

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ**

FACULTAD DE DERECHO



La regulación y deconstrucción del aborto:
Un análisis sobre la condición de ilegalidad del aborto en el Perú

Tesis para obtener el título profesional de abogada que presenta:

Ayala Franco, Jimena Yasuko

Asesor:

Sotomayor Trelles, Jose Enrique

Lima, 2023

Informe de Similitud

Yo, **José Enrique Sotomayor Trelles**, docente de la **Facultad de Derecho** de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor de la tesis titulada:

La regulación y desconstrucción del aborto: Un análisis sobre la condición de ilegalidad del aborto en el Perú


De la autora:

- **Jimena Yasuko, Ayala Franco**

Dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de **24%**. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el **18/03/2024**.
- He revisado con detalle dicho reporte y confirmo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio alguno.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha: Lima, 03 de abril del 2024.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora:	
SOTOMAYOR TRELLES, JOSÉ ENRIQUE	
DNI: 45486817	Firma:
ORCID: https://orcid.org/0000-0002-1155-0249	

Dedicatoria

Para aquellas voces silenciadas cuyos
derechos siguen buscando protección.



Agradecimientos

a mi asesor, porque lo admiro desde que fue mi jefe de prácticas en EEGLL en el curso de Investigación Académica. Ha sido un verdadero honor ser su alumna en diferentes ocasiones, por lo cual le agradezco por guiarme e introducirme en el mundo de la investigación;

a papa Peyo, porque sé que me cuida desde siempre y que está orgulloso de cada paso que doy; a mi Mama Pocha, cuyos cabellos blancos espero llenar de emoción cuando logre ser su primera nieta abogada; a mi mamita y a mi abuelito, por siempre estar presentes;

a mi tío Vitoco, tía Roxana, tía Ceci y tío Toño, quienes siguen siendo mis ejemplos a seguir y cuyos consejos han moldeado mi vida. Asimismo, gracias por darme los mejores regalos: mis primas y primos, a quienes espero servir de ejemplo algún día;

a Mika Ludovica, porque me enseñaste que lo esencial es invisible a los ojos y que el amor viene en muchas formas. Significas mucho para mí, querida husky de mirada inocente y pelaje brillante;

a mi *mamá*, a mi *papá* y a mi hermano, a quienes amo con todo mi corazón. Gracias por su paciencia, por apoyarme en cada aventura y por ser mi mayor motivación. Les agradezco por la confianza que siempre han depositado en mí y por formarme con valores y valentía, fuerte y decidida. Esta investigación no hubiera sido posible sin ustedes.

Gracias.

Resumen

La presente investigación versa sobre la penalización del aborto en el ordenamiento jurídico peruano, analizada desde un enfoque feminista para determinar el impacto de dicha regulación en el derecho a la salud. En ese sentido, se revisará el aborto a nivel conceptual y material, para lo cual se recurrirá principalmente a los aportes de la Organización Mundial de la Salud; acto seguido, se presentará y explicará la importancia de las herramientas del feminismo, siendo el principal el enfoque feminista; luego, se detallarán los extremos más relevantes de su marco jurídico, como su aspecto teórico, normativo y jurisprudencial, a nivel nacional e interamericano. Siguiendo ese orden, se empleará el feminismo para analizar el desarrollo del derecho a la salud en casos de aborto, lo que nos permitirá respaldar o desestimar la hipótesis elaborada, la cual propone que la ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas, en la medida que la penalización de dicha práctica las perjudica al negar o restringir el uso, goce y/o disfrute del derecho del cual son titulares.

Palabras clave: aborto, salud, feminismo, interseccionalidad

Abstract

The present investigation focuses on the penalization of abortion in the Peruvian legal system, analyzed through a feminist lens to ascertain the impact of this regulation on the right to health. In this regard, abortion will be explored conceptually and materially, primarily drawing on contributions from the World Health Organization; then, feminism and its tools will be portrayed; later on, the most relevant aspects of its legal framework such as theoretical, normative, and jurisprudential facets, nationally and international, will be outlined. Following this order, feminism will be employed to analyze the development of the right to health in abortion cases, enabling us to either support or challenge the formulated hypothesis which suggests that the illegality of abortion adversely impacts the realization of the right to health for Peruvian women, as the penalization of this practice harms them by denying or restricting the use, enjoyment and/or fulfillment of the right they hold.

Key Words: abortion, health, feminism, intersectionality

ÍNDICE

Índice de tablas	i
Índice de figuras	ii
Índice de anexos	iii
Introducción	1
I. La terminación del embarazo: como práctica médica y a veces problema	4
1. El aborto en la práctica	5
2. Las guías del MINSA y de la OMS	11
2.1 El CI en las terminaciones del embarazo	11
2.2 Las guías emitidas por el MINSA sobre casos de aborto	12
2.2.1 Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive	12
2.2.2 Guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo no menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto e el artículo 119° del Código Penal	13
2.2.3 Guía de práctica clínica y procedimientos para la atención del aborto terapéutico en el marco de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal	14
2.3 Los manuales emitidos por la OMS sobre el tratamiento del aborto	16
II. El enfoque feminista	20
1. El feminismo	21
2. La interseccionalidad	23
3. El enfoque feminista	26
III. Análisis feminista del aborto: marco jurídico y el derecho a la salud	33
1. Marco teórico	34
1.1 Contenido esencial de los derechos a la vida y a la salud	34
1.1.1 Derecho a la vida y su contenido	35
1.1.1.1 El concebido como titular del derecho a la vida	36
1.1.1.2 Comentarios sobre la dignidad	38
1.1.2 Derecho a la salud y su contenido	39
1.2 Elementos del tipo penal del aborto contenidos en el Código Penal	45
1.2.1 El bien jurídico protegido	46
1.2.2 El sujeto activo	47
1.2.3 El sujeto pasivo	47
1.2.4 La conducta típica	48
1.3 Principios y derechos de la persona desde el Código Civil	50
1.3.1 Si la vida humana comienza con la concepción	50

1.3.2	Sobre el derecho a la vida y los actos de disposición del propio cuerpo	51
2.	Marco normativo	54
2.1	A nivel interamericano	55
2.1.1	Convención Americana de Derechos Humanos	55
2.1.2	Comisión Interamericana de Derechos Humanos	56
2.1.3	Corte Interamericana de Derechos Humanos	59
2.1.4	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	61
2.1.5	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos	64
2.2	A nivel nacional	67
2.2.1	El Código Penal Peruano	67
2.2.2	El Código Civil	69
2.2.3	La ley general de salud	71
3.	Marco jurisprudencial	75
3.1	En el sistema interamericano	75
3.1.1	Caso K.L.	75
3.1.2	Caso L.C.	76
3.1.3	Camila	79
3.2	En el Perú	80
3.2.1	La Anticoncepción Oral de Emergencia y el Tribunal Constitucional	80
3.2.1.1	Antecedentes: el rol de la Defensoría del Pueblo	81
3.2.1.2	Desarrollo de la AOE en los juzgados, el Tribunal Constitucional y en la actualidad ⁸³	
3.2.1.2.1	Sentencia del Exp. N.º 7435-2006-PC/TC	84
3.2.1.2.2	Sentencia del Exp. N.º 02005-2009-PA/TC	85
3.2.1.2.3	Resolución N° 47 del Exp. N.º 30541-2014-0-1801-JR-CI-01	88
3.2.1.2.4	Resolución N° 9 del Exp. N.º 30541-2014-0-1801-JR-CI-01	89
3.2.1.2.5	Sentencia 197/2023 del EXP. 00238-2021-PA/TC	90
3.2.2	El aborto en los tribunales de justicia peruana	92
3.2.2.1	Los casos de aborto en el Poder Judicial del Perú	93
3.2.2.2	Los aportes de la Corte Suprema de la República del Perú	94
	Conclusiones	98
	Bibliografía	102
	Anexos	115

Índice de tablas

Tabla 1. Muestra de notas periodísticas	10
Tabla 2. El consentimiento informado en temas de salud	11
Tabla 3. Síntesis de las 03 guías relacionadas a la atención de abortos en el Perú	16
Tabla 4. Los manuales de la OMS sobre el aborto	17
Tabla 5. El enfoque de género en leyes (periodo 2010-2022)	27
Tabla 6. Contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud	42
Tabla 7. El delito del aborto	45
Tabla 8. Observaciones finales del Comité de la CEDAW para el Perú	62
Tabla 9. Observaciones generales del Comité de la CEDAW	63
Tabla 10. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos para el Perú	64
Tabla 11. Regulación del aborto en el CP	67
Tabla 12. Presentación del Código Civil	69
Tabla 13. Principales artículos de la LGS relacionados al aborto	72
Tabla 14. Informes Defensoriales sobre políticas públicas de planificación familiar	81
Tabla 15. Abortos por etapas de vida y según departamentos acorde a los registros de hospitalización del MINSA y los gobiernos regionales del país	93
Tabla 16. Registro de casos de aborto en el Poder Judicial	94

Índice de figuras

Figura 1. <i>Tasas de embarazo y aborto (1990-2019)</i>	7
Figura 2. <i>Los diversos escenarios de legalidad del aborto (2015-2019)</i>	7



Índice de anexos

Anexo 1. Solicitud de Acceso a la Información Pública – MINSA	115
Anexo 2. Datos sobre el número de abortos (2018-2021)	116
Anexo 3. Solicitud de Acceso a la Información Pública (Poder Judicial)	124
Anexo 4. Carta N° 000522-2022-SG-GG-PJ	125
Anexo 5. Memorando N° 000769-2022-GP-GG-PJ	126
Anexo 6. 000366-2022-SE-GP-GG-PJ	128
Anexo 7. Cuadros estadísticos (Poder Judicial)	129



INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (en adelante “OMS”) define al aborto como un procedimiento de naturaleza médica y seguro si se lleva a cabo siguiendo los protocolos sugeridos. No obstante, dicha entidad reconoce que es usual la ejecución de abortos considerados peligrosos, inseguros o en condiciones de peligrosidad, que se caracterizan por ser practicados por personas no capacitadas y poniendo en riesgo a las mujeres al causarles hemorragias, perforaciones uterinas, infecciones y, en general, sin emplear los métodos adecuados (2021). En otras palabras, asistir un aborto no representa un riesgo para las mujeres cuando existe, por ejemplo, personal capacitado, protocolos y/o centros de salud debidamente implementados. En ese sentido, si el procedimiento es llevado a cabo exitosamente, no existirían cifras de hospitalizaciones a causa de abortos inducidos por la toma de medicamentos clandestinos ni, subsecuentemente, cifras de abortos inseguros o peligrosos, ni en el Perú ni en el mundo.

En cuanto a cifras, entre 2010 y 2014 ocurrieron aproximadamente 55.9 millones de abortos a nivel mundial, de los cuales 49.3 millones se practicaron en países en vías de desarrollo, cifra considerablemente alta frente a los 6.6 millones registrados en países desarrollados, los cuales se diferencian de los primeros por su despenalización del aborto, entre otras características (Singh et al, 2018). Ahora, 25.1 millones del total fueron inseguros y 24.3 millones de aquellos tomaron lugar en países de África y América Latina (Ganatra et al, 2017). El panorama aumentó significativamente entre 2015 y 2019: se registraron aproximadamente 73.3 millones de abortos. Así, se aprecia, por un lado, el incremento considerable de abortos a nivel mundial y, por otro lado, que en los mencionados continentes aquello se asocia a la penalización del aborto, la calidad de los servicios de salud, entre otros factores (Bearak et al, 2020).

El Perú no es ajeno a lo expuesto pues “el número de hospitalizaciones anuales por abortos inducidos [se estimó] en 54 200 para 1989 y 28 652 para el 2013. Esta aparente disminución puede deberse al incremento del uso clandestino de misoprostol, que resulta más fácil de utilizar y tiene un menor riesgo de complicaciones en comparación con otros procedimientos” (Taype-Rondan & Merino-García, 2016, p. 829). Ahora, se menciona que es “clandestino” porque el aborto está penalizado en el país. Sin embargo, según el INEI, si se compara el 2019 con el 2020 se observa que hubo un declive de nacidos vivos de madres entre 15 y 19 años (2020). En otras palabras, si se interpreta esto con los resultados de nuestra solicitud de acceso a la información¹, de la proporcionado por el Ministerio de Salud del Perú (en adelante “MINSA”) se colige que la tendencia es de un aumento constante de las cifras de abortos y la correlativa disminución de nacimientos, a pesar de la penalización mencionada.

Las cifras expuestas y lo enunciado por la OMS nos permite afirmar que el aborto es un procedimiento intrínsecamente no lesivo para las mujeres, pero tiene el potencial de serlo debido a factores externos (v.gr. personal no capacitado, procedimientos peligrosos), dando lugar a los abortos peligrosos. En ese sentido, dado que la naturaleza del aborto es estrictamente médica, sería un error reducir dicho procedimiento únicamente al terreno legal o de políticas estatales. Así, en esta investigación se abordará la regulación del aborto con conceptos del feminismo para determinar si su penalización resulta lesiva para las mujeres y, en específico, si su ilegalidad atenta contra el derecho a la salud de estas. De esta manera, al recurrir principalmente a la interseccionalidad, este trabajo tiene un carácter interdisciplinario ya que se introducen conceptos claves como aquel, que nos permitirán revisar cifras, definiciones y normas con una nueva óptica.

La hipótesis de esta investigación sugiere que la ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas, en la medida que la penalización de

¹ La solicitud de acceso a la información N° 22-001866 (Anexo 01) se presentó el 19 de febrero de 2022 y el 22 de febrero, la Oficina General de Tecnologías de la Información del MINSA respondió la misma adjuntando un documento Excel con “información estadística referida al número de abortos por etapas de vida, según departamentos de los años 2018-2021” conforme se aprecia en el Anexo 02 – cifras de aborto por departamentos durante el periodo 2018-2021.

dicha práctica las perjudica al negar o restringir el uso, goce y/o disfrute del derecho del cual son titulares. En ese sentido, el feminismo será empleado como un enfoque caracterizado por partir de los conceptos de igualdad y libertad, usados para cuestionar normas, estereotipos y/o prácticas, entre otros, que limitan a las mujeres a sus capacidades biológicas, como la maternidad (Penchansky, 2021). En otras palabras, mediante el feminismo analizaremos si la regulación del aborto en el Perú, y el impacto de esta en el derecho a la salud, sigue un marco normativo orientado a la protección de derechos o si mantiene y refuerza mandatos de maternidad obligatoria, estereotipos de género, creencias religiosas, etc.

Siguiendo aquello, resulta interesante que se defina a la terminación del embarazo como una alternativa médica “para la protección de la vida y la salud de las mujeres” (Amnistía Internacional, 2021). Esto nos lleva a la definición de salud en el campo de la medicina, el cual es “el estado de *completo* bienestar”, precisando que “[e]l goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción” (OMS s/f). Es decir, desde su concepto orgánicamente médico, las mujeres, como el resto de las personas, deben acceder a un estado de bienestar y goce máximo de salud, lo que no podría ser realizado si se pone en riesgo su vida mediante normas lesivas o si les impide acceder a procedimientos seguros y aprobados por la OMS, como lo es el aborto (OMS s/f). En ese sentido, “los Estados partes tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más expedita y eficazmente posible hacia la plena efectividad” de los mismos, como ha detallado la Corte Interamericana de Derechos Humanos (en adelante “Corte IDH”) (2018, párr. 104).

Lo dispuesto en la CADH y por la Corte IDH forman el bloque jurídico que será revisado partiendo de un análisis feminista, el cual cuenta con herramientas como la interseccionalidad. Esta puede definirse, de manera preambular, como un filtro que logra visibilizar las categorías, escenarios y/o particularidades presentes en una determinada situación, logrando demostrar la materialización del sexismo, clasismo, entre otros problemas que no resultan evidentes dada su normalización, sobre todo si esta es respaldada mediante normas y costumbres (Crenshaw 1991). Entonces, se empleará el feminismo como instrumento idóneo para analizar tanto los aportes jurídicos interamericanos como los nacionales.

Recapitulando, la Corte IDH, la Comisión Internacional de Derechos Humanos (en adelante “CIDH”) y la OMS son organizaciones internacionales que han dotado de contenido al derecho a la salud, coincidiendo en que aquel exige el máximo disfrute del bienestar físico, mental y social e incluso es “una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad” (OMS, 2020). Siguiendo aquello, resulta interesante que, a pesar de la definición del aborto como una práctica segura, se encuentre prohibida en el Código Penal peruano (en adelante “CP”), con excepción del aborto terapéutico, sentimental y eugenésico² (artículos 119 y 120).

