumplimiento de esta obligación, sino que exige el cumplimiento de una obligación positiva que impone el deber a los Estados de adoptar todas las medidas necesarias para remover los obstáculos que puedan existir para restringir el disfrute de derechos (Corte IDH, 1990, párr.34).

4.4.13. A lo referido en el párrafo anterior se suma el deber de prevenir, investigar y sancionar toda violación de los derechos humanos, y procurar si es posible el

⁵³ Corte IDH. Caso Velásquez Rodríguez vs. Honduras. Ibidem, párr.166.

restablecimiento del derecho vulnerado, y en su caso, la reparación de los daños producidos por la violación de los derechos humanos⁵⁴. Se incumple el deber de prevenir cuando se deja a las personas en una circunstancia de indefensión tal que facilita la ocurrencia de afectaciones en su perjuicio. En ese sentido, este deber abarca aquellas medidas de carácter jurídico, político, administrativo y cultural que promuevan la salvaguarda de los derechos humanos y que considere que las violaciones a efecto de investigar y sancionar para quien las cometa, así como la obligación de indemnizar⁵⁵.

4.4.14. Cabe mencionar que, de acuerdo a la jurisprudencia interamericana se ha afirmado la existencia de un deber de prevención reforzado. Pues, los Estados tienen el deber de prevención integral que implica la prevención de los factores de riesgo y el fortalecimiento de las instituciones para que puedan proporcionar una respuesta efectiva en los casos de violencia, especialmente en los casos de violencia contra la mujer⁵⁶.

4.4.15. Por su parte, el deber de investigar, juzgar y sancionar implica la creación de un marco normativo interno adecuado o la organización de un sistema de justicia para asegurar que se realicen las investigaciones, persecución, captura enjuiciamiento y condena de los responsables, de manera seria y efectiva. Ello significa que los Estados deban suministrar un sistema judicial y recursos judiciales efectivos a las víctimas en aras de velar por el derecho a la verdad de las víctimas o sus familiares para obtener de los órganos competentes el esclarecimiento de los derechos y responsabilidades.

4.4.16. En el presente caso, durante el 2014 el Estado peruano, a través de políticas públicas, decisiones constitucionales y un sistema de justicia, se reforzó una situación de violación de derechos humanos para las víctimas de violación sexual. Esta situación

⁵⁴ Ibidem, párr.166.

⁵⁵ Ibidem, párr.175.

⁵⁶ Corte IDH. Caso González y otras (Campo Algodonero) vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia del 16 de noviembre de 2009. Serie C 205, párrafo 258.

refleja el incumplimiento de las obligaciones asumidas tras la ratificación del Convenio Interamericano de Derechos Humanos.

4.4.17. En primer lugar, respecto a la obligación de respetar los derechos y libertades, el Estado peruano a través de las acciones y omisiones cometidas por los servidores de salud y de justicia para la adecuada atención a las víctimas de violación sexual, vulneró una serie de derechos y libertades de María, reconocidos en la convención. En segundo lugar, incumplió su deber de garantizar el libre y pleno ejercicio de los derechos humanos de María, pues implementó políticas públicas y un sistema de justicia que no lograba la eficacia de los derechos en la realidad.

4.4.18. En tercer lugar, incumplió su deber de prevenir, investigar y sancionar la violación de los derechos humanos de María. Pues, la conducta de los servidores de salud y justicia solo reflejan las barreras existentes que obstaculizan la debida atención de las víctimas de violación sexual a nivel jurídico y social. Asimismo, se desprende la falta al deber de prevención reforzada y la inobservancia de los factores de riesgo que conducen a las mujeres vivir episodios de violencia sexual y los escasos esfuerzos desplegados para fortalecer las instituciones de salud y de justicia para enfrentar los casos de violación sexual.

4.4.19. En ese sentido, por todo lo expuesto el Estado peruano es responsable internacionalmente por el incumplimiento de estos deberes⁵⁷. Y sobre todo, por la violación a los derechos humanos de María, a raíz de la mala actuación de las y los servidores de salud y operadores de justicia.