Entonces, se tiene la siguiente dinámica: se permite ser madre y se considera delito el pretender no serlo. A primera vista, aquello pondría potencialmente en riesgo el derecho a la salud de las mujeres pues se les prohíbe el acceso a un procedimiento médico seguro, aprobado y, de hecho, recomendado por la OMS. Al respecto, Ziegler (2020) señala que las consecuencias de la prohibición del aborto inciden en los derechos y garantías constitucionales de igualdad. Ejemplo de aquello son los casos de K.L. y L.C., entre otros, en los cuales tanto el Comité de Derechos Humanos como el Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (en adelante “CEDAW” por sus siglas en inglés), respectivamente, determinaron que el estado peruano no cumplió con proteger los derechos de dichas mujeres. Es decir, resulta plausible afirmar que el Perú ha contravenido el marco normativo interamericano, lo que será profundizado en el primer capítulo.

² En el terapéutico un médico, con el consentimiento de la gestante, interrumpe el embarazo cuando este es el único medio para “salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente” (artículo 119); en el sentimental se interrumpe la gestación que es resultado de una “violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente” (artículo 120.1); y el eugenésico versa sobre la interrupción de la gestación que “conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico” (artículo 120.2). Se profundiza sobre cada artículo en el subpunto 1.2.1 correspondiente al análisis del CP.

La Corte IDH (2017)³ exhortó a los estados a implementar de manera inmediata medidas para asegurar el pleno ejercicio de todos los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, solicitud respaldada en el estrecho vínculo entre las altas tasas de mortalidad materna y los abortos inseguros e ilegales. Entonces, resulta válido cuestionar la base legal del aborto en tanto “las leyes penalizadoras no han cumplido con su finalidad de prevención específica ni general, es decir, la amenaza de una posible sanción no ha logrado inhibir la práctica del aborto, sino más bien, se ha convertido en una forma de ejercer violencia contra las mujeres en múltiples planos” a lo que se suma la problemática de la clandestinidad y consecuente mortalidad materna (Dador, 2012, p. 2).

En ese sentido, el objetivo principal de este trabajo consiste en determinar cómo la condición de ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas. Siguiendo aquello, se ha planteado como hipótesis que la ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas, en la medida que la penalización de dicha práctica las perjudica al negar y restringir el uso, goce y/o disfrute del derecho del cual son titulares. Así, partiendo del feminismo, se pretende dilucidar si dicha regulación es lesiva para el debido ejercicio del derecho a la salud de las mujeres. Esto pues, como postula Ziegler, analizar el aborto es, finalmente, hablar de igualdad en el acceso a la salud⁴.

La presente investigación es relevante pues los argumentos esgrimidos son de aplicación tanto en el Perú como en las jurisdicciones que penalicen el aborto, ya que restringir el acceso a dicha práctica incide en la realización del derecho a la salud de las mujeres. Es mas, lo ocurrido en Estados Unidos en 2022 con la emisión de la sentencia *Dobbs vs. la Organización de Salud Femenina Jackson* satisface dicha premisa: diversos expertos han advertido lo lesivo⁵ que resulta para las mujeres el no poder acceder libremente a un aborto. De esta manera, la decisión de la Corte Suprema de Estados Unidos sobre anular el histórico fallo de *Roe vs. Wade* potencia el alcance que pueda tener este trabajo pues nuestra aproximación al problema se enfoca en un elemento vital de la problemática: el derecho a la salud.

Con relación a la metodología empleada, en esta investigación se optó por la analítica y hermenéutica, basada en la revisión de normativa, jurisprudencia y doctrina, tanto a nivel nacional como interamericano. Además, se debe indicar que no han existido limitaciones considerables dado que la mayor parte de las fuentes revisadas son oficiales.

Sobre la estructura, este trabajo cuenta con 3 partes: en la primera se presentará la terminación del embarazo, desde cifras hasta manuales emitidos para regularla; en la segunda se expondrá el feminismo como enfoque fundamental en esta investigación; y, en la tercera se analizará el marco jurídico de la práctica médica expuesta en la primera parte, utilizando los elementos proporcionados en la segunda. De esta manera, se empleará el enfoque feminista para determinar el desarrollo del derecho a la salud en los casos de aborto.

Como últimos comentarios, el lector deberá tomar en cuenta que este trabajo toma como vértice al derecho, pero extiende sus aristas y alcance mediante el feminismo. Asimismo, se debe tener presente que el aborto es un problema orgánicamente estudiado en la medicina, pero su regulación y ejercicio se extiende al derecho, a las políticas públicas, a la democracia, a la religión y a otros ámbitos. En ese sentido, dada la versatilidad del enfoque feminista, este trabajo pretende alcanzar una utilidad práctica, por lo cual los argumentos aquí esgrimidos aspiran a ser tomados como

³ Ver 1.1.2 para mayor desarrollo sobre la importancia de dicha recomendación de la CIDH.

⁴ La cita original es “By treating abortion as a public health issue, larger abortion-rights groups could explain how restrictions forced women to delay abortions, undergo riskier procedures, or carry pregnancies to term. Abortion, in this analysis, was a matter of equal health care for women” (Ziegler, 2020, p. 135).

⁵ Planned Parenthood reportó lo siguiente: “ ‘Anything that eliminates access to any care, abortion care or otherwise will directly impact our ability to survive our pregnancies, much less thrive in the rest of our lives’ - Dr. Jamila Perritt from Physicians for Reproductive Health” y que “Outlawing abortion turned a safe health care practice into one with great legal risks. It subjected otherwise law-abiding people to surveillance, arrest, investigation, prosecution, and other criminal penalties” (2022).

referencia para proyectos de ley o iniciativas orientadas a proteger a las mujeres y al derecho del cual son titulares: la salud.

I. La terminación del embarazo: como práctica médica y a veces problema

“Para gozar de buena salud, los habitantes de los países de todo el mundo necesitan tener acceso a un conjunto exhaustivo de servicios de educación sexual, a información y servicios de planificación familiar adecuados y a una atención para el aborto de calidad” (2022).

Dra. Bela Ganatra, directora del equipo de Prevención del Aborto Peligroso de la OMS

La terminación del embarazo ha sido ampliamente discutida tanto a nivel nacional como internacional, desde el foro académico del derecho hasta los congresos de medicina⁶. En otras palabras, dicho tema es de interés para diferentes disciplinas, pero su regulación normativa está asociada principalmente al derecho. Entonces, antes de abordar su regulación, es importante presentar la terminación del embarazo, lo que se hará en dos niveles: en la práctica y en la teoría, sin recurrir a elementos jurídicos dado que aquello será parte del análisis de la parte III.

Así, en este capítulo se presentará al aborto como una práctica intrínsecamente médica, caracterizada por ser ampliamente analizada, e incluso recomendada, por la OMS. En ese sentido, en el primer subpunto se presentarán las cifras y principales aristas que se relacionan a la figura del aborto a un nivel práctico, mientras que en el segundo subpunto se explicarán los aportes emitidos por la OMS (nivel internacional) e incluso el MINSA (nivel local), que permiten dilucidar la construcción del aborto a un nivel más teórico.

Entonces, el aborto es un procedimiento que surge en el campo de la medicina, que a su vez ha sido ampliamente dotado de contenido a nivel jurídico, siendo su penalización el principal ejemplo de esto. Siguiendo lo expuesto, el objetivo de este capítulo es delimitar el alcance e impacto del aborto en los usuarios, es decir, en las mujeres, lo que podrá lograrse después de revisar cómo se practican los abortos y cuáles son las recomendaciones sobre los mismos.

Así, este primer capítulo es de tenor informativo y descriptivo pues el cariz analítico, presentado en el tercer capítulo, se cimienta en gran parte por lo detallado en esta sección. En otras palabras, aquí el lector accederá a cifras, hechos, comunicados de prensa, manuales, entre otros, que sirven para demarcar y entender el contexto. Posteriormente, en el capítulo III se verá cómo aquello se ha regulado a nivel jurídico, desde un enfoque feminista. Sin mayor preámbulo, se empezará por compartir qué es el aborto para luego desarrollar el orden ya propuesto.

La OMS define al aborto como “una intervención sanitaria [habitual], segura y sin complejidad que puede gestionarse eficazmente con medicamentos o mediante un procedimiento quirúrgico que puede realizarse en diversos entornos” (2022, p. 1). Es decir, se trata de un procedimiento sencillo y *seguro* si se emplean los métodos recomendados. Así, “el *aborto médico* ha revolucionado el acceso a la atención para el aborto de calidad en todo el mundo [y] pueden administrarse de forma segura y eficaz en un establecimiento de salud o autoadministrarse en otro lugar (por ejemplo, en el hogar) si se cuenta con una *fuentes de información precisa y con medicamentos de calidad garantizada*” (énfasis agregado) (2022, p.2). De esta manera, destaca que el aborto no es un procedimiento riesgoso o incompatible con el ejercicio de la medicina.

No obstante, la OMS ha identificado una particularidad que atenta contra el desarrollo seguro de dicho procedimiento médico: su legalidad. Así, reconoce que “el aborto suele estar regulado en

⁶ Existe data que permite observar cómo, desde el plano médico, el aborto fue adquiriendo gran relevancia a nivel regional. Así, se observa que en el Congreso Latinoamericano de Obstetricia y Ginecología de 1990 se presentaron cifras que calificaban al aborto como un problema de salud en el Perú, siendo Lima la ciudad donde se presentaron más casos (Tang et al., 1992).

mayor o menor medida por el derecho penal, además de la legislación sanitaria. Esto incide en los derechos de la mujer embarazada y puede tener un efecto desalentador (...) en la prestación de una atención de calidad. Esta es la razón por la que disponer de leyes y políticas claras, accesibles y basadas en los derechos forma parte de la garantía de un entorno propicio” (2022, p.2). Adicionalmente, la OMS señala que “a. No se recomienda la promulgación de leyes y otras reglamentaciones que restrinjan el aborto basándose en supuestos. b. Se recomienda que el aborto esté accesible a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada” (2022, p.7). Con esto se observa que el desarrollo del aborto está íntimamente ligado a su regulación legal pues de esta depende tanto su ejercicio como las condiciones en las que se lleve a cabo.

Partiendo de que la OMS define la salud como un estado de bienestar completo dado que se refiere al aspecto mental, físico y social, se colige que los servicios de salud ofrecidos deben incluir una atención integral para los casos de aborto, dado que dicha práctica forma parte de la lista de procedimientos que deben ofrecerse pues resulta compatible con la definición de salud. Así, “el aborto forma parte de la medicina reproductiva y no puede ni debe ser su antítesis. El aborto es necesario y no es un mal sino un bien social. Aborto y maternidad van de la mano” (Sebastiani, 2018, p. 40). En ese sentido, que la terminación del embarazo y el parto sean ofrecidos en los servicios de salud no es contraproducente, sino que sigue los lineamientos de la OMS.

Siguiendo lo expuesto, llevar a cabo un aborto está relacionado con la viabilidad de la práctica, la cual se vincula con su regulación legal. En ese sentido, en esta primera parte del capítulo se ampliará el panorama del aborto, por lo cual se contará con dos subpuntos: en el primero se compartirán las estadísticas y los aspectos más relevantes correspondientes a lo que ocurre antes, durante y después de practicar un aborto, mientras que en el segundo se compartirán las guías elaboradas por el MINSA (a nivel nacional) y por la OMS (a nivel global). De esta manera, se cubrirán los principales aspectos del desarrollo de la terminación del embarazo, para luego, en la segunda parte del presente capítulo, abordar los aspectos jurídicos que versan sobre su ejercicio.

A su vez, debe precisarse que el objetivo del primer subpunto es determinar si el aborto es un procedimiento seguro y del segundo es identificar si los servicios de salud ofrecidos a las peruanas, respecto a los abortos, cumplen con lo dispuesto por los protocolos emitidos tanto por la OMS como por el MINSA. Ambos nos brindarán el panorama idóneo para atender el objetivo principal y, así, delimitar el alcance e impacto del aborto en las mujeres.

1. El aborto en la práctica

Según la OMS, la atención de calidad para casos de terminación de embarazos requiere “respeto, confidencialidad, ayuda para tomar decisiones con conocimiento de causa, conocimientos de las leyes y políticas, salvaguarda de los derechos humanos, priorización de las necesidades de las mujeres sobre las creencias personales de los trabajadores de la salud” (2022). En ese sentido, resulta contrario a sus recomendaciones llevar a cabo dicha práctica en condiciones inseguras o no óptimas dado que “el aborto es atención de salud” (2022), por lo cual se señala que “eliminar los obstáculos al aborto es proteger la vida, la salud y los derechos humanos de las mujeres” (2022). Esta premisa tiene una alta carga de valor jurídico que se relaciona estrechamente con la *viabilidad* de la práctica.

De esta manera, al profundizar sobre el aborto desde su práctica surgen aristas importantes como su viabilidad y su penalización. La relación entre estos resulta interesante y vital para el objetivo central de este trabajo y particularmente para este capítulo dado que preguntarnos por el impacto de la penalización del aborto relacionado a la viabilidad exige responder, entre muchas preguntas, si la prohibición se vincula con si el aborto es un procedimiento intrínsecamente inofensivo. Entonces, para analizar la terminación del embarazo en la práctica se compartirán las estadísticas y proyecciones del aborto, por un lado, como procedimiento médico y, por otro lado, realizado en

condiciones peligrosas⁷. Así, identificaremos la frecuencia y las condiciones en las que es realizado, lo que nos brindará indicadores objetivos sobre la viabilidad del aborto en la práctica.

Como punto referencial, en el 2022, la OMS emitió las “Directrices sobre la atención para el aborto” (en adelante “las Directrices”), en las cuales se detalló que “6 de cada 10 embarazos no planeados y 3 de cada 10 embarazos terminan en un aborto provocado” (p. 1) (el énfasis es propio). Al respecto, resulta interesante la diferencia entre “embarazos no planeados” y “embarazos” pues permite la aparición de una nueva categoría que abarca a ambas: embarazos no deseados. Es decir, un embarazo puede haber sido planeado o no, pero el resultado como resultado que, finalmente, las mujeres decidan no llevar a cabo la maternidad que el embarazo trae consigo, volviendo su estado de gestación como uno no deseado.

Asimismo, en las Directrices se comenta que, a nivel mundial, un total de 45% de los abortos realizados son peligrosos, es decir, no se prevé un servicio de atención de calidad, causando “que se provoquen ellas mismas el aborto con métodos peligrosos o recurran a proveedores no calificados” (2022, p. 2). En esa misma línea, la OMS precisa que dicho tipo de aborto “se concentra cada vez más en los países en desarrollo (97% de los abortos peligrosos) y entre los grupos en situación de vulnerabilidad y marginación [y] entre el 4,7% y el 13,2% de todas las muertes maternas se atribuyen a abortos peligrosos, lo que equivale a entre 13.865 y 38.940 muertes causadas anualmente por la imposibilidad de practicar un aborto seguro” (2022, p. 2). En otras palabras, los abortos peligrosos -obsérvese que dicha calificación proviene de las circunstancias en las que se realizó, mas no se refiere al procedimiento en sí- son una realidad con la que tanto las mujeres como los estados conviven a diario.

A su vez, Instituto Guttmacher emitió un informe sobre el “embarazo no planeado y aborto a nivel mundial”, en el cual se detalló que entre el 2015 y el 2019 existieron alrededor de 121 millones de gestaciones no planeadas, de las cuales el 61% tuvo como desenlace el aborto. Es decir, ocurrieron aproximadamente 73 millones de abortos en un plazo de 5 años. Dichas cifras incluyen los embarazos no planeados y los abortos realizados debido a aquellos, siendo que los primeros disminuyeron “desde el período 1990–1994 de 79 a 64 por 1,000 mujeres en edad reproductiva (15–49)[.Sin embargo,] la proporción de embarazos no planeados que terminaron en aborto fue de 51% en 1990–1994 y se mantuvo aproximadamente en el mismo nivel a través de 2000–2004. Después aumentó a 61% en 2015–2019” (2022).