4.5. Los esfuerzos actuales del Perú para cumplir con su deber de garantizar los derechos humanos de las mujeres víctimas de violación sexual

4.5.1. En el año 2014, a nivel nacional, el total de denuncias por violencia sexual alcanzó los 5 mil 614 (INEI, 2019, p.44), sin considerar los casos no denunciados. Esta

⁵⁷ Las obligaciones explicadas en los párrafos anteriores se encuentran señaladas en el preámbulo de la Convención Americana de Derechos Humanos. A los deberes señalados, se debe sumar la obligación general de no discriminación establecida en el artículo 1(1) y la obligación de adoptar disposiciones de derecho interno establecida en el artículo 2.

situación provocó que se presionara al poder legislativo para que emita una ley que uniformizara todas las normativas y protocolos existentes sobre la adecuada atención a las víctimas de violencia sexual.

- 4.5.2. Es por ello que, el 23 de noviembre de 2015, se publicó la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, la cual establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas así como reparación del daño causado; y dispone en su artículo 1 la persecución, sanción y reeducación de los agresores sentenciados a fin de garantizar a las mujeres y al grupo familiar una vida libre de violencia, asegurando el ejercicio pleno de sus derechos.
- 4.5.3. La mencionada ley, se encuentra vigente hasta la fecha con algunas modificaciones realizadas en aras de prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar.
- 4.5.4. Con la implementación del reglamento de la ley antes citada, disminuyó los problemas desarrollados en la sección 3.2. y 3.3. No obstante, hasta la fecha aún se mantienen algunas como la realización de la pericia psicológica por la Unidad de Medicina Legal del Ministerio Público y los Centros de Emergencia Mujer, lo que provoca la revictimización de las agraviadas.
- 4.5.5. Por otro lado, la norma en mención logra articular todas las funciones de las entidades que participan en la atención a las víctimas de violación sexual. Por ejemplo, establece las competencias de la Fiscalías Especializadas, del Centro de Emergencia Mujer, de la Policía Nacional, del Poder Judicial, del Ministerio de Salud y otros. En el caso del Ministerio de Salud, establece que tiene a su cargo la provisión gratuita de servicios de salud para la recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas.

- 4.5.6. Ello genera que los servidores de salud privilegien la atención cuando existen lesiones físicas o psicológicas evidentes, y excluyan la salud sexual y reproductiva de las mujeres víctimas de violación sexual (Zevallos & Mujica, 2016, p.12).
- 4.5.7. Para suplir dicha deficiencia, el Ministerio de Salud ha implementado un sistema de atención para las víctimas de violencia sexual. A través de este, establece la actuación humanitaria que deben tener los servidores de salud frente a casos de víctimas de violencia y violación sexual. Asimismo, se les exige actuar rápidamente considerando la afectación emocional de la persona y la posibilidad de prevenir consecuencias negativas en su salud sexual y reproductiva, mediante la distribución de la anticoncepción oral de emergencia (véase punto 2.2.27).
- 4.5.8. La distribución gratuita del anticonceptivo oral de emergencia fue prohibida por el Tribunal Constitucional a través de una sentencia en el 2009. Sin embargo, en el 2016 a través de una medida cautelar se ordenó su distribución gratuita. Esta medida cautelar fue otorgada dentro de un proceso de amparo presentado contra la decisión del Tribunal Constitucional en el 2009. El presente proceso de amparo fue resuelto en el 2019 pero fue apelada, en consecuencia, el 16 de setiembre del 2020, se resolvió revocar la sentencia emitida en el 2019. No obstante, sigue vigente la medida cautelar que permite que las mujeres puedan acceder al anticonceptivo oral de emergencia.
- 4.5.9. Como se puede observar, actualmente se mantiene una situación de incertidumbre respecto al derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Si bien existe una medida cautelar, ello no es suficiente para considerar que en el Perú se respeta y se garantiza el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Ello refleja, un incumplimiento por parte del Estado peruano a los deberes contraídos para luchar contra la violencia de género.
- 4.5.10. A pesar de los buenos intentos, el Estado peruano aún mantiene políticas y situaciones jurídicas que vulneran los derechos humanos de las mujeres, especialmente de las víctimas de violación sexual. Es por ello que, la Comisión ha

señalado que en la región las mujeres continúan enfrentando serios desafíos para lograr el pleno respeto y la protección de sus derechos fundamentales, en un contexto de violencia y discriminación estructural y endémica contra ellas (CIDH, 2019, p.11).