Además, entre los 90 y 2000 existió una disminución considerable en el número de abortos, un panorama lejano al actual, pues el Instituto informa que “la tasa de embarazo no planeado a nivel mundial ha disminuido en los últimos 30 años, mientras que la tasa de aborto ha regresado a niveles no vistos desde los años noventa”, lo cual En segundo lugar, las 3 resoluciones comparten como elemento en común que todas las agraviadas eran menores de edad cuando fueron víctimas de un aborto sin su consentimiento. Esto nos permite señalar que los abortos peligrosos o inseguros, terminología proporcionada por la OMS⁸, representan una realidad latente y trágica no solo para las mujeres en general, sino también para las menores. En atención a aquello, se vuelve más exigible que el sistema normativo nacional implemente las recomendaciones finales del Comité del CEDAW para el Perú en el 2002 y 2004 pues se enunciaba la importancia de la educación sexual y de un plan de prevención de embarazos precoces⁹. De igual manera, resulta exigible que el estado peruano acate y aplique lo señalado en la Observación General N° 24 pues en esta se enunció la importancia de atender los derechos de las mujeres en temas de salud.

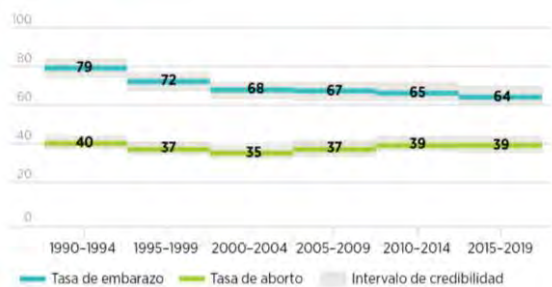
⁷ La principal diferencia entre ambos es que la primera categoría representa el universo, mientras que la segunda es un conjunto sumamente específico que trae como subconjunto la legalidad de la práctica. En esa misma línea, la información proporcionada será aquella emitida y difundida tanto por la OMS, dado que es el ente rector en temas de salud, y por instituciones internacionales como el Instituto Guttmacher.

⁸ Revisar lo expuesto en la Introducción.

⁹ Ver Tabla N° 1.

Como referencia los 86 resultados de la búsqueda y los 14 en los que el aborto figura como una de las pretensiones, se aprecia que la Corte Suprema no ha emitido pronunciamiento algo sobre el delito de autoaborto o alguna otra variable del delito del pues el único tipo penal que ha sido abordado por dicha instancia ha sido el “aborto sin consentimiento”. Aquello nos permite afirmar que tanto en las resoluciones revisadas como en las otras que forman parte de la lista, las mujeres han sido los sujetos pasivos del delito, es decir, han sido los derechos de ellas los que han estado en peligro y que, consecuentemente, exigen tutela y protección. Sin embargo, cabe precisar qué derechos se ven transgredidos en estos casos y cómo, lo que será abordado desde un enfoque de tipo doctrinario y teórico, lo que será el tema a tratar a continuación. se complementa con la siguiente figura:

Figura 1. *Tasas de embarazo y aborto (1990-2019)*



Nota. Fuente: Guttmacher Institute, 2022.

Además, el Instituto Guttmacher precisa que las tasas de embarazos no planeados suelen ser más altas en países con regulación anti-aborto, siendo los países que despenalizan el aborto los que reportan las tasas más bajas. Paralelamente, la tasa de abortos es mayor en los primeros que en los segundos. Adicionalmente, el instituto complementa las cifras compartidas por la OMS sobre los embarazos no planeados y los abortos de la siguiente manera:

Figura 2. *Los diversos escenarios de legalidad del aborto (2015-2019)*



Nota. Fuente: Guttmacher Institute, 2022.

El informe presentado por el instituto concluye con una recomendación de la Comisión Guttmacher-Lancet sobre “incluir en los sistemas de salud nacionales un paquete integral de servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, que incluya la anticoncepción y los servicios de aborto seguro” (2022). De esta manera, el panorama y cifras compartidos develan una relación directa entre las cifras de embarazos no planeados y los abortos: son mayores en países que penalizan el aborto, lo que nos hace preguntarnos por sus políticas de salud reproductiva y sexual.

Siguiendo lo comentado, corresponde indagar sobre por qué las cifras de abortos peligrosos son considerablemente altas. Al respecto, las Directrices emitidas por la OMS relacionan el panorama descrito con la situación jurídica del aborto. Así, se afirma que resulta imperativo crear políticas públicas y normas o implementar modificaciones en 3 niveles: jurídico, sistema de salud y sociedad, con el objetivo de que se le brinde una atención integral e idónea a toda persona que requiera un aborto. A su vez, se tienen los siguientes pilares que permiten y aseguran la óptima

realización de un aborto: “1 el respeto de los derechos humanos, incluido un marco legal y político de apoyo; 2 la disponibilidad de información y su accesibilidad; y 3 un sistema de salud de apoyo, accesible universalmente, asequible y que funcione adecuadamente” (2022, p.2).

Los mencionados pilares no solo van de la mano con las modificaciones contenidas en las Directrices sino que también se enmarcan en el objetivo de “ofrecer recomendaciones a instancias normativas nacionales y subnacionales, a los encargados de ejecutar y gestionar programas de salud sexual y reproductiva, (...) así como a los trabajadores de la salud (...) con el fin de ayudarles a garantizar la disponibilidad y el acceso a una atención para el aborto de calidad con base científica en todo el mundo” (2022, p. 4). Las principales recomendaciones mencionadas en las Directrices son las siguientes:

- Despenalizar totalmente el aborto
- No promulgar ni avalar normas que limiten el acceso al aborto
- Permitir que el aborto sea una intervención accesible para las mujeres
- Suministrar información sobre la atención del aborto en tantos niveles como sea posible (v.gr. farmacéuticos, enfermeras)
- No imponer plazos de espera para acceder al aborto
- No condicionar el acceso al aborto a permisos u autorizaciones de terceros

Se colige que aquellas buscan que el aborto se lleve a cabo como un procedimiento médico ordinario: en condiciones seguras y legales, logrando atender idóneamente las necesidades del paciente. Partiendo de aquello nos corresponde evaluar el elevado porcentaje de abortos peligrosos principalmente en países considerados “en desarrollo”, caracterizados por la penalización de dicha práctica y por no ceñirse a las Directrices. Aquello describe la situación de diversos estados, entre los cuales se encuentra el Perú, en el cual la penalización es parcial: el aborto terapéutico es legal, pero el desenlace de los casos de K.L. y L.C. evidencian que su regulación no es la más idónea.

Lo expuesto se enriquece con las cifras recopiladas por PROMSEX, organización que llevó a cabo encuestas en el 2018 para conocer la experiencia del aborto que habían tenido las mujeres en el Perú. Así, se identificó que el 19% de encuestadas, entre los 18 y 49 años, afirmaron haberse realizado un aborto, de las cuales el 58% comentó haber acudido a un profesional de salud para terminar sus embarazos, siendo la intervención quirúrgica el método escogido para abortar (2019). Ahora, si se interpreta y analiza el panorama general descrito por la OMS, el Instituto Guttmacher y Promsex, destaca que el aborto es una práctica vigente y ordinaria en el Perú, a pesar de la penalización contenida en el CP. En ese sentido, tras haber presentado las Directrices, aportes claves de diversas organizaciones y más cifras, se deduce que, en la práctica, el aborto es viable (se ejecuta) aunque de tenor inseguro (en condiciones riesgosas dada la prohibición).

Ahora, aquella deducción puede complementarse con los 3 momentos que resultan claves en la terminación de un embarazo: el antes, el durante y el después. Cada uno trae consigo contextos sumamente interesantes y diferentes entre sí. En ese sentido, notaremos el tratamiento que se le da a las mujeres en cada etapa, lo que nos permitirá observar, a su vez, cómo opera el estado. Así, podremos visualizar otro ámbito de la relación entre la viabilidad y la práctica. De esta manera, tras revisar los aportes de la OMS, se ha identificado lo siguiente respecto de las 3 etapas propias de la terminación de un embarazo:

- Antes: esta primera etapa engloba a los servicios y regulaciones disponibles y vigentes para las mujeres, tanto para las embarazadas que buscan abortar como para las no gestantes. Es decir, en esta etapa se encuentra el colectivo de mujeres. En ese sentido, ya sea que se encuentre prohibida o no, la terminación de un embarazo puede ser llevada a cabo por cualquier mujer dado que potencialmente todas pueden abortar dada su capacidad de gestar, por lo cual se trata de un grupo amplio y diverso.

Como se mencionó, el porcentaje de abortos es mayor en los países que penalizan la práctica, por lo cual esta etapa es crucial pues la regulación determina como las mujeres llevarán a cabo el aborto: como se desprende de las cifras, que se encuentre prohibido no impide que las mujeres aborten, sino que aquello se relaciona directamente con las cifras de abortos del tipo peligroso.

- Durante: según la regulación del aborto en el país, las mujeres acuden directa y legalmente a los centros de salud o, caso contrario, a lugares clandestinos. La primera circunstancia alberga a los países que siguen el sistema de plazos o el de causales, mientras que en la segunda se ubican los países que penalizan la práctica por completo. Según eso, el Perú se encontraría teóricamente en la primera, dado que al permitir el aborto terapéutico nos encontraríamos en el sistema de causales. Sin embargo, los casos de K.L. y L.C. evidencian que el artículo 119 del CP no tendría una vigencia idónea dado que tanto los operadores de salud como de justicia no lo aplicaron, siendo el resultado el alumbramiento, en ambos casos, con la posterior muerte del recién nacido. En ese sentido, en esta etapa los operadores de justicia y de salud tienen un rol fundamental.

Se observa que el marco normativo tiene un rol crucial en esta etapa pues la despenalización o criminalización del aborto determina el tipo de acceso y procedimiento que tendrán las mujeres: centros de salud vs espacios insalubres; profesionales vs sujetos sin instrucción en salud, entre otras circunstancias que se traducen en la dicotomía de *legal vs ilegal*. Así, en este instante se define si las cifras de aborto serán oficiales o extraoficiales, si serán abortos legales, peligrosos, incompletos, con muertes como desenlace, y otras categorías presentadas por la OMS, el Instituto Guttmacher, etc. De esta manera, la regulación del aborto tiene un efecto directo en las cifras recopiladas, la realización de la práctica y en los derechos de las mujeres. A su vez, en esta etapa se identifican las bondades y errores de las políticas públicas que complementan el marco legal.

En esta etapa se materializan las cifras expuestas sobre abortos peligrosos, caracterizados por no seguir los parámetros impuestos por la OMS. Asimismo, en esta etapa resultan de aplicación inmediata, e incluso urgente, las recomendaciones, manuales y directrices elaboradas por la OMS. Esto pues “la estrategia mundial de salud reproductiva de la OMS, cuyo objetivo es acelerar el progreso hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo, considera la eliminación del aborto peligroso un mandato prioritario” (2022, p.1). En otras palabras, sea legal o no, se busca que dicho procedimiento sea realizado de manera óptima dado. Esto pues se ha determinado que no es lesivo si “se realiza de forma segura, es decir, con un método recomendado por la OMS, adecuado al periodo de gestación y realizado por una persona con los conocimientos necesarios” (OMS, 2022, p.1).

- Después: según las Directrices, para el posaborto se indica que no es necesaria la visita o chequeo rutinario de médicos, pero sí resulta importante que se les informe a las usuarias sobre los servicios adicionales ofrecidos y/o necesarios (OMS, 2022). Ahora, sobre los abortos peligrosos, se sugiere una rápida atención según las necesidades de la paciente, por lo cual la “decisión sobre el método de tratamiento del aborto incompleto debe basarse en el estado clínico de la persona y en su preferencia de tratamiento” (OMS 2022, p.13). Se desprende los abortos peligrosos engloban los incompletos, que son más frecuentes en países que penalizan dicha práctica. El panorama expuesto justifica porqué en esta etapa -y parcialmente en la anterior- se materializan las cifras de muertes de las gestantes. Asimismo, como en las otras dos etapas, la penalización es determinante: la atención posaborto puede salvar vidas o coadyuvar a su transgresión, por lo que es fundamental que legalmente se pueda acudir a un médico.

Cada etapa exhibe diferentes momentos del tratamiento del aborto y, a su vez, permiten identificar cómo y cuándo se concretan las cifras expuestas. Ahora, una manera sencilla de dilucidar cómo

se concretan estos 3 momentos en el Perú es mediante la presentación de algunos encabezados de noticias - recopiladas tras buscar casos de aborto en el Perú, de manera aleatoria y sin cualidades en particular- que dan cuenta de cómo se ejecuta el aborto en la *práctica*:

Tabla 1. Muestra de notas periodísticas

item	ENCABEZADO	PRINCIPALES PUNTOS
1	“Piura: reportan que niña de 10 años embarazada dio a luz por cesárea” (Redacción EC 2023)	- Una menor de edad de 10 años dio a luz en Piura vía cesárea, teniendo como desenlace la muerte del recién nacido. - Se reportó que la niña tenía apenas 24 semanas de embarazo.
2	“Policía allana local en Arequipa donde mujer falleció por presunto aborto clandestino” (Corrales 2022).	- La causa de muerte fue una hemorragia producto de un aborto clandestino que se habría practicado. - Cerca al hospital de la ciudad hay locales autorizados para ecografías o venta de medicamentos, en los que se comprobó que actuaban como fachada: se practicaban abortos clandestinos.
3	“Villa El Salvador: hallan feto en la vía frente al mercado Las Dunas” (Sociedad LR 2022).	- Se encontró un feto abandonado frente al mercado Las Dunas. - Se trataría de un aborto clandestino.
4	“Una mujer murió tras someterse a un aborto clandestino en Jesús María” (Redacción RPP 2020).	- Una mujer murió tras someterse a un aborto clandestino pues sufrió una hemorragia interna que le produjo la muerte.
5	“Piura: policía detiene a médico que habría causado la muerte de una joven embarazada” (Zapata 2019)	- El sujeto acusado de causarle la muerte fue detenido por facilitarle medicamentos para llevar a cabo un aborto clandestino.

Nota. Elaboración propia.

Estos encabezados reflejan el aborto en la *práctica* en el Perú y cómo su regulación incide directamente en el desarrollo de las 3 etapas mencionadas. Así, el ítem 1 puede ubicarse en el momento *antes* ya que de ser legal se pudo sugerir la terminación del embarazo en algún centro de salud para monitorear a la niña¹⁰. A su vez, los ítems del 2 al 5 demuestran que el *durante* fue realizado en condiciones peligrosas, dada la ilegalidad del aborto. Paralelamente, el *después* se caracteriza por el fallecimiento de las mujeres.

Entonces, las cifras así como aportes de la OMS, el Instituto Guttmacher y Promsex nos permiten afirmar lo siguiente: por un lado, los abortos peligrosos, inseguros y clandestinos son una realidad en el Perú; por otro lado, cuando no existen políticas públicas o regulación a favor del aborto durante la primera etapa, la segunda es ejecutada de manera insegura y en condiciones de peligrosidad, haciendo que la tercera se caracterice por el fallecimiento de las mujeres o complicaciones médicas anticipadas principalmente por la OMS.

De manera concreta, según el objetivo de este primer subpunto, nos corresponde determinar si el aborto es un procedimiento inofensivo. Entonces, como se colige de las cifras expuestas y encabezados, en la *práctica* los abortos son frecuentes. Asimismo, la diferencia entre si son seguros o peligrosos reside en la accesibilidad, la cual está ligada a su legalidad. En otras palabras, la falta de accesibilidad -factor externo- transforma un aborto, naturalmente seguro al seguir los parámetros de la OMS, en uno peligroso.

Entonces, para el escenario peruano, los factores externos como la penalización y la accesibilidad se evidencian en los títulos de la tabla N° 1, que son una materialización de lo expuesto por la OMS y el instituto Guttmacher sobre abortos peligrosos. A su vez, se atendió el objetivo de este subpunto, habiendo determinado que los abortos son intrínsecamente inofensivos, pero pueden

¹⁰ Como se abstrae del CP, los menores de 14 años no gozan de libertad sexual sino de indemnidad sexual. En ese sentido, los menores no pueden consentir (ver artículos Capítulo IX, 170 y 173 del CP). Entonces, dado que la niña tenía 10 años y estaba gestando, legalmente se puede afirmar que el embarazo no fue consentido.

rápida y previsiblemente ser lesivos para las mujeres cuando convergen aristas como la clandestinidad, la ilegalidad, la mala praxis, entre otros.

En este primer subpunto se determinó que el aborto no es un procedimiento peligroso, lo que nos acerca al objetivo general del capítulo: delimitar el alcance e impacto del aborto en las mujeres. Para lograr atender tal objetivo se debe revisar otra parte sustancial sobre el aborto: en el primer subpunto se hizo referencia al aborto en la práctica y ahora nos detendremos en el aspecto teórico compuesto por los protocolos emitidos tanto por el MINSA como por la OMS. Dado que estos postulan *cómo* deben llevarse a cabo las terminaciones del embarazo, se podrá descubrir otro aspecto de las mismas y así cumplir con los objetivos trazados en la presente investigación.