4.5.11. En particular, ha indicado que el registro de altas tasas de violencia sexual, entre otras formas de violencia, así como la subsistencia de serios obstáculos, les impiden tener un acceso oportuno, sin discriminación a la justicia y a una reparación y protección integral frente a estos actos. Al mismo tiempo, las mujeres también enfrentan barreras para obtener un debido acceso a educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva, de manera imparcial, oportuna y culturalmente adecuada (CIDH, 2019, p.11).

4.5.12. Durante su visita al Perú, la Comisión recibió positivas informaciones respecto del compromiso del Estado de priorizar la defensa y protección de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes. Al respecto, la Comisión observó que la lucha contra la violencia de género ha sido considerada como prioridad nacional por parte del gobierno, otorgándose así importantes recursos financieros a diversas entidades a cargo de la atención y protección de las mujeres, niñas y adolescentes (CIDH, 2018, párr.12).

4.5.13. Asimismo, la Comisión recibió información relativa a los numerosos esfuerzos llevados a cabo para fortalecer el marco normativo de protección los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes. Además, tomó conocimiento de diversas decisiones adoptadas por el Tribunal Constitucional del Perú a favor de los derechos de las mujeres, en línea con los estándares interamericanos (CIDH, 2018, párr.11). En particular, la Comisión conoció de la decisión de dicho Tribunal que declara inconstitucional la impunidad derivada de criterios sesgados y discriminatorios comúnmente utilizados en delitos sexuales, reivindicando así el enfoque de género en la justicia penal en materia de delitos sexuales y reconociendo la declaración de las víctimas como prueba fundamental de los mismos (CIDH, 2018, párr.13).

- 4.5.14. Sin embargo, la Comisión observa el constante contexto de violencia y discriminación contra las mujeres, niñas y adolescentes. También, obtuvo información consistente sobre la prevalencia de patrones socio-culturales misóginos, machistas y discriminatorios que permean la sociedad peruana en su conjunto e impactan el actuar de funcionarios públicos, vulnerando el derecho de las mujeres a vivir una vida libre de violencia (CIDH, 2018, párr.14).
- 4.5.15. Al respecto, en cumplimiento de su obligación de debida diligencia, la Comisión insta al Estado a adoptar medidas para prevenir los actos de violencia perpetrados contra las mujeres, niñas y adolescentes, investigarlos de manera seria e imparcial, juzgar y sancionar a los responsables y adoptar medidas de protección para las víctimas (CIDH, 2018, párr. 16).
- 4.5.16. Respecto a los derechos sexuales y reproductivos, la Comisión ha obtenido información preocupante sobre un elevado número de embarazos adolescentes, muchos de ellos resultado de violaciones sexuales. De acuerdo a información recibida por la Comisión, hasta septiembre de 2017 se registraron 20,004 partos de niñas y adolescentes, de los cuales 1,645 fueron de menores de 15 años (CIDH, 2018, párr.20).
- 4.5.17. Según el registro del Instituto Nacional de Estadística Informática, en el año 2017 aproximadamente 13% de las adolescentes de entre 15 y 19 años de edad ya eran madres o se encontraban embarazadas (CIDH, 2018, párr.20). Debido a la falta de educación sexual, a la alta incidencia de violencia sexual, a las insuficientes medidas de prevención y acceso a métodos anticonceptivos, las adolescentes se encuentran expuestas a embarazos no deseados y a maternidades forzadas (CIDH, 2018, párr.20).
- 4.5.18. De igual forma, la Comisión ha venido dando seguimiento a la regulación y distribución del anticonceptivo oral de emergencia (AOE). Tras la sentencia del Tribunal Constitucional de 2009 prohibiendo la distribución gratuita del AOE en el sector público en base a dudas sobre su carácter abortivo, su distribución ha sido temporalmente restablecida en virtud de la medida cautelar ordenada por el

Ministerio de Salud en 2016, sin que a la fecha una sentencia definitiva haya sido dictada (CIDH, 2018, párr. 22).

4.5.19. A pesar de esta medida cautelar, la Comisión ha sido informada del serio desabastecimiento que persiste en el país: en el año 2017, el AOE se distribuyó únicamente en 15 de los 25 departamentos del Perú, lo que ha impedido igualmente su inclusión dentro de los Kits de Atención de Emergencia para casos de violación sexual (CIDH, 2018, párr.23). La Comisión observa con preocupación la falta de acceso en condiciones de igualdad al AOE para las mujeres víctimas de violencia sexual en situación de vulnerabilidad, especialmente las niñas y adolescentes, en especial respecto de las que viven en zonas rurales o selváticas y las que se encuentran en situación de pobreza, ya que dependen en mayor medida de la cobertura de servicios públicos (2018, párr.23). Al respecto, la Comisión llama al Estado peruano a tomar todas las medidas necesarias para garantizar el respeto y la protección, sin discriminación, de los derechos sexuales y reproductivos de todas mujeres según los estándares interamericanos en la materia (2018, párr. 23).

4.5.20. Por todas estas consideraciones, el Estado peruano tendría que responder internacionalmente frente a la violación de los derechos humanos de María y frente a la situación de desprotección generada a través de las herramientas estatales. Las consecuencias ordinarias de la responsabilidad dentro de tal contexto son de índole esencialmente reparatorio. De modo que del incumplimiento se generan dos obligaciones para el Estado peruano, la cesación de conductas violatorias e implementación de políticas que eviten la repetición de dichas conductas y la obligación de reparar el daño causado.

5. CONCLUSIONES

5.1.El Estado peruano es responsable por la violación del derecho a la salud, en particular del derecho a la salud sexual y reproductiva conforme se desprende del artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en relación con la obligación señalada en el artículo 26 de la

Convención Americana sobre Derechos Humanos. Ello debido a que se ha demostrado que María no pudo acceder de manera adecuada al servicio de salud y no se le brindó la información correspondiente sobre el anticonceptivo oral de emergencia, pese a encontrarse en una situación crítica y reflejar lesiones causadas por la violación sexual. La negación de los servicios de salud sexual y reproductiva exclusivos para las mujeres, a través de normas, prácticas y estereotipos discriminatorios constituye una violación sistemática de sus derechos humanos y las somete a la violencia institucional del Estado.

5.2. Asimismo, el Estado peruano es responsable por la violación del derecho a la igualdad y no discriminación reconocida en el artículo 24 de la Convención, en relación con el artículo 1.1. del mismo tratado. Ello puesto que el Tribunal Constitucional, mediante una sentencia, estableció una diferenciación basada en la condición económica, solo quienes tenían recursos económicos para solventar el anticonceptivo oral de emergencia podían adquirirlo.

5.3. Así también, el Estado peruano es responsable por la violación del derecho a la integridad personal reconocido en el artículo 5.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Ello en relación a la indebida atención que María recibió cuando se apersonó al hospital público. Asimismo, María fue víctima de violación sexual en dos ocasiones, ello demuestra la falta de compromiso por parte del Estado peruano en aras de reducir los ambientes de violencia sexual y evitar severos daños físicos y psicológicos a las víctimas, como María.

5.4. De igual modo, el Estado peruano es responsable por la violación a la libertad personal, a la honra y dignidad, y a la vida privada, reconocidos en el artículo 7.1, 11.1 y 11.2. Ello debido a que, la atención sanitaria que recibió limitó su capacidad de informarse y decidir en aras de respetar su autonomía sexual y reproductiva que se encuentran vinculados con su libertad, seguridad y vida privada. Además, las violaciones sexuales también limitaron su autonomía y desarrollo personal.

5.5. De igual forma, el Estado peruano es responsable por la violación a las garantías judiciales y a la protección judicial reconocidos en los artículos 8.1 y 25 de la Convención Americana de Derechos Humanos. Toda vez que María sufrió obstáculos para acceder al sistema de justicia y el proceso penal que se inició revictimizó a María y fue insuficiente en aras de garantizar el derecho al debido proceso.

5.6. Finalmente, el Estado peruano es responsable por la violación al derecho a una vida libre de violencia reconocido en el artículo 3 de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Ello debido a que María padeció dos violaciones sexuales que representan una situación de violencia estructural. Asimismo, las actuaciones de las y los funcionarios sanitarios y judiciales violaron una serie de derechos humanos que se relacionan con este artículo.