2. Las guías del MINSA y de la OMS

En este subpunto se compartirán las guías emitidas por el MINSA (nivel nacional) y por la OMS (nivel global) en el siguiente orden: antes de presentar la producción documentaria del MINSA, se definirá el consentimiento informado (en adelante “CI”) dada su relevancia en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos, tras lo cual se introducirán las mencionadas guías y luego el cuadro resumen de los manuales de la OMS.

El objetivo en este punto es identificar si los servicios de salud ofrecidos a las peruanas, sobre el aborto, cumplen con lo dispuesto en dichos protocolos. En ese sentido, es importante tomar en cuenta que los manuales compartidos sirven para pasar revista a su aplicación, según los términos expuestos en el 1.1. Así, aquellos deben ser entendidos como parámetros dirigidos a los profesionales en salud e indubitablemente a los proveedores de tal servicio como el estado.

2.1 El CI en las terminaciones del embarazo

El CI es el “resultado de la evolución y desarrollo en la medicina” (Hidalgo, 2017, p. 574) y tiene una particular y especial relevancia en el desarrollo de los derechos sexuales y reproductivos. En otras palabras, el CI resulta trascendental tanto para la satisfacción de dichos derechos como para el desarrollo pleno de la atención que requieren los pacientes. Es mas, ha sido incluido en las Guías del 2007, 2014 y 2020 de diferentes maneras, pero el quid se ha mantenido: como paciente se tiene el derecho a recibir información sobre la intervención que se va a realizar, así como las consecuencias y lo concerniente a lo que pueda ocurrir. Así, “otro ámbito de los derechos sexuales y reproductivos en el que se presenta el CI, es el relativo al aborto” (Hidalgo, 2017, p. 577).

Dada su relevancia, el CI ha debidamente incorporado en el marco normativo, por lo cual se define tanto en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, como en la Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, como se detalla a continuación:

Tabla 2. El consentimiento informado en temas de salud

	AÑO	ART.	CONTENIDO
Ley N° 26842, Ley General de Salud	1997	4	“Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia”.
Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud	2009	15.4	<p>“a) A otorgar su consentimiento informado, libre y voluntario, sin que medie ningún mecanismo que vicie su voluntad, para el procedimiento o tratamiento de salud, en especial en las siguientes situaciones:</p> <p>a.1) (...) Quedan exceptuadas del consentimiento informado las situaciones de emergencia, de riesgo debidamente comprobado para la salud de terceros o de grave riesgo para la salud pública.</p> <p>a.2) Cuando se trate de (...) procedimientos que puedan afectar la integridad de la persona, supuesto en el cual el consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial que visibilice el proceso de información y decisión (...)</p> <p>b) A que su consentimiento conste por escrito cuando sea objeto de experimentación para la aplicación de medicamentos o tratamientos. El consentimiento informado debe constar por escrito en un documento oficial”.</p>

Nota. Elaboración propia.

Así, el CI es una parte sustancial de los servicios de salud que requieran los pacientes, por lo cual ha sido desarrollado a nivel normativo. En ese sentido, que se incluya en las Guías, como se verá, evidencia que tiene un lugar importante en la salud sexual, por lo cual resulta consecuente e incluso exigible que forme parte de cualquier manual o formato en el que se detalle cómo ejecutar un procedimiento o servicio de salud.

2.2 Las guías emitidas por el MINSA sobre casos de aborto

Sobre las guías emitidas por el MINSA, la primera representa un hito dado su acercamiento al aborto, mientras que la segunda es no solo más reciente, sino que fue resultado de lo ocurrido principal pero no exclusivamente con K.L.; y la tercera surge a partir de esta última y en el contexto de la pandemia causada por la Covid19. De esta manera, se podrán comparar las principales cualidades de la Guía del 2007, 2014 y 2020 (nivel local) y, a su vez, establecer similitudes y diferencias con la información de los protocolos de la OMS (nivel global), siendo el manejo del CI uno de los factores a tomar en cuenta.

2.2.1 Guía de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive

Fue emitida en el 2007 y resulta importante por 3 motivos: primero, es el año posterior a la sentencia del 2006 del caso sobre la distribución de la Anticoncepción Oral de Emergencia (en adelante “AOE”), lo cual es interesante pues no se incluye aquella, pero se recomienda e incluso detalla cómo usar el misoprostol, el cual suele ser empleado para abortar; segundo, incluye el tratamiento y atención de diversos tipos de abortos, con lo cual se colige que dicha práctica se presenta de diferentes maneras que pueden requerir diferentes técnicas, medicamentos, atención, entre otros factores; y, tercero, se reconoce tanto la etapa del durante como la posaborto, con especial énfasis en esta última.

Además, en esta guía se comparten estadísticas sobre el aspecto epidemiológico del aborto, en mérito a lo cual se afirma que *“del 15% al 20% de todos los embarazos terminan en abortos espontáneos. Es causa importante de muerte materna y de secuelas que conducen a infertilidad”* (p. 20). Asimismo, se define al aborto como la *“interrupción del embarazo, con o sin expulsión, parcial o total del producto de la concepción, antes de las 22 semanas o con un peso fetal menor de 500 gr”* (p. 19). De aquello destaca, por un lado, la especificidad respecto del tiempo y el peso y, por otro lado, que dicho concepto se subdivide en otros como aborto completo e incompleto, los cuales se refieren a la eliminación total o parcial del contenido uterino, respectivamente. También debe incluirse la definición de legrado como la *“evacuación del contenido uterino y raspado mesurado del endometrio con fines terapéuticos (aborto incompleto) o diagnósticos (biopsia endometrial)”* (p. 133).

Asimismo, en esta guía se destinan diversos acápites para la atención posaborto. Por ejemplo, cuando se trata de un aborto incompleto se recomienda tanto la hospitalización de la mujer como la instalación de una vía EV segura. Adicionalmente, se detalla el *“establecimiento con Funciones Obstétricas y Neonatales Básicas – FONB (Categoría I-4): si cuentan con médico capacitado, insumos e infraestructura, proceder al legrado o AMEU en aborto incompleto no complicado. De lo contrario, estabilizar y referir”* (p. 22). Además, como parte de los aspectos importantes a considerar, se indica que *“todo proveedor de salud puede ayudar (...) a. Tratando respetuosamente a la mujer (...) b. Informando sobre la situación y las necesidades de la mujer (...) c. Proporcionando la información adecuada para la mujer”* (p. 138).

La trascendencia de la atención posaborto se evidencia en el acápite VII titulado *“ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA EN EL POST ABORTO”*, en el cual se detalla que son altas las probabilidades de que las mujeres se encuentren sumamente preocupadas por su salud tras haberse realizado un aborto. En ese sentido, las mujeres pueden no mostrar interés en temas

relacionados a la anticoncepción, por lo que “*hay que respetar sus sentimientos y deseos (...)* También es probable que esté atemorizada, sedada, con dolor o con sentimiento de culpa. Los/las consejeros/as deben tener siempre presente que *muchas de estas mujeres sólo establecen contacto con los servicios de salud en el caso de un aborto incompleto (...)* se considera indispensable [brindarles orientación a las mujeres e incluso a sus parejas]” (p. 137) (el énfasis es nuestro).

A su vez, el CI resulta sustancial en tanto se debe “realizar consentimiento informado a la paciente y/o familiares de la intervención a realizar y sus posibles complicaciones” (p. 29, 34, 42, 50, 59) y se le reconoce como un requisito para la atención del parto por vía vaginal, cesárea, legrado uterino, la extracción de la placenta, entre otros. Así, esta figura destaca por su obligatoriedad: deberá informarse a la paciente sobre cómo se va a proceder respecto a su cuerpo. Es decir, al tratarse de un bien jurídico del que es titular, se colige que debe informársele tanto sobre qué se va a hacer como qué podría pasar al ejecutar lo planeado, por lo cual la manera en la que se detalla el CI resulta acertada.

2.2.2 Guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo no menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal¹¹

De la también llamada “Guía Técnica Nacional” destacan 3 aspectos: su origen, las entidades clínicas y la atención posaborto. Sobre lo primero, esta guía aparece de manera tardía pues es recién en el 2014 que aparecen las directrices que guían la aplicación del artículo 119 del CP, el cual se encuentra vigente desde inicios del siglo XX. Es decir, la figura del aborto terapéutico es legal desde hace más de 100 años, pero fue recién en la segunda década del presente siglo que se emitieron directrices para su regulación. Ahora, resultaba necesario que se dote de contenido al tipo penal mencionado dado el caso de K.L. quien, como L.C. probablemente muchas otras mujeres, solicitó dicho tipo de aborto y le fue negado. En otras palabras, el artículo 119 se encontraba vigente, pero no era aplicado, un panorama que pretende corregirse con esta Guía, por lo cual se detalla como finalidad el “*asegurar la atención integral en los casos de interrupción voluntaria [del embarazo]*” por lo cual su objetivo es “*estandarizar los procedimientos*” que van a realizarse (p.1) (el énfasis es nuestro). Es mas, se detalla como criterio fundamental para el personal de los establecimientos el “*proteger la vida y la salud de la gestante y del feto. Solo cuando el diagnóstico médico evidencia que está en riesgo la vida de la gestante, o para evitar en su salud un mal grave y permanente, se considerará la posibilidad de la interrupción voluntaria [de sus embarazos – artículo 119 CP]*” (p. 2).

Sobre el segundo elemento, las entidades clínicas son 11 consideraciones específicas que justifican la solicitud y realización del aborto terapéutico. Es decir, son 11 escenarios en los que se ejecuta el artículo 6.2.1 de la Guía, en el cual se indica que si el profesional “*durante la atención de la gestante adviert[e] que el embarazo pone en riesgo [su vida] o causa en su salud un mal grave y permanente, informará a la embarazada sobre el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos graves para su vida o su salud, y los procedimientos terapéuticos que correspondan*” (p. 3). Las entidades clínicas son las siguientes:

- Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
- Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
- Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.

¹¹ Aprobada mediante Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA de fecha 27 de junio de 2014.

- Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
- Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
- Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
- Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
- Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85% y con patología grave
- Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica.

Como se observa, las 10 primeras entidades o circunstancias se caracterizan por ser enfermedades que, dado su estado, podrían ser perjudiciales para las mujeres. Sin embargo, el último escenario se diferencia del resto al tener la estructura de una cláusula abierta pues señala “cualquier otra patología”, lo que nos lleva a preguntarnos cuáles podrían entrar en esa categoría. A su vez, dicha redacción les extiende a los centros de salud y a los operadores de justicia la facultad de decidir qué solicitudes atender y cuáles no. Es más, se menciona que “sólo cuando el diagnóstico médico evidencie que *está en riesgo la vida de la gestante*, o para evitar en su salud un mal grave y permanente, se considerará la posibilidad de la interrupción”.

Sobre el tercer elemento, resalta que en esta Guía se dedica todo un acápite a la atención posaborto. Así, en el inciso “6.8 Cuidados post-intervención” se indica que “la paciente debe recibir del médico/a tratante instrucciones muy claras sobre los cuidados que son necesarios tener después del procedimiento”, lo que significa que el prestador del servicio de salud debe pensar en lo que enfrentará la mujer después del procedimiento. En esa misma línea, se presentan deberes mutuos, como el “reconocer los signos de alarma y contactar al médico/a en cuanto sea necesario” para las mujeres y el “brindar orientación, consejería en salud sexual reproductiva y ofrecer anticoncepción para la prevención de un nuevo embarazo, según la normatividad vigente” para los médicos o el resto del personal del centro de salud.

Adicionalmente, se mantiene la relevancia de la figura incluida en la guía del 2007: el CI que se regula en el artículo 6.6 y mantiene su esencia pues se señala que se “debe explicar y alcanzar a la gestante, o a su representante legal de ser el caso, toda la información completa y detallada sobre el diagnóstico” (p. 6). Además, “la gestante puede cambiar su decisión, desistiéndose de la realización del procedimiento, en cuyo caso deberá revocar el consentimiento informado” (p. 6), es decir, la decisión final es tomada por la gestante. En ese sentido, la figura del CI nos permite señalar que la mujer es la titular de su cuerpo y como tal se le debe informar sobre la naturaleza, consecuencias, riesgos y otros propios de los procedimientos a los que se someta.

Téngase presente que el aborto terapéutico en el CP data de 1924, el actual CP es de 1991 y la Guía revisada fue publicada en el 2014. Es decir, durante 90 años se contó con una tipificación que permitió no se cambió ni tiempo, por lo que en el “Informe Alternativo al Sexto Informe Periódico del Estado Peruano al Comité de la CEDAW” emitido por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán en 2006 se indicó que “aunque el aborto terapéutico es legal en el Perú, carece de normativa que implemente el derecho a esta figura de aborto legal” (p. 117) señalándose como principal responsable al MINSA por no haber “cumplido con hacer efectivo el aborto terapéutico como forma de aborto legal” (p. 118) concluyendo que “respecto al embarazo, el Estado no implementa la figura del aborto terapéutico, única figura de aborto legal” (p. 124). Aunado a esto, en el punto 5.2 de la Guía se señala que “el esfuerzo del personal de salud de los establecimientos de salud en la atención del embarazo es primordialmente *proteger la vida y la salud de la gestante y del feto*” mas no se detalla cuál debería primar en caso se contrapongan.

2.2.3 Guía de práctica clínica y procedimientos para la atención del aborto terapéutico en el marco de la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica

del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal¹²

Esta Guía emitida en el 2020 resulta especialmente interesante por lo siguiente: primero, el contexto en el que fue emitida; segundo, la formulación de las entidades clínicas; y, tercero, la atención posaborto. Sobre lo primero, la emisión de la guía se relaciona directamente con la pandemia generada por el coronavirus, el cual generó que la forma en que las personas se relacionaban e interactuaban con el mundo cambie por completo de manera repentina (Fowks 2021, Pighi 2020, OPS 2020, UNICEF 2021). Parte de los cambios incluyeron desde el aislamiento social obligatorio¹³ hasta la reducción en el aforo de pacientes en los centros médicos. Así, hubo ciertos servicios de salud cuya falta se volvió notoria e incluso cuestionable dado el contexto propio de la pandemia y el aislamiento: el acceso al aborto legal (Wiener 2020).

En su Introducción se señala que “en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos” (p.3). De igual manera, se indica que “la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología y el Colegio Médico del Perú desde el 2004 promovieron talleres sobre la ‘Responsabilidad Médica frente a la interrupción legal del embarazo’, apoyando el derecho de las mujeres al aborto terapéutico” (p. 3). Así, destaca que el quid de esta Guía es brindar las herramientas, métodos y condiciones necesarias para que el personal de salud logre atender las necesidades de los pacientes, en especial de las mujeres gestantes que requieran el aborto terapéutico. Es mas, en la Resolución que aprueba esta guía se reconoce fue aprobada de acuerdo a los Memorandos N° 945 y 954-2020-DEOG/INMP, emitidos en atención al panorama que atravesaban las mujeres durante la pandemia.

Aunado a dichos memorandos, durante la pandemia se registró que “24 niñas peruanas menores de 10 años se vieron forzadas a ser madres, según cifras preliminares del Sistema de Registro del Certificado del Nacido Vivo del [MINSa] en línea”, entre otras cifras (UNFPA 2022). Asimismo, se informó que “según datos del Minsa, durante el 2020 se produjeron 429 muertes maternas frente a las 302 ocurridas el 2019. Es decir, en el 2020 la mortalidad materna aumentó un 30% respecto al año anterior”, ante lo cual se respondió que el “aumento de muertes maternas en la pandemia se reduciría con [la difusión] del aborto terapéutico” (Redacción RPP 2021). En ese sentido, destaca que la Guía está directamente vinculada al contexto en el que fue emitida.

Sobre el segundo punto relacionado a las entidades clínicas, debe tomarse como referencia a las 11 mencionadas en la Guía Técnica Nacional del 2014 ya que al compararlas con las actuales destaca que ahora se detallan 13, siendo la décimo tercera la siguiente:

“13. *Otras patologías* que pongan en riesgo la vida o la salud física y/o mental de la gestante debidamente fundamentada por la junta médica como:

- Mujeres en diálisis.
- *Antecedente de psicosis puerperal que no respondió al tratamiento, por el riesgo de homicidio o suicidio.*
- *Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por tener un feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida, (...)*
- *Daño en la salud mental por presentar estrés post traumático, ansiedad, depresión severa e intento de suicidio ocasionado por haber sido víctima de violencia sexual”* (p. 8) (el énfasis es propio).