Todo lo anterior, ello configura una responsabilidad por el incumplimiento de los deberes contraídos en el artículo 7 de la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, en concordancia con lo estatuido en artículo 1.1. de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. Pues, las actuaciones de las y los servidores sanitarios y judiciales, así como las normas implementadas en el ámbito sanitario y judicial no reflejan el cumplimiento de los deberes señalados en dichos tratados internacionales.

6. BIBLIOGRAFÍA

Alvites, E. (2007). La protección jurisdiccional urgente del derecho a la salud. *Revista de Doctrina y Jurisprudencia*. 587-594. <https://vlex.com.pe/vid/oacute-jurisdiccional-urgente-salud-194744917>.

Amayo. G. (2001). *Bajo la Piel. Derechos Sexuales y Reproductivos*. Centro Peruana Flora Tristán.

Bermúdez, V. (2006). La violencia contra la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. (Reunión de expertos sobre población, desigualdades y derechos humanos). Organización de las Naciones Unidas. <https://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/bermudezv.pdf>.

Chávez- Fernández, J. (2012). *La dignidad como fundamento de los derechos humanos en las sentencias del Tribunal Constitucional. La tensión entre la mera autonomía y la libertad ontológica*. Palestra.

Cornejo. L. (2019). El derecho a la salud: apuntes desde una reflexión interdisciplinaria. *Revista del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos*, (Año II, Número 4), 59-89.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2007). *Los derechos reproductivos son derechos humanos*.

Justo. J (2012). *La píldora del día siguiente y el tratamiento de los derechos humanos en el Perú*. [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú].

Guerrero. R. y Chávez. S. (2006). *Los Servicios de Salud para las Víctimas de Violencia Sexual: Un análisis del cumplimiento de los compromisos nacionales e internacionales*. Consorcio de Investigación Económica y Social.

Medina. C. (2005). *La convención Americana: Teoría y Jurisprudencia*. Vida, Integridad Personal, Libertad Personal, Debido Proceso y Recurso Judicial. <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/142533>.

Novoa Lucía (2021) ¿Los menores de entre catorce y diecisiete años pueden consentir ser tratados con fines de explotación sexual? La invalidez del consentimiento de estas víctimas y su diferencia con la libertad sexual. Parthenon. https://www.parthenon.pe/publico/penal/los-menores-de-entre-catorce-y-diecisiete-anos-pueden-consentir-ser-tratados-con-fines-de-explotacion-sexual-la-invalidez-del-consentimiento-de-estas-victimas-y-su-diferencia-con-la-libertad-se/?fbclid=IwAR1VgTzsCtT_l3NzAFFJu40PJdnDKmOOeuPvL6dCPeMsPmCOtCIEy-BkWhA

Landa, C.

(2017). *Derechos fundamentales*. Fondo Editorial de la PUCP.

(2018). *Los procesos constitucionales en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional*. Palestra.

Prieto, L. (2010). Los derechos sociales y el principio de igualdad sustancial. *En Igualdad no discriminación, el reto de la diversidad* (pp. 95- 107). Vem Grafical.

PROMSEX.

(2021). *AOE en Perú ¿Qué es lo que pasó con la anticoncepción oral de emergencia?*. <https://promsex.org/publicaciones/la-anticoncepcion-oral-de-emergencia-en-el-peru/#:~:text=La%20Anticoncepci%C3%B3n%20Oral%20de%20Emergencia%20%2DAOE%2D%20o%20%20%E2%80%9Cpastilla%20del,una%20relaci%C3%B3n%20sexual%20no%20protegida.>

(2016). *Perú es demandado ante CIDH por negar la AOE en hospitales públicos y violar derechos de las mujeres*. Perú. <https://promsex.org/peru-es-demandado-ante-cidh-por-negar-la-aoe-en-hospitales-publicos-y-violar-derechos-de-las-mujeres/>

(2020). *Caso María Hoja Resumen*. <https://incidenciainternacional.promsex.org/wp-content/uploads/Maria.pdf>

(2021) Pleno del Tribunal Constitucional debe decidir definitiva sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE). <https://promsex.org/tag/anticoncepcion-oral-de-emergencia/>

Salmón, E. y Blanco, C. (2012). El derecho al debido proceso en la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú (IDEHPUCP).

SAR. (S.F). Propuesta de reforma del proceso de amparo con miras a optimizar la adecuada tutela de los derechos fundamentales. *En: El amparo en la actualidad, Centro de Estudios Constitucionales Tribunal Constitucional del Perú* (pp. 99-114).

Villanueva, R.

(2006). Protección Constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista IIDH*, pp. 391- 450).

(2008). Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo. Palestra.

Zevallos, N. y Mujica, J. (2016). Problemas en los servicios de salud y justicia en la atención a víctimas de violación sexual en el Perú: Un estudio exploratorio sobre el departamento de Huánuco. Promsex.

Informes gubernamentales o de otras organizaciones

Defensoría del Pueblo

(2016). La anticoncepción oral de emergencia (Informe Defensorial no.78) http://www.defensoria.gob.pe/modules/Downloads/informes/defensoriales/informe_78.pdf

(2016). Derecho a la salud de las mujeres víctimas de violación sexual. Seguimiento de las recomendaciones defensoriales en establecimientos de salud en Arequipa, Junín, Lima y Puno (Informe no. 003-2016). <https://www.defensoria.gob.pe/wp->

<content/uploads/2018/05/Informe-de-Adjuntia-N-003-2016-Derecho-a-salud-de-mujeres-victimas.pdf>.

Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). Perú: indicadores de violencia familiar y sexual 2012-2019. https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf

Organización Mundial de la Salud

(2011). Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas.

(S.F.) La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Panamericana de Salud. (2017). Dignidad humana como valor fundante de los derechos humanos. <https://salud.gob.ar/dels/entradas/dignidad-humana-como-valor-fundante-de-los-derechos-humanos>

Instrumentos internacionales

Sistema universal

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Observación N°14.

Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer. (1999). La Mujer y la Salud. Recomendación General N°24.

(1995). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. <https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

(1994). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. https://unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_spa.pdf.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993, <https://www.ohchr.org/sp/newsevents/ohchr20/pages/wchr.aspx>.

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993, (47° periodo de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas), <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>.

Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 18 de diciembre de 1979, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 16 de diciembre de 1966, <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>.

Sistema regional

Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948, <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/declaracion.asp>.

Convención Americana sobre Derechos Humanos, 7 al 22 de noviembre de 1969, https://www.oas.org/dil/esp/tratados_b-32_convencion_americana_sobre_derechos_humanos.htm.

Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, 1994, <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>.

Protocolo Adicional de la Convención Americana en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1988, <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

(2020). Informe de Admisibilidad. María y Familia vs Perú. (Informe no 18/20 Petición 449-16). <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2020/pead449-16es.pdf>.

(2019). *Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes*. (Informe doc. 233). <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

(2019). Compendio sobre la igualdad y no discriminación. Estándares Internacionales. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/Compendio-IgualdadNoDiscriminacion.pdf>.

(2018). (2018,16 de noviembre). *CIDH finaliza visita de trabajo a Perú*. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2018/243.asp>.

(2014). *Caso Ángel Alberto Duque*. (Informe No. 5/14. Caso 12.841) <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/12841FondoEs.pdf>.

(2007). *Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia en las Américas*. <https://www.cidh.oas.org/women/acceso07/indiceacceso.htm>.

(2002). *Informe sobre terrorismo y derechos humanos*. <http://www.cidh.oas.org/terrorism/span/introduccion.htm>.

Mecanismo de Seguimiento Convención Belém Do Pará. (2014). *Declaración sobre la violencia contra las niñas, mujeres, y adolescentes y sus derechos sexuales y reproductivos*. (Undécima Reunión del Comité de Expertas/os 18-19 de setiembre de 2014). [DeclaracionDerechos- Seguimiento Belem Do Pará.pdf](#).

Corte Interamericana de Derechos Humanos

(2019). Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°14: Igualdad y no Discriminación. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo14.pdf>.

(2018) Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°10: Integridad Personal. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo10.pdf>.

(2018). Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°4: Género. <https://oig.cepal.org/sites/default/files/cuadernillojurisprudenciacidh.pdf>.

(2018). Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°13; Protección Judicial. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo13.pdf>.

(2017). Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°8: Libertad Personal. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo8.pdf>.

(2017). Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N°12: Debido Proceso. <https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/cuadernillo12.pdf>.