Como se observa, no solo son más entidades clínicas, sino que se valora la salud mental de las mujeres de manera tal que una afección a esta justifica la práctica del aborto terapéutico en casos de violencia sexual, lo cual hace eco de la importancia de la salud mental (UNICEF 2021). Así, la décimo tercera entidad clínica le permite a más mujeres acceder al aborto terapéutico sin mayor dilación o inconveniente.

¹² Resolución Directoral N° 230-2020-DG-INMP/MINSA de fecha 23 de noviembre de 2020

¹³ Decreto Supremo N° 008-2020-SA

Respecto al tercer punto, se mencionan 3 momentos en la atención posaborto: “ofrecer anticoncepción”, “cuidados post-intervención” y “seguimiento”. Así, en el primero se busca brindarle información a la paciente sobre “los inconvenientes / riesgos de un nuevo embarazo para su estado de salud y la preservación de su vida (...) respetando las decisiones libres e informadas de la paciente, (...) valorar la necesidad adicional de orientación/consejería o referencia por otras necesidades de salud reproductiva, salud sexual o *salud mental*” (p. 13) (el énfasis es nuestro). Entonces, se obtiene lo siguiente: por un lado, se brindan las herramientas necesarias para que las mujeres decidan sobre su capacidad reproductiva y, por otro lado, se reconoce que la salud no solo se limita a lo físico, sino que tiene una dimensión reproductiva, sexual e incluso mental. En el segundo se procura que las pacientes reciban “instrucciones muy claras sobre los cuidados que son necesarios tener después del procedimiento” (p.13), es decir, informarles sobre los efectos secundarios (v.gr. sangrado, dolor). En esa línea, el tercero reconoce que deben programarse citas “para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva” (p.13).

Esta guía sobresale por su inclusión de la salud mental y por su formulación de la atención posaborto como fundamental para que las mujeres no peligren ni dejen de ser atendidas luego de realizada la intervención. Además, se aprecia un elemento ya mencionado: el CI, para el cual se dedica todo un acápite, siendo lo más trascendente el reconocimiento de que “la gestante puede cambiar su decisión, oponiéndose al procedimiento [por lo que] es importante explorar las dudas y conflictos posibles con la gestante y ayudarla a clarificarlos” (p.12).

Entonces, tras presentar las 3 guías del MINSA destaca, por un lado, el desarrollo del CI pues ha sido progresivo dado que en la guía del 2007 no se le dedicó un apartado contundente, mientras que en las guías del 2014 y 2020 sí se destinó un acápite exclusivo para su regulación y, por otro lado, la tendencia de querer regular a favor del acceso al aborto legal. Es decir, se dotó de contenido al CI en abortos y ahora existen entidades clínicas que incluyen más afecciones que les permiten a más mujeres solicitar el aborto terapéutico.

Aquellas 2 cualidades no son las únicas que sirven como categorías para analizar las Guías revisadas. Entonces, se ha procedido a elaborar un cuadro para resumir las principales diferencias y elementos en común, como se observa a continuación:

Tabla 3. Síntesis de las 03 guías relacionadas a la atención de abortos en el Perú

	Guía del 2007	Guía del 2014	Guía del 2020
Año de emisión	2007	2014	2020
¿Regula el aborto terapéutico?	NO	SÍ	SÍ
Total de entidades clínicas	0	11	13
¿Se pueden incluir entidades clínicas adicionales a las señaladas?	NO	SÍ, en la décimo primera entidad clínica	SÍ, en la décimo tercera entidad clínica
Atención posaborto	SÍ	SÍ	SÍ
¿Explica el CI?	SÍ	SÍ	SÍ

Nota. Elaboración propia.

Como se observa, la primera guía regula cómo deberían ejecutarse ciertos procedimientos, pero no dota de contenido al aborto terapéutico en el Perú. Sin embargo, aquello cambia tanto en la Guía del 2014 como en la del 2020 pues ambas desarrollan el alcance de dicho artículo. Es más, la última guía cuenta con un agregado que amplía los límites del aborto terapéutico mediante la décimo tercera entidad clínica. Asimismo, la presencia del CI es constante y, como se revisó, adquirió un rol cada vez más importante que fue progresivamente mejor detallado.

A su vez, la principal diferencia entre la Guía del 2014 y del 2020 es que esta última permite que se consideren más entidades clínicas. Si bien la última entidad clínica de la guía de 2014 permitía considerar más diagnósticos mediante la formulación de “cualquier otra patología materna”, la décimo tercera entidad clínica de la guía de 2020 detalla más escenarios, con lo cual se limita el

poder interpretativo de los médicos y, paralelamente, se permite la atención de más mujeres al detallar más casos en los que sería plausible solicitar un aborto terapéutico.

2.3 Los manuales emitidos por la OMS sobre el tratamiento del aborto

La terminación del embarazo es una práctica médica altamente regulada y en constante revisión de parte de la OMS. Prueba de aquello son las cifras recabadas, emisión de boletines, manuales, directrices, entre otros, sobre el aborto. Así, que el organismo autorizado para determinar el debido ejercicio y cuidado de la salud regule y continuamente dote de contenido al aborto refuerza, por un lado, que dicho procedimiento no es lesivo para las mujeres y, por otro lado, que la emisión de guías de parte del MINSA es una buena iniciativa.

Como parte de sus actividades, la OMS emitió “Directrices sobre la atención para el aborto”, que destacan por recomendar la despenalización total del aborto y que cualquier persona (mujeres mayores de edad e incluso menores) embarazada puede acceder al mismo (2022). Asimismo, manifestó estar en contra de “los plazos de espera obligatorios para el aborto” (p. 9) y, como restricciones relativas al proveedor, no recomienda que “se regule quién puede practicar y manejar el aborto de manera incongruente con las orientaciones de la OMS” (p. 10). Esto último sirve para que al regularse el aborto se haga “en consonancia con las orientaciones de la OMS” (p. 10).

Así, se revisarán 3 manuales emitidos por la OMS en atención a categorías específicas, lo que nos permitirá acceder puntualmente al contenido de cada uno. Además, aquello volverá más rápida la tarea de compararlos con las guías emitidas por el MINSA, lo que facilitará arribar al objetivo de este subpunto: identificar si los servicios de salud ofrecidos a las peruanas, respecto a los abortos, cumple con lo dispuesto por los protocolos emitidos tanto por la OMS como por el MINSA.

Tabla 4. Los manuales de la OMS sobre el aborto

	Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud	Manual de práctica clínica para un aborto seguro	Tratamiento médico del aborto
Año de emisión	2012	2014	2019
Principios guía de los manuales	Se indica que “Si bien los contextos legales, regulatorios, políticos y de la prestación de servicios pueden variar de un país a otro, el objetivo de las recomendaciones y prácticas recomendadas descritas en este documento es permitir que se tomen decisiones relacionadas con la atención para un aborto sin riesgos basadas en la evidencia”. Adicionalmente, se detallan 14 “Recomendaciones [específicas aplicables durante] la consulta técnica”.	Como principios guía se detalla que “Los prestadores deben ser conscientes de la legislación local y las exigencias en cuanto a la notificación. Dentro del marco de la legislación nacional, todas las normativas, normas y la práctica clínica relacionadas con el aborto deberían promover y proteger [la salud de las mujeres]” (p. 5).	“La presente directriz se centra exclusivamente en el tratamiento médico del aborto y proporciona nuevas [y actualizadas] recomendaciones” (p. x).
Justificación del manual	Destaca que “los comentarios generales tienen por objeto aclarar las obligaciones de notificación de los Estados respecto de ciertas disposiciones y sugieren enfoques para implementar las disposiciones del tratado” (p. V)	Se señala que mediante esta manual se “busca facilitar la aplicación práctica de las recomendaciones clínicas [del manual del 2012]” (p. 4)	Se indica que el manual del 2012 “contiene recomendaciones sobre el uso de la mifepristona y el misoprostol para inducir el aborto y tratar el aborto incompleto (...) Sin embargo, <u>en los últimos años se han publicado nuevos estudios</u> que aportan datos sobre (...) el aborto médico. Por consiguiente, la OMS consideró que era fundamental revisar las evidencias y actualizar

			sus propias recomendaciones” (p. viii) (el énfasis es nuestro).
¿Incluye un acápite o indicaciones para la atención posaborto?	Sí, titulada “2.3 Atención posterior al aborto y Seguimiento”, en la cual destaca que “las mujeres que se someten a un aborto deben recibir instrucciones claras, sencillas, oralmente y por escrito sobre cómo cuidarse después de dejar el centro de salud y cómo reconocer complicaciones que puedan requerir atención médica” (p. 53).	Sí, titulada “POST ABORTO”, cuyos objetivos son los siguientes “Brindar información sobre anticoncepción y ofrecer asesoramiento y métodos anticonceptivos. Valorar cualquier otra necesidad de salud sexual y reproductiva que pueda requerir otros cuidados adicionales. Hacer frente a cualquier complicación inmediata del aborto” (p. 55).	No hay un acápite dedicado exclusivamente a ello, pero como Asesoramiento se indica que “el asesoramiento es un proceso focalizado e interactivo mediante el cual se recibe voluntariamente apoyo, información adicional y orientación proporcionados por una persona capacitada en un entorno que propicia el intercambio abierto de ideas, sentimientos y percepciones” (p. 16).
Principal aporte del manual respecto a la regulación del aborto	Además de detallar en qué consiste la atención para un aborto sin riesgos, se incluyen acápites como las “consideraciones legales y políticas”, así como una lista de tratados regionales e internacionales de derechos humanos. Esto permite afirmar que lo sugerido por la OMS resulta válido por la naturaleza de la organización y porque existe un marco legal que avala las recomendaciones contenidas en el manual.	La principal cualidad de este manual es que, dada su justificación, busca dotar de mayor contenido al manual del 2012, por lo cual este contiene aspectos principalmente prácticos. Así, el nivel de atención al detalle en los procedimientos, medicinas, técnicas, entre otros, es mayor. Es decir, se cumple con el objetivo de complementar lo expuesto en el manual del 2012.	Este manual es una actualización de los dos anteriores: se detalla por qué se están modificando ciertas dosis de medicamentos, técnicas, entre otros, por lo cual se comparte la evidencia que justifica aquello, lo que no necesariamente ocurría en los otros dos. De esta manera, se puede afirmar que, dado que “la toma de decisiones (formulación de recomendaciones) se basó en los marcos de EtD y el examen de la síntesis de las evidencias”, es indubitable que el aborto es una práctica médica bastante regulada por la OMS.

Nota. Elaboración propia.

Se observa que los manuales emitidos por la OMS tienen una justificación estrictamente vinculada con el aborto en tanto buscan brindar técnicas y recomendaciones sobre cómo debería llevarse a cabo el procedimiento. Es decir, a diferencia de las guías del MINSA, no buscan dotar de contenido ninguna regulación estatal en particular, sino que pretenden servir como modelos que los estados puedan adoptar para mejorar o implementar la debida atención de los casos de abortos.

Asimismo, los principios y la justificación revisados evidencian cómo originalmente la intención de la OMS era lograr que los estados adecúen sus marcos normativos para que se implementen los manuales. Sin embargo, como se observa en el último manual, el foco de atención pasó a regular la práctica. Es decir, se optó por priorizar el desarrollo del procedimiento frente a adecuarla a tratados o pretender que los estados cumplan con seguir recomendaciones.

Es más, resalta el progreso respecto a la regulación del aborto pues se observa un vasto desarrollo y crecimiento a través del tiempo. Así, ha ocurrido lo mismo con los manuales de la OMS y las guías del MINSA: se fueron agregando más detalles para definir mejor los vértices de la terminación del embarazo, para lo cual las mujeres, como usuarias en quienes se practican los abortos, fueron un eje importante e incluso central.

Ahora, sobre la importancia de las guías y manuales revisados, resulta interesante compartir lo siguiente: el 4,7% y el 13,2% de casos, que se traduce entre 13.865 y 38.940 en cifras concretas, corresponden a muertes de mujeres producto de la práctica de abortos peligrosos, como reportó la OMS en sus Directrices del 2022. Es decir, las guías al estar orientadas hacia el ejercicio del aborto terapéutico cumplen solo parcialmente con el contenido de los manuales de la OMS debido a la ilegalidad de la práctica en el Perú. En ese sentido, tanto las guías como los manuales resultan compatibles en teoría, pero el marco normativo peruano impide se traslade a la práctica.

Se desprende que no cumplir con las guías o manuales significa recurrir a procedimientos no solo no recomendados sino potencialmente peligrosos, lo que tendría como consecuencia directa el desarrollo de abortos peligrosos, cuya lesividad es causada por someter a las mujeres a

condiciones deplorables. Siguiendo lo expuesto, se puede atender el objetivo de este apartado e identificar si los servicios de salud ofrecidos a las peruanas, respecto a los abortos, cumple con lo dispuesto por los protocolos emitidos tanto por la OMS como por el MINSA.

Tras haber expuesto las guías del MINSA, los manuales de la OMS y las respectivas comparaciones entre ambos, se debe identificar si los servicios de salud ofrecidos a las peruanas, respecto a los abortos, cumple con lo dispuesto por los protocolos emitidos tanto por la OMS como por el MINSA. En ese sentido, destaca lo siguiente: en primer lugar, el desarrollo e inclusión del CI ha servido para enfatizar el rol de las mujeres, como pacientes, en el procedimiento al que se someten; en segundo lugar, las guías han logrado definir el contenido del aborto terapéutico en el Perú; y, en tercer lugar, al contrastar los manuales (OMS) con las guías (MINSA) se observa que ambos buscan regular el aborto con el objetivo de que sea realizado en condiciones adecuadas.

De esta manera, se puede afirmar que las guías del MINSA regulan el aborto en términos que concuerdan con los manuales e incluso directrices de la OMS, pero hay una basta diferencia: las guías optan por la regulación y práctica del aborto terapéutico, mientras que la OMS, mediante sus manuales y directrices, fomenta la despenalización total del aborto. En otras palabras, las guías permiten una adecuación y aplicación parcial de los manuales revisados, lo que significa que las mujeres en el Perú solo accederían a una parte de los métodos y recomendaciones detallados por la OMS.

Si se tiene como base que “cuando los abortos se realizan de conformidad con las directrices y normas de la OMS, el riesgo de complicaciones graves o muerte es insignificante”, resalta la importancia tanto de los manuales con la equicación de la OMS como las guías emitidas por el estado peruano (OMS, 2017). En ese sentido, al seguir directrices orientadas a detallar la debida ejecución de un procedimiento, se evitaría que alrededor del 14% de abortos sean tratados con “métodos peligrosos, como la introducción de objetos extraños y el uso de brebajes de hierbas” (OMS, 2017).

Es mas, “el 20-30% de los abortos inseguros causan infecciones del aparato reproductor y del 20 al 40% de ellos, dan como resultado infección del tracto genital superior. Una de cada cuatro mujeres que se someten al aborto en condiciones de riesgo esta propensa a desarrollar discapacidad temporal o permanente que requiere atención médica” (OPS, 2015). Siguiendo lo expuesto, al reducir las cifras y, en última instancia, eliminar los abortos peligrosos e inseguros, lo que se consigue es la realización *óptima y segura* de un procedimiento médico que naturalmente no es riesgoso para las mujeres.

Ahora, corresponde atender el objetivo de delimitar el alcance e impacto del aborto en los usuarios, es decir, en las mujeres, dada la naturaleza del procedimiento. Para esto se deben compartir los resultados de los objetivos trazados en los subpuntos 1.1 y 1.2: el aborto no es un procedimiento peligroso nos acerca al objetivo general de esta primera parte del capítulo y los servicios de salud ofrecidos a las peruanas, respecto a los abortos, coincide y cumple parcialmente con lo dispuesto por la OMS.

En ese sentido, el impacto del aborto en los usuarios es diverso: dicho procedimiento no es lesiva, pero puede potencialmente serlo cuando no se acatan las recomendaciones de la OMS y el MINSA, dando lugar a los abortos peligrosos. En otras palabras, el impacto de la terminación del embarazo en las peruanas puede ser positivo, es decir, no lesivo, si el servicio de salud (v.gr. acceso a centros de salud, personal médico) es brindado según parámetros de las guías y manuales. *Contrario sensu*, estos procedimientos son lesivos y, de hecho, altamente peligrosos cuando sean ejecutados sin aplicar, por ejemplo, las sugerencias de los expertos.

Con todo, se observa que este primer subpunto nos ha permitido conocer los aspectos más relevantes de la dimensión práctica y teórica del aborto. Así, se logró conocer cifras y el desarrollo de aquel en la realidad. Luego, se expuso la producción documentaria orientada a regular el mismo, lo que nos llevó a comparar la local (MINSA) con la internacional (OMS). En ese sentido, este acápite nos permite afirmar que el alcance e impacto del aborto en las peruanas es

potencialmente peligroso, no por la naturaleza de dicho procedimiento médico, sino por cómo este es llevado a cabo en el Perú, lo cual es una consecuencia directa de su regulación.

Ahora, nos corresponde presentar la herramienta con la que se analizará el marco jurídico del aborto, por lo que en el siguiente capítulo se pasará revista a la definición y utilidad del enfoque feminista, para luego emplearlo en el capítulo 3 y condensar el análisis.

II. El enfoque feminista

“¿Cómo se crea una única historia? Muestra a las personas como una sola cosa, una y otra vez y en eso se convertirán [...] La consecuencia de esa única historia es esta: se les roba dignidad a las personas; nos dificulta reconocer la igualdad para la humanidad: enfatiza como somos diferentes en lugar de como somos similares [...] Cuando rechazamos esa única historia, cuando nos damos cuenta que nunca existe una sola historia sobre ningún lugar, es entonces que recuperamos un nuevo tipo de paraíso”¹⁴.

Chimamanda Adichie (2009)

Las investigaciones interdisciplinarias destacan por la diversidad de la información recabada, que consiste en prácticas, cifras, marcos jurídicos, aportes de distinta naturaleza, entre otros. Además, permiten identificar nuevos problemas, soluciones y, en general, aspectos de manera novedosa. Entonces, el aporte de este capítulo a la investigación es que una visión interdisciplinaria evidencia que dos o más áreas, no necesariamente afines, pueden complementarse, logrando proporcionarle al lector un panorama mucho más rico en detalles. Así, se visibiliza más de una idea, más de una historia y más de un solo discurso. En ese sentido, la hipótesis de este trabajo deja entrever que el derecho (la ilegalidad) puede relacionarse con otras disciplinas (v. gr. la práctica médica llamada “aborto”), lo que permite introducir enfoques con aportes innovadores que prometen complementar lo expuesto en el primer capítulo.

El eje central en este capítulo es el feminismo, un movimiento cuyo desarrollo e impacto data de décadas. En ese sentido, dado que cuenta con diversas vertientes (v.gr. decolonial, occidental, clásico, radical, liberal) y no es nuestro objetivo pasarle revista a su origen, se va a definir en términos puntuales que coadyuven a la hipótesis de nuestra investigación. Así, se presentarán conceptos que le permitan al lector entender qué abarca y, más importante, cómo y por qué es de nuestro interés. A partir de dicho concepto se presentarán dos herramientas: la interseccionalidad y el enfoque feminista. Además de definir las, se explicará por qué resultan relevantes y cómo permiten deconstruir y redefinir problemáticas. En otras palabras, el énfasis estará en justificar la pertinencia de aquellas en esta investigación, por lo cual no nos detendremos en incluir todos los aportes de expertos, sino únicamente los más relevantes y, como se verá, de uso práctico.

Asimismo, a efectos de seguir una misma línea argumentativa, la definición estándar que se tendrá de las mujeres¹⁵ será que conforman un grupo diverso dentro del cual, a veces, existen puntos de

¹⁴ Traducido del discurso conocido como “el peligro de la historia única” de Chimamanda Adichie en el 2009 en una TED talk.

¹⁵ “Women constitutes a diverse group with different and at times diametrically opposed political perspectives” (Ramji-Nogales 2019, p. 241).

vista, creencias, costumbres, entre otros, no solo diferentes sino también opuestos (Ramji-Nogales 2019). En otras palabras, se trata de un grupo heterogéneo, lo que cimienta las bases del feminismo y las herramientas que se van a detallar a continuación. Con todo, el objetivo en esta sección es identificar en qué consisten y cómo se aplican el enfoque feminista y la interseccionalidad. Al lograrlo, se podrá evaluar desde un procedimiento médico (capítulo 1) hasta su marco jurídico (capítulo 3). Entonces, el orden será el siguiente: primero, se cimentarán las bases definiendo los principales términos que componen el feminismo; luego, se hará lo propio con la interseccionalidad; y, finalmente, se explicará en qué consiste el enfoque feminista.

1. El feminismo

El feminismo ha sido definido de múltiples maneras y en diversas circunstancias¹⁶, dando como resultados calificaciones que han acompañado a dicho término a lo largo de su existencia: decolonial, occidental, clásico, radical, liberal, entre otros. Sin embargo, el movimiento feminista comparte un origen que puede resumirse en lo expresado por Chimamanda Ngozi Adichie: “feminista: la persona que cree en la igualdad social, política y económica de los sexos” (2013)¹⁷. En ese sentido, “pese a las diferencias entre las variantes teóricas, la mayoría de las corrientes feministas tienden a valorar positivamente a las nociones de igualdad y libertad” (Penchansky, 2021, p. 123). En otras palabras, en la idea de igualdad se ubican las raíces del feminismo pues es la búsqueda de aquella lo que impulsa y justifica la inconformidad y rechazo que *feministas* manifiestan a través de cada vertiente del movimiento.

Siguiendo el tenor de esta investigación, debe establecerse que la igualdad que busca el movimiento muchas veces se ha visto frenada por el derecho, por lo cual mantienen una relación estrecha en tanto este último “no podía dejar de ser uno de los principales focos de la crítica feminista, como tampoco podía dejar de ser una de las más importantes herramientas dentro de la lucha de las mujeres por alcanzar el lugar que desean tener dentro de la sociedad” (Jaramillo en West, 2000 p.27). En ese sentido, el feminismo se erige como una crítica activa sobre el derecho, que como disciplina e incluso herramienta resulta útil para la causa. Así, en líneas generales, por *feminismo* haremos referencia al cuestionamiento que realizan las mujeres a las teorías, normas, jurisprudencia, entre otros, que atentan contra su derecho a decidir sobre su propio cuerpo.

Así, la legalización del aborto puede concebirse como el “cuestionamiento directo a la opresión patriarcal que confinaba a las mujeres a cumplir un rol asignado por su capacidad biológica para procrear. Al recuperar el cuerpo, que sometido al mandato de la maternidad obligatoria era un cuerpo para otros, las mujeres daban un paso hacia la conquista de su autodeterminación y su libertad” (Penchansky, 2021, p. 115). Es decir, se cuestiona la penalización del aborto porque su principal efecto es oprimir a las mujeres. Entonces, como primera impresión, el feminismo se erige de manera antagónica frente a las normas que penalizan el aborto, coincidiendo con la postura de la OMS en tanto esta, como se demostró mediante sus manuales y comunicados, también recomienda la despenalización.

El panorama expuesto nos confirma no solo el vínculo entre el aborto y las normas, sino que ya existe una postura al respecto dentro del movimiento feminista. Esto cimienta las bases del feminismo jurídico, que para Steinmetz se caracteriza por fiscalizar si la relación entre el

¹⁶ Por ejemplo, Angela Davis explica que las formas de feminismo radical que se oponían a, por ejemplo, la homofobia y otras formas de opresión lograron revolucionar el movimiento abolicionista de una manera tan importante que el mundo solo podría compararlo con el impacto que ha tenido “Black Lives Matter” en este siglo (2021).

¹⁷ “Definición de diccionario” pues la autora indica que es lo que encontró al buscar “*feminista*” en dicha fuente. Esto fue parte de su ponencia titulada “Todos deberíamos ser feministas”, de la cual destaca la definición ideada por ella: “Feminista. El Hombre o mujer que dice ‘sí, actualmente existe un problema con el género y debemos arreglarlo, debemos ser mejores. Todos nosotros, mujeres y hombres, debemos ser mejores” (2012) (Traducción libre).

movimiento, las normas y la práctica difiere, tomando como referencia al enfoque interseccional pues lo más relevante, como advierte Kimberlé Crenshaw, es analizar por qué se generaron aciertos y/o errores y cómo estos tienen diferentes impactos en diferentes sujetos (2020). En simple, el feminismo de carácter jurídico evalúa las normas y la materialización de estas, con énfasis en si coinciden con los principios del movimiento o si resultan lesivas para las mujeres, para lo cual se recurre a la interseccionalidad.

Entonces, observamos que el feminismo tiene una vertiente orientada al análisis de la relación entre el derecho y el feminismo, siendo la *interseccionalidad*, término acuñado por Crenshaw, una herramienta sumamente importante para el *enfoque feminista*. Así como aquellas, que serán debidamente abordadas en los siguientes subpuntos, existen otros términos que resultan relevantes para el movimiento, como se explicará a continuación.

Hay dos conceptos ligados a nuestro campo de investigación: el género y el sexo. Si bien existe controversia sobre el alcance y relevancia de los mismos¹⁸, vamos a emplear las definiciones oficiales manejadas tanto por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (en adelante “MIMP”) (nivel nacional) como por el Comité de la CEDAW (nivel internacional). Así, en el Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP se precisa que, de acuerdo a la Recomendación General N° 24 del Comité de la CEDAW, *género* es el conjunto de creencias, atribuciones y prescripciones culturales que establecen “lo propio” de los hombres y “lo propio” de las mujeres en cada cultura, en mérito a lo cual se determinan facultades e incluso derechos, en muchos casos, a favor de un grupo (normalmente hombres) y en desmedro de otros (usualmente mujeres). Asimismo, es una categoría prohibida de discriminación dado que dicho concepto forma parte del derecho a la igualdad y no discriminación.

Ahora, como menciona Ngozi Adichie el problema con el género es su desarrollo en la práctica pues suele emplearse para afirmar cómo deberíamos ser, en lugar de reconocer cómo somos¹⁹ (2009). En ese sentido, deben definirse la identidad de género y la igualdad de género, que no deben ser usados como sinónimos. El primero hace referencia a la experiencia del género, que no siempre coincide con el sexo asignado tras nacer. Es decir, se trata de la vivencia de las personas y de cómo estas expresan su género, para lo cual frecuentemente se recurre a externalizaciones como la vestimenta, el tipo de discurso, las actividades, entre otros. A su vez, el segundo postula que deben valorarse de igual manera las necesidades y las metas tanto de mujeres como de hombres. Es ese sentido, sus derechos y obligaciones no deben vincularse a su naturaleza biológica, por lo cual debe primar que las condiciones brindadas a ambos grupos deben serles ofrecidas sin diferencias injustificadas, permitiéndoles desarrollarse en las mismas condiciones y potencialmente gozando de los mismos beneficios.

Adicionalmente, se debe presentar el enfoque o también llamado *perspectiva* de género, que se caracteriza por buscar la creación y fortalecimiento de relaciones de género que sean equitativas y justas, para lo cual es importante como primer paso identificar y suprimir la existencia de desigualdad y discriminación de cualquier tipo. Dicho enfoque tiene la capacidad de insertarse en la agenda y gestión de las políticas públicas así como en la perspectiva jurídica, como ocurrió en el ordenamiento anglosajón, en el cual se optó por emplear el género “para separar las construcciones sociales y culturales de la biología [con lo cual] las características humanas consideradas 'femeninas' son adquiridas por las mujeres mediante un complejo proceso individual y social, en vez de derivarse naturalmente de su sexo” (Scott como se citó en Villanueva, 1997, p. 486). Así, el *enfoque de género* permite abordar las problemáticas determinando los roles y

¹⁸ En el Perú existe un debate, en el cual se han insertado diversos grupos civiles ya sea a favor o en contra del denominado “enfoque de género”. Así, existen organizaciones que rechazan la implementación de este en el currículo escolar (v. gr. Colectivo Con Mis Hijos No Te Metas) y otros que lo respaldan (v. gr. Promsex). No obstante, cabe agregar que la postura desde el MIMP se alinea con los últimos pues buscan promover su inclusión en la malla educativa y, en general, su “objetivo [es] que todas las intervenciones públicas estén dirigidas a alcanzar la igualdad de género” (MIMP 2014, p. 5).

¹⁹ Ver pie de página 112.

tareas que realizan hombres y mujeres, siendo que tras dicho ejercicio se podrá dilucidar si aquello atiende a estereotipos que atentan contra la igualdad de género o identidad de género.

Como se indicó, dicho enfoque tiene la capacidad de ser incorporado en la agenda de muchos estados y el Perú no ha sido la excepción. En ese sentido, debe mencionarse que en el decreto citado se reconoce que “aporta elementos centrales para la formulación de medidas (políticas, mecanismos, acciones afirmativas, normas, etc.) que contribuyen a superar la desigualdad de género, de poder y subordinación que las culturas y las sociedades construyen entre hombres y mujeres y explicar las causas que producen las asimetrías y desigualdades” (2019, p. 11). Sin embargo, también se reconoce que no ha sido debidamente incorporado en gestión pública de recursos humanos, como a nivel de gobierno regional, por lo cual se busca fortalecer su aplicación en la gestión pública.

Es importante agregar que, según explica el movimiento feminista, se ha usado la esfera individual privada como sinónimo de intimidad, lo que ha permitido que ciertas formas de violencia se mantengan íntimas, ocultas, creando el espacio ideal para que se construyan, validen y reproduzcan patrones heteronormativos de dominación que normalmente suelen ser patriarcales en desmedro principalmente de las mujeres y, de igual manera, con impacto negativo en los hombres²⁰ (Prandini, 2019, p.465). Ante dicho panorama, el enfoque de género se inmiscuye en esa esfera y visibiliza los patrones de desigualdad. Esto pues si una mujer ve mermados su uso y disfrute de derechos por la manera en la que viste, habla, calza y/o expresa su género, el enfoque podrá determinar los estereotipos y cómo estos se construyen peligrosamente, viendo si son regulados, avalados o sancionados a nivel normativo. Entonces, al igual que el movimiento, el enfoque de género se relaciona con el derecho pues, en simple, permite explicar por qué “a pesar del reconocimiento legal de los derechos de las mujeres, los jueces siguen expidiendo resoluciones cuyo contenido pareciera desconocer tales derechos” (Villanueva, p. 487). Esto sugiere que, en el ámbito judicial suelen aplicarse estereotipos al resolver, lo que significaría que priman frente a la identidad e igualdad de género.

Ahora, nos corresponde definir *sexo*, lo cual puede hacerse partiendo de lo expuesto sobre el género: el primero hace referencia a diferencias biológicas mientras que el segundo a características atribuidas socialmente que pueden ser femeninas o masculinas. En otras palabras, destacan las *diferencias biológicas* y el significado que estas adquieren, tanto en la sociedad como también a nivel normativo. En ese sentido, es importante tener en cuenta el rol y desarrollo de dichas diferencias pues, por ejemplo, las constituciones, generalmente, no son ideadas por mujeres e incluso se elaboran en ausencia de estas²¹.

De esta manera, ha sido importante detallar cada uno de esos términos pues entre el feminismo y el derecho median complejidad y riqueza, por lo cual es necesario reconocer el rol del género y del sexo en tanto, como se ha demostrado, son regularmente incorporados en el desarrollo del marco jurídico. Con todo, se han recogido y moldeado definiciones emitidas por el MIMP y del Comité de la CEDAW, lo que evidencia, una vez más, que el derecho busca constantemente regular términos que no siempre se originan en las normas. Entonces, por feminismo deberá entenderse la lucha de las mujeres por ser titulares de sus derechos, lo que se traduce en el rechazo de normas, políticas públicas, actividades y similares que limiten y/o incidan negativa e injustificadamente en el uso y goce de aquellos. En ese sentido, se justifica la pertinencia de incorporar el movimiento en esta investigación dada la relación entre el derecho y el aborto: el primero controla el ejercicio del segundo. En específico, el feminismo jurídico se concentra en la vivencia de las normas y en cómo estas se relacionan con el ejercicio de los derechos de las

²⁰ “Using the dichotomy as a lens, feminists could show how the historical construction of the private space as a sphere of intimacy, care and love not only allowed for private forms of violence to remain invisible, but also, perhaps more importantly, sustained patriarchal configurations of power and reinforced masculine domination, racism and heteronormative patterns of sexuality”.

²¹ “Generally, constitutions are not written by women. The constitutions on which others are modelled, such as those of the US or India, were constructed in the absence of women” (p.87).

mujeres, trayendo a colación una herramienta importante: la interseccionalidad, que será expuesta a continuación.