Jurisprudencia

Sentencia de 21 de noviembre de 2016. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Duque Vs. Colombia) https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_310_esp.pdf.

Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso I.V. Vs. Bolivia). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_329_esp.pdf.

Sentencia de 02 de setiembre de 2015. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Omar Humberto Maldonado Vargas y otros Vs. Chile) https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_300_esp.pdf.

Sentencia de 29 de mayo de 2014. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Norín Catrimán y otros dirigentes, miembros y activistas del Pueblo Indígena Mapuche Vs. Chile). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_279_esp.pdf.

Sentencia de 27 de noviembre de 2013. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso J. Vs. Perú). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_275_esp.pdf.

Sentencia de 4 de setiembre de 2012. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Masacres de Río Negro Vs. Guatemala). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_250_esp.pdf.

Sentencia de 24 de octubre de 2012. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Nadege Dorzema y otros Vs. República Dominicana). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_251_esp.pdf.

Sentencia de 25 de octubre de 2012. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Masacres de El Mozote y lugares aledaños Vs. El Salvador) https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_252_esp.pdf.

Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_257_esp.pdf.

Sentencia 1 de julio de 2011. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Chocrón Chocrón Vs. Venezuela) https://corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_227_esp.pdf.

Sentencia de 30 de agosto de 2010. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Fernández Ortega y otros Vs. México). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/fernandez_ortega/esap.pdf.

Sentencia de 23 de noviembre de 2010. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Vélez Loor Vs. Panamá). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_218_esp2.pdf.

Sentencia de 16 de noviembre de 2009. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Gonzáles y otras Campo Algodonero Vs. México). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_205_esp.pdf.

Sentencia de 21 de noviembre de 2007. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez Vs. Ecuador). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_170_esp.pdf.

Sentencia de 25 de noviembre de 2006. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Penal Miguel Castro Castro vs. Perú). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_160_esp.pdf.

Sentencia de 25 de noviembre de 2003. (Myrna Mack Chang Vs. Guatemala). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_101_esp.pdf

Sentencia de 31 de enero de 2001. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso del Tribunal Constitucional Vs. Perú) https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/Seriec_71_esp.pdf.

Sentencia de 29 de julio de 1988. Corte Interamericana de Derechos Humanos (Caso Velásquez Rodríguez Vs. Honduras). https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_04_esp.pdf.

Instrumentos Nacionales

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015. Decreto Supremo N.º003-2009-MIMDES.

https://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/normativas/304_PNCVHM_2009-2015.pdf.

Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017. Decreto Supremo N.º004-2012-MIMP. https://www.mimp.gob.pe/files/planes/planig_2012_2017.pdf.

Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo de Adolescentes 2013-2021. Decreto Supremo N.º012-2013.

https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969201/ds_012_2013_sa.pdf.

Ministerio de Salud

(2020) Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar afectados por Violencia Sexual. Resolución Ministerial N° 649-2020/MINSA. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1256309/%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20649-2020-MINSA.PDF>.

(2020). Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19. Resolución Ministerial N°217-2020-MINSA. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-la-directiva-sanitaria-n-094-minsa2020dgiesp-resolucion-ministerial-no-217-2020-minsa-1865711-1/>.

(2016). Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar. <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>.

(2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva aprobada mediante Resolución Ministerial N.º668-2004/MINSA. http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf.

Poder Judicial

Sentencia N.º01584-2014 (22 de julio de 2015). Segundo Juzgado Especializado de Familia de Huánuco. [Resolución N°17.pdf](#)

Sentencia N.º30541-2014 (02 de julio de 2019). Primer Juzgado Especializado en lo Constitucional de Lima. https://static.legis.pe/wp-content/uploads/2019/07/Exp.-30541-2014-0-1801-JR-CI-01-Legis.pe_.pdf

Tribunal constitucional

Sentencia N.º7435-2006-PC/.TC. Tribunal Constitucional. <https://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2006/07435-2006-AC.pdf>.

Sentencia N.º02005-2009-PA/TC. Tribunal Constitucional. Consulta: 28 de abril de 2021. <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.pdf>.

Congreso de la República. (2015, 23 noviembre). Ley 30364. Por la cual se expide La Ley para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. http://spijlibre.minjus.gob.pe/normativa_libre/main.asp