2. La interseccionalidad

Las definiciones de sexo, género, identidad de género, igualdad de género y perspectiva/enfoque de género nos demuestran que lo biológico no debe determinar lo social. Es decir, resulta erróneo atribuir y recompensar y/o castigar externalidades como la forma de vestir y/o hablar por considerar que no corresponden con el aspecto biológico de la persona. Siguiendo esto, resulta pertinente afirmar y recordar que el “cuerpo es el vértice de intersección de múltiples violencias -etnia, género, clase social²² (Calambas, Riccardi y Romero, 2021, p. 383). En ese sentido, un sujeto de derecho puede experimentar un conflicto en el cual múltiples derechos, obligaciones e instituciones estén en pugna, por lo cual se contaría con diversas apreciaciones para un mismo problema, pero aquellas son finalmente experimentadas por una sola persona.

Partiendo de lo expuesto, la aplicación de un enfoque interseccional tiene como objetivo analizar a la mujer más allá de su género, destacando cómo la relación entre esta y las normas, el sistema de salud, entre otros, impacta en el ejercicio de sus derechos. Es decir, se podrán abordar aspectos de la sociedad que impactan directa e indirectamente la vida de todas las personas, como las normas²³. Como indica Rubio, “la relación óptima entre la norma y la realidad consiste en que esta se adapte universalmente a aquella, pero es una pretensión utópica: de un lado, no todos los supuestos que contienen las normas jurídicas ocurren en la realidad (...) y, de otro, verificado un supuesto en la realidad, no necesariamente se cumple su consecuencia” (2011, p. 77). Es decir, existe una relación sumamente estrecha e innegable entre la sociedad y las normas, lo que también se traduce en experiencias únicas entre estas y las personas, siendo la interseccionalidad una herramienta que aborda puntualmente esa dinámica.

De manera introductoria, el término surge en la década de los 80, en Estados Unidos, cuando Kimberlé Williams Crenshaw introdujo un término en el “ámbito de los feminismos e investigación social (...) para analizar las relaciones de poder mediante la articulación entre la teoría feminista crítica sobre los efectos del sexismo, racismo o de la clase social — entre otros sistemas de opresión— y la metodología crítica inspirada en la teoría feminista posmoderna” (Cuesta Noguerales, 2022, p. 139). Así, hace casi 40 años se acuñó la “interseccionalidad” para, en un primer instante, ejemplificar el universo de experiencias al que se enfrentaban las mujeres negras, siendo que aquella develó cómo una visión limitada del problema conseguía teóricamente eliminarlas de la ecuación. Es decir, se tenía una idea preestablecida de discriminación en la teoría feminista que entendía la interacción de raza y sexo de una única manera, dejando de lado la experiencia de las mujeres negras en la realidad. En otras palabras, la autora postulaba que la estructura que se venía usando como base para entender “la experiencia de las mujeres” o “la experiencia negra” como políticas concretas de demandas debían repensarse y reestructurarse²⁴ (Crenshaw, 1989, p. 140).

Así, la confusión entre el lado práctico del sexo y del género puede llevarnos a describir situaciones o problemas como una historia única, eliminando no solo capítulos de la misma sino incluso personajes. Ante eso, la académica propuso que la aplicación de la interseccionalidad era frutífera en el ámbito judicial. Esto pues al revisar diversas sentencias concluyó, por un lado, que, para la Corte, si el empleador contrata mujeres, entonces no es un caso discriminación de género,

²² Los autores abordan el feminismo colonial, sobre el cual también afirman que “del diálogo entre comunicadoras indígenas y no indígenas surge un feminismo que desborda los prejuicios” (Calambas, Riccardi y Romero 2021, p. 384).

²³ Entiéndase por norma a aquella que junto con los principios generales integra el concepto de Derecho. Así, una norma jurídica es “un mandato de que a cierto supuesto debe seguir lógico jurídicamente una consecuencia, estando tal mandato respaldado por la fuerza del Estado para el caso de su eventual incumplimiento (...) Este elemento permite diferenciar al Derecho de otros sistemas normativos coexistentes con él en las sociedades” (Rubio 2011, p. 76)

²⁴ Cita original: “the entire framework that has been used as a basis for translating “women’s experience” or “the Black experience” into concrete policy demands must be rethought and recast”.

a pesar de que solo contrataba mujeres blancas²⁵; y, por otro lado, la tendencia de la Corte de redactar “en perjuicio de las mujeres” en lugar de “en perjuicio de las mujeres negras” evidencia que, en el imaginario colectivo, mujer es automáticamente entendido como mujer blanca. Entonces, postuló que “la experiencia de las mujeres negras es mucho más amplia que las categorías tradicionales propias de la discriminación como línea argumentativa”²⁶ (Crenshaw, 1989, p. 149). En otras palabras, el sistema judicial ignoraba las particularidades a las que se enfrentaban los grupos menos privilegiados²⁷.

Entonces, la interseccionalidad funciona como un filtro que al ser aplicado exige visibilizar todas las categorías, escenarios y/o particularidades presentes en determinada situación. Ahora, Ilizarbe indica que aquello se consigue mediante preguntas *interseccionales* pues resultan aplicables a múltiples sectores, a nivel político, social, etc, por lo cual este enfoque resulta útil, práctico y necesario al abarcar distintas disciplinas e incluso grupos (2019). También puede explicar mediante esta analogía: la discriminación transita en todas las direcciones y carriles, por lo cual un accidente (acto discriminatorio) puede ocurrir producto del impacto entre dos o más vehículos, en diferentes carriles y sentidos. Así, deberá tomarse en cuenta el sentido del carril, de los vehículos, entre otras circunstancias que permitan entender el panorama completo²⁸.

Siguiendo la analogía propuesta, la autora comparte el siguiente caso: en Estados Unidos, cuando las mujeres afrodescendientes son abusadas sexualmente por hombres blancos, no son víctimas por su condición de mujeres, sino por ser mujeres *afrodescendientes*. Si bien al ser mujeres se encuentran potencialmente más expuestas a abusos sexuales, su condición como afrodescendientes las despojó de protección alguna²⁹. Así se materializa el enfoque interseccional pues su objetivo es visibilizar a los grupos marginados y entender su interacción con la sociedad. De esta manera, en palabras de Crenshaw, el propósito es lograr la inclusión³⁰ de dichos grupos, identificando y eliminando las prácticas discriminatorias y lesivas en su contra, para poder emplear la dicotomía de manera positiva: cuando *ellos* participan, *todos* participamos.

Vemos, pues, que el enfoque interseccional analiza a la mujer más allá de una única categoría como *género*. En otras palabras, permite abordar diversos aspectos que se despliegan en una misma situación. De esta manera, se colige que el término acuñado por Crenshaw resulta de aplicación inmediata para la presente investigación pues puede emplearse para el marco jurídico del capítulo 3: normas, jurisprudencia y teorías.

Ahora, debe precisarse lo siguiente: el enfoque interseccional y enfoque de género no son sinónimos: el primero no se detiene en el género pues exige la revisión de cada categoría involucrada, mientras que el segundo se emplea para ver si se asignaron roles y/o características (estereotipos) sin tomar en cuenta la identidad de género e irrumpiendo con la igualdad de género. En concreto, al revisar el citado decreto supremo 008-2019-MIMO, se observa que el enfoque de género fue empleado principalmente como una herramienta para optimizar el respeto de los derechos de la mujer dentro del objeto al que se refiere la ley, con lo cual se asegura no solo la

²⁵ “Although General Motors did not hire Black women prior to 1964, the court noted that “General Motors has hired female employees for a number of years prior to the enactment of the Civil Rights Act of 1964.” Because General Motors did hire women—albeit white women—during the period that no Black women were hired, there was, in the court’s view, no sex discrimination that the seniority system could conceivably have perpetuated” (Crenshaw 1989, p. 142).

²⁶ “Black women’s experiences are much broader than the general categories that discrimination discourse provides”.

²⁷ Crenshaw menciona que “not only courts, but feminist and civil rights thinkers as well have treated Black women in ways that deny both the unique compoundedness of their situation [no solo la Corte, sino que las feministas y activistas de derechos civiles han tratado a las mujeres negras de manera tal que no se reconoce la complejidad de la situación en la que ellas se encuentran” (1989, p. 150).

²⁸ “Consider an analogy to traffic in an intersection, coming and going in all four directions. Discrimination, like traffic through an intersection, may flow in one direction, and it may flow in another. If an accident happens in an intersection, it can be caused by cars traveling from any number of directions and, sometimes, from all of them” (Crenshaw 1989, p. 149).

²⁹ “When Black women were raped by white males, they were being raped not as women generally, but as Black women specifically: Their femaleness made them sexually vulnerable to racist domination, while their Blackness effectively denied them any protection” (Crenshaw 1989, p. 158-159)

³⁰ “The goal of this activity should be to facilitate the inclusion of marginalized groups for whom it can be said: “When they enter, we all enter” (1989, p. 167).

presencia las mujeres en el ámbito de la ley, sino se regulen espacios libres de violencia, perjuicio u otros que resulten contraproducentes para el desarrollo de las peruanas y de la ejecución de la norma.

En concreto, tómesese la siguiente situación para establecer la diferencia entre el enfoque de género y el enfoque interseccional: imaginemos que se determina que un medicamento -de uso exclusivo de mujeres- deje de ser repartido por el MINSA, pero se permite su libre venta en farmacias privadas. A simple vista, no hay divergencias sobre el género, por lo cual el enfoque de género no tendría campo de acción amplio debido a la falta de elementos en los que el género sea la fuente del problema por verse enfrentado a cuestionamientos. Sin embargo, el enfoque interseccional nos lleva un paso más allá pues exige revisar cómo ese medicamento afecta a las mujeres y, luego, a qué tipo de mujeres: con poder adquisitivo, de determinadas zonas geográficas, con cierto tipo de rasgos, entre otras categorías. En otras palabras, si bien el enfoque de género procura identificar las situaciones que irrumpen con la igualdad con la que debería tratarse el género, en este caso el universo es de mujeres y se reconoce que la norma las afecta únicamente a ellas, pero para determinar a qué grupo de mujeres y cómo se deben abordar a más características además del género.

Tómesese otro ejemplo: una ley que imponga como requisito para acceder a la educación superior el hablar español, sin establecer diferencias entre hombres y mujeres, siendo que resulta aplicable para todos en los mismos términos. Si recurrimos al enfoque de género, no detectaríamos problema alguno pues no hay diferencias entre hombres y mujeres, sino lo contrario: se les brindan las mismas oportunidades y se les exige lo mismo. Sin embargo, el enfoque interseccional nos haría analizar lo siguiente: primero, qué grupos hablan español y cuáles no; segundo, nivel socioeconómico de aquellos; tercero, la relación entre el español y la educación (como servicio) hasta antes del nivel superior; etc. En líneas generales, y como ejemplo, lo primero nos llevaría a identificar que hay regiones y, por ende, grupos humanos que no emplean el español como principal idioma; lo segundo nos demostraría que dichos grupos suelen vivir en regiones con ingresos económicos bajos; y lo tercero nos revelaría que muchas veces no hay escuelas ni se enseña español en dichas zonas. De ser así, la norma devendría en lesiva para ese conjunto de personas, lesionando, en ese caso, su derecho a la educación.

En simple, al aplicar la interseccionalidad se tendrá mayor conocimiento sobre el rol del marco jurídico desde la experiencia de las mujeres porque el género sería solo el punto de partida, mas no el quid del análisis. Siguiendo el ejemplo propuesto líneas arriba, el enfoque interseccional evidencia en primer plano que las mujeres sin poder adquisitivo no podrían acceder al medicamento, por lo que sí se trata de un problema de mujeres, pero el énfasis se encuentra en el grupo no privilegiado que no puede comprar el medicamento. Entonces, el problema no se detiene en la prohibición de distribución a nivel MINSA pues su ejecución -que es resultado de su regulación- es nociva para las mujeres, sin que el afectar a un solo grupo signifique reducir la importancia o lesividad de la regulación analizada.

Siguiendo lo expuesto en el capítulo 1, se observa que la penalización se ha dado en el CP, mas no en la práctica. Entonces, si “la ley tiene, potencialmente, dentro de sí la posibilidad de ser feminista” se puede sostener que un enfoque interseccional podría dinamizar la relación entre el marco jurídico (teorías, normas y sentencias), la sociedad (mujeres) y el feminismo, siendo uno de los resultados un posible cambio normativo, como se detallará en la sección de recomendación (O'Donoghue y Houghton, 2019). Con todo, el binomio sociedad (mujeres)-normas (penalización del aborto) tiene lugar en el campo del feminismo pues uno de los pilares ha sido el cuestionamiento de las normas en pro de la “autodeterminación y la libertad de las mujeres para ejercer una vida sexual plena y ya no ligada a la reproducción” (Penchansky, 2021, 141).

Entonces, hasta esta parte se ha definido la identidad de género, igualdad de género, enfoque de género e interseccionalidad, precisando que estos últimos no son sinónimos, pero pueden coadyuvar al análisis junto a los dos primeros. Ha sido importante presentarlos en el orden

propuesto pues nos lleva al quid de este capítulo y principal herramienta de este análisis: el enfoque feminista, el que será expuesto a continuación.

3. El enfoque feminista

Como se adelantó, las peruanas no conforman un grupo homogéneo, sin que aquello signifique privilegiar los derechos y/o necesidades de unas frente a otras. Ahora, “si cada mujer resulta ser esencialmente diferente de las demás, sus problemas no son atacables por la vía política, sino que exigen respuestas individuales. Sería el fin de los movimientos de mujeres” así como de las políticas normativas sugeridas por el sistema interamericano (Jaramillo en West 2000, p. 35). Con esto se pretende señalar que, si bien las peruanas no son un grupo homogéneo, al implementar las normas no se debe segregarlas ni resaltar sus diferencias. Esto se traduce en ofrecerles el mismo acceso a servicios médicos tanto a las peruanas de la costa como de la selva, tanto de Lima como de Iquitos, tanto afrodescendientes como shipibas pues si bien el enfoque interseccional nos permite reconocer las diferencias entre cada grupo, también realza los elementos que comparten y con estos los que deberían inspirar el cambio normativo.

Incidimos en que al enunciar “mujeres” no se debe pensar un grupo o personaje determinado en tanto dicho término se refiere a personas con creencias, tamaños, habilidades, entre otros, no necesariamente iguales. Aquel es el quid del enfoque feminista: es consciente de las diferencias no solo entre los grupos sino entre sus integrantes, lo que permite que sus herramientas tengan un acercamiento diferente que promete resultados no convencionales. De esta manera, al emplear el enfoque feminista revisaremos normas, expedientes, recomendaciones y similares, mediante las herramientas del feminismo, como la interseccionalidad y el concepto de enfoque de género, entre otros. Como se explicó, estos resultan compatibles y son aplicables a situaciones en las que los sujetos experimentan de manera particular y/o colectiva los efectos del marco jurídico impuesto, políticas públicas, informes, etc.

Como se señaló, el feminismo surge como una exigencia de igualdad acompañada de rechazo a normas que atentaban contra los derechos de las mujeres. En ese sentido, el enfoque feminista se erige como el universo de herramientas creadas y/o empleadas por el feminismo para analizar circunstancias en las que mermen los derechos de las mujeres. Es más, la interseccionalidad y el enfoque de género pueden emplearse para cualquier situación (no se reduce a escenarios normativos) y grupos humanos. Sin embargo, dada la naturaleza de este trabajo, las mujeres son el grupo humano de nuestro interés, por lo cual es importante precisar que el tipo de violencia del que pueden ser víctimas va desde aspectos laborales hasta normativos, desde parejas abusivas hasta normas lesivas (Goldblatt, 2019, p. 360). Siguiendo esto, una simple frase como “jerarquía hombre>mujer”³¹ (Ramji-Nogales, 2019, p. 243) sería rechazada en tanto resulta contraproducente para el óptimo desarrollo de derechos y obligaciones tanto de los hombres como de las mujeres.

Ahora, el panorama descrito en el capítulo 1 devela que muchas mujeres han abortado en condiciones de clandestinidad, acto que se enmarca dentro de su esfera individual privada como sinónimo de intimidad. Aquel secretismo ha permitido que ciertas formas de violencia se mantengan ocultas, creando el espacio ideal para que se validen y reproduzcan desde patrones heteronormativos de dominación que normalmente suelen ser patriarcales en desmedro de las mujeres hasta atentar contra su vida misma al optar por abortos inseguros³² (Prandini, 2019, p.465). Así, el enfoque feminista se inmiscuye en esa esfera y visibiliza los patrones de, por ejemplo, violación de derechos, para lo cual es fundamental determinar quién autorizó o fomentó el instrumento discriminatorio y/o lesivo.

³¹ Texto original: “hierarchy men>women”.

³² “Using the dichotomy as a lens, feminists could show how the historical construction of the private space as a sphere of intimacy, care and love not only allowed for private forms of violence to remain invisible, but also, perhaps more importantly, sustained patriarchal configurations of power and reinforced masculine domination, racism and heteronormative patterns of sexuality”.

Lo explicado sobre el enfoque feminista exige materializarse, por lo cual se presentará un resumen de leyes en las cuales de evidencia la intención del estado peruano en incluir el enfoque de género en su producción normativa. Lo interesante, y el motivo por el cual se está incluyendo, es que emplea el término para regular ciertos aspectos que convencionalmente no forman parte del universo de situaciones que regula el feminismo: expansión urbana, servicio de serenazgo, régimen agrario y ámbito forestal.

Tabla 5. El enfoque de género en leyes (periodo 2010-2022)

	NORMA LEGAL	FECHA	CONTENIDO	OBJETO DE LA NORMA
1	LEY N° 31313 LEY DE DESARROLLO URBANO SOSTENIBLE	25 de julio de 2021	4.3.8. <i>“Enfoque de género: Herramienta de análisis que permite identificar los roles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las asimetrías, relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellos [...]”.</i>	1. “Establecer los principios, lineamientos, instrumentos y normas que regulan el acondicionamiento Territorial (...) a efectos de lograr un desarrollo urbano sostenible, entendido como la <i>optimización del aprovechamiento del suelo en armonía con el bien común y el interés general [...]”.</i>
2	LEY N° 31297 LEY DEL SERVICIO DE SERENAZGO MUNICIPAL	21 de julio de 2021	DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES, TERCERA. <i>Enfoque de género y enfoque intercultural: “Las municipalidades provinciales y distritales incorporan en el servicio de serenazgo a no menos del 30 % de mujeres o varones en su conformación”.</i>	1. “Establecer el marco normativo que regula las funciones, competencias, derechos, obligaciones, prohibiciones, capacitación y régimen laboral del servicio de serenazgo”.
3	LEY N° 31110 LEY DEL RÉGIMEN LABORAL AGRARIO Y DE INCENTIVOS PARA EL SECTOR AGRARIO Y RIEGO, AGROEXPORTADOR Y AGROINDUSTRIAL	31 de diciembre de 2020	6.d <i>“El empleador debe implementar programas de capacitación en temas de derechos humanos con enfoque de género a supervisores, capataces, ingenieros o personal que interactúa de manera directa con las mujeres trabajadoras, independientemente de la existencia de relación de jerarquía o no”.</i>	1. “[P]romover y fortalecer el desarrollo del sector agrario y riego, agroexportador y agroindustrial”
4	LEY N° 30364 LEY PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Y LOS INTEGRANTES DEL GRUPO FAMILIAR	23 de noviembre de 2015	<i>“3.1 Enfoque de género: Reconoce la existencia de circunstancias asimétricas en la relación entre hombres y mujeres [...]. Este enfoque debe orientar el diseño de las estrategias de intervención orientadas al logro de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres”.</i>	1. “[P]revenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales, y contra los integrantes del grupo familiar; en especial, cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad, por la edad o situación física como las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad”.
5	LEY N° 29783 LEY DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	20 de agosto de 2011	<i>“66. Enfoque de género y protección de las trabajadoras. El empleador adopta el enfoque de género para la determinación de la evaluación inicial y el proceso de identificación de peligros y evaluación de riesgos anual [...]”</i>	1. “[P]romover una cultura de prevención de riesgos laborales en el país. Para ello, cuenta con el deber de prevención de los empleadores, el rol de fiscalización y control del Estado y la participación de los trabajadores y sus organizaciones sindicales, quienes, a través del diálogo social, velan por la promoción, difusión y cumplimiento de la normativa sobre la materia”.
6	LEY N° 29763 LEY FORESTAL Y DE FAUNA SILVESTRE	22 de julio de 2011	II.4 <i>“Equidad e inclusión social [...] el Estado garantiza condiciones equitativas de acceso a los recursos [...] con enfoque de género, a través del diseño y aplicación de las políticas públicas forestales que contribuyan a erradicar la pobreza, reducir las inequidades sociales [...]”.</i> 141.a <i>“Educación y formación forestal y de fauna silvestre. El Estado, ejerciendo su obligación educativa, promueve: La educación forestal y de fauna silvestre con enfoque de género</i>	1. “[P]romover la conservación, la protección, el incremento y el uso sostenible del patrimonio forestal y de fauna silvestre dentro del territorio nacional [...]”.

			e interculturalidad y la formación de excelencia a nivel profesional y técnico”.	
--	--	--	--	--

Nota. Elaboración propia. (El énfasis es nuestro).

Como se observa, se incluyó el enfoque de género en 6 ámbitos caracterizados por no ser usualmente regulados desde el feminismo, siendo el 4 la excepción. Al analizar lo expuesto, destaca que la formulación de cada artículo está orientada a buscar la igualdad de género y promover el respeto por la identidad de género de las personas, sin mencionar explícitamente dichos términos. Ahora, el no mencionarlos no implica invisibilizarlos pues se entienden comprendidos en la mención de enfoque de género y por la redacción de los artículos. En ese sentido, se colige que el estado peruano ha pretendido afianzar y probablemente mejorar la gestión del enfoque de género desde el ámbito forestal hasta el urbanístico. Así, este tipo de análisis y aproximación a, por ejemplo, la revisión de encabezados y contenido de leyes caracteriza al enfoque feminista: no se detiene en la categoría género (1), sino que puede partir de aquella para entender el contexto de la inclusión del enfoque de género (2) en dichos espacios.

Aquella ha sido una explicación sumamente breve en la que se ha dispuesto el uso de 2 herramientas del enfoque de género. Al respecto, de querer brindar un análisis de mayor envergadura se puede acudir a otra herramienta: los métodos feministas propuestos por Bartlett (1990). Estos son tres y postulan lo siguiente: primero, hacer la pregunta sobre la mujer; segundo, el razonamiento práctico feminista; y, tercero, la creación de conciencia. Así, el primero nos invita a preguntarnos por las mujeres para acercarnos a las “consecuencias diferenciadas por género que pueden derivarse de las normas jurídicas cuando estas son aplicadas”; el segundo ha sido llamado “razón práctica femenina” y nos exige empezar por el supuesto en el que las normas sean respuestas pragmáticas a ciertos problemas en lugar de brindar opciones limitadas desde una perspectiva diferente; y, por último, el tercero busca la “creación de conciencia” para acercarnos a los problemas de las mujeres (Jaramillo en West 2000, p. 57, 58).

Los métodos permiten abordar realidades desde perspectivas que recogen la situación particular en la que se desenvuelven las mujeres y materializan el enfoque interseccional desde vértices puntuales. A manera de detalle, emplearemos los métodos, en orden y de manera didáctica, para pasar revista al panorama expuesto en el capítulo 1, con lo cual el lector tendrá un ejemplo práctico, útil y real sobre el aborto explicado desde los métodos feministas de Bartlett.

- Primer método: ¿cuáles son las consecuencias diferenciadas que experimentan las mujeres como consecuencia de las normas jurídicas? La norma jurídica en cuestión será la penalización del aborto, la cual se materializó normativamente en el ámbito penal. La principal consecuencia de dicha regulación ha sido la ilegalidad con la que se ejecutan los abortos, trayendo consigo cifras de abortos peligrosos e incluso muertes. Si bien se pueden abstraer muchas conclusiones sobre aquello, una de ellas es que resulta innegable la afectación de los derechos a la salud, a la integridad física y psicológica, al libre desarrollo de la personalidad, entre otros, según ha detallado la OMS, el instituto Guttmacher e incluso Promsex, los que incluso agregan a los derechos reproductivos a esa lista.

Entonces, si nos preguntamos por el lugar de la mujer vemos que es un rol pasivo en tanto recibe no solo la regulación (la norma le resulta aplicable) sino las consecuencias de la misma (potencialmente abortos inseguros). Ahora, con un uso estricto del enfoque interseccional se debe puntualizar que las consecuencias de la penalización son diferentes en los subgrupos que existe dentro de la categoría *mujeres*. En otras palabras, la prohibición contenida en la norma jurídica se dirige al grupo conformado por las mujeres, pero las consecuencias no son experimentadas de la misma manera por todas. De manera puntual, se revisó que algunos abortos terminan incluso con la muerte de la paciente, mientras que otras experimentan consecuencias graves en su salud al haberseles practicado el aborto de manera negligente.

En ese sentido, sin siquiera diferenciar entre mujeres, por ejemplo, con capacidad adquisitiva o no, se observa que la vivencia del aborto sí resulta diferente y que las consecuencias experimentadas tienen incidencia directa en sus derechos y, con todo, en ellas mismas. En simple, la prohibición contenida en la norma jurídica -específicamente en el CP al tratarse al aborto como delito- sí tiene consecuencias diversas debido, por un lado, a la pluralidad que existe en el grupo humano que conforman las mujeres y, por otro lado, por las diferentes maneras en las que puede accederse y materializarse el aborto en el cuerpo de las mujeres.

- Segundo método: ¿cómo lograr que las normas contengan respuestas pragmáticas frente a problemas concretos en lugar de regulaciones que potencialmente atentan contra las mujeres? Este método se relaciona directamente con la presente investigación dado que nuestra hipótesis sugiere que la regulación del aborto en el Perú se esgrime de manera tal que penalizar la terminación del embarazo se traduce en castigar a las peruanas que no desean ejercer la maternidad. Así, dado que la penalización del aborto en el Perú no obedece a las recomendaciones de la OMS ni ha sido favorable para las peruanas, como se colige de la existencia de las apreciaciones de la OMS, Promsex, cifras e incluso casuística como la de K.L. y L.C. que se verán en el capítulo 3, no se trata de una norma pragmática.

En otras palabras, se aleja del pragmatismo al no tener las mismas consecuencias en el grupo humano al cual se pretende regular. Así, retomando el primer método, si las mujeres tienen un rol pasivo y la regulación niega el acceso legal a una práctica que, como denotan las cifras, sí se ejecuta, se colige que el diferente acceso que se pueda tener a los abortos tendrá un impacto versátil pues la sujeto A no necesariamente accede o vive lo mismo que B. Entonces, es negligente contar con regulaciones que sometan a sus sujetos de derecho a tan voluble panorama.

De esta manera, se erige como alternativa la implementación de un sistema de causales. En simple, este se refiere a permitir el aborto solo en determinados escenarios, como lo ocurrido con las últimas dos guías del MINSA y sus entidades clínicas. No obstante, debe recordarse que limitar el acceso a determinados escenarios no satisface las necesidades de las mujeres, por lo cual aún sería latente el reporte de abortos peligrosos: quienes no se encuentren dentro de dichas causales podrían optar por acudir a la clandestinidad. Como otra solución, se presenta el sistema de plazos, caracterizado por permitir que se practiquen abortos de manera legal y libre (sin causales) hasta ciertas semanas de gestación. Es decir, no se trata de una despenalización total sino cronometrada. Esto nos permite inferir que con la segunda alternativa no solo se liberaliza más la práctica, sino que se logra dilucidar sus efectos en las mujeres, volviéndose una regulación más pragmática.

Lo sugerido explica el razonamiento práctico feminista, para el cual se debe partir del pragmatismo. En ese sentido, una regulación en la cual, por un lado, se cumpla con el respeto irrestricto de las mujeres y, por el otro, se reduzca y/o controlen consecuencias como muertes -lo que se consigue con una regulación que apueste por la despenalización del aborto- deviene en una norma pragmática: práctica y respetuosa de los derechos de las mujeres.

- Tercer método: ¿cómo considerar las múltiples variables para lograr integraciones y reconciliaciones creativas para crear conocimiento de manera colectiva? Sin lugar a dudas, la interseccionalidad es la respuesta pues permite identificar no solo todas las aristas del problema, sino también las soluciones más idóneas. En ese sentido, dicho enfoque ha sido empleado para identificar las relaciones de poder y las adversidades que se han creado en mérito a aquellas. Para esto, se requiere identificar el grupo específico de mujeres (v.gr. adolescentes, mujeres de una ciudad determinada) dado que cada uno se integra de manera diferente y, paralelamente, es afectado de manera peculiar.

Resulta imperativo conocer la situación y el grupo específico de mujeres que se está analizando para, luego, dar cuenta de cómo integrarlas y, de ser el caso, reconciliarlas con la sociedad que pudo estigmatizarlas o discriminarlas. Por ejemplo, en Argentina existe una fuerte “crítica hacia la expresión ‘mortalidad materna’ por los sentidos que conlleva. Principalmente, las autoras advierten que ignora el hecho principal de que muchas de esas muertes se producen, justamente,

como resultado de evitar una maternidad no deseada” (Burton 2021, p.5). Si aplicamos el método a ese escenario, el grupo específico está conformado por las mujeres argentinas embarazadas que buscan terminar sus embarazos; para integrarlas a la sociedad se requiere un marco normativo que les permita acceder a un aborto seguro y legal; reconciliarlas con la sociedad y con el aparato estatal requiere políticas públicas enfocadas en educación sexual y atención post terminación del embarazo, así como investigaciones para casos específicos en los que “sectores conservadores actúan para impedir la provisión de abortos contemplados en las dos excepciones de no punibilidad instalando, en la práctica, una prohibición total del aborto” (Burton, 2021, p. 6).

El ejemplo propuesto es interesante por la naturaleza de la expresión “mortalidad materna”, la que no ha sido obstáculo sino eje para ofrecer una reconciliación creativa que, a su vez, trae consigo conocimiento de manera colectiva. Esto último puede plasmarse desde compartir la experiencia con otros grupos hasta luchar, con sustento, por la implementación y/o mejora de políticas públicas. Entonces, es importante condensar lo propuesto por Bartlett de la siguiente manera: los métodos legales feministas surgen a partir de hacer la pregunta sobre la mujer, lo que requiere hacer uso del razonamiento práctico feminista, que se lleva a cabo tras identificar cuál es el rol de la mujer, no solo dentro de la sociedad sino del problema o situación en la que se encuentra. Entonces, debemos recordar que la aplicación de estos métodos ejemplifica la importancia de la interdisciplinariedad pues son la materialización del feminismo aplicado y usado en la perspectiva legal, lo que respalda la naturaleza de la presente investigación (1990, p. 831).

En ese sentido, el ‘quid’ del razonamiento práctico feminista consiste en identificar determinadas formas de injusticia que de otra manera pasarían desapercibidas³³, lo cual se obtiene tras la formulación de las preguntas exhibidas en la estructura propuesta (1990, p. 863). Siguiendo lo expuesto, esta figura nos revela que el aborto tiene una regulación no solo lesiva para las mujeres, sino que tiene consecuencias impredecibles. Adicionalmente, se dilucida el aspecto voluble de la penalización en tanto prohibir no ha tenido un efecto práctico en la realidad sino lo opuesto al ser altas las cifras de abortos clandestinos. Entonces, la solución creativa que le permita a las mujeres sanar consistiría en modificar dicha regulación y complementarla con políticas públicas que permitan que a nivel público y privado se brinde el acceso al aborto de manera legal.

Adicionalmente, hay otros términos que enriquecen el enfoque feminista, como los recopilados por Paola Bergallo al abordar el aborto en América Latina: el *frame* o encuadre y el estigma³⁴. El primero abarca los procesos discursivos que explican la predilección de participantes y simpatizantes hacia determinadas causas, lo que nos lleva a comprender los factores que determinan el éxito del movimiento y, en concreto, la capacidad de un movimiento social para obtener adhesión” (2018, p. 113). Es decir, los *encuadres de alineación*³⁵ permiten observar la relación entre el movimiento social (las posturas respecto a encontrarse a favor o en contra de cierto tema) y el concepto (la justificación que se encuentra detrás de cada postura) en diversas escalas. A su vez, existen diversos subtipos, como los *encuadres de amplificación*, los cuales permiten ubicar una idea dentro del estándar superior del ámbito donde buscamos llegar. Por ejemplo, cuando los demandantes adecuan su discurso para que encaje con los valores constitucionales.

Para aplicar el framing en el escenario peruano se debe destacar la presencia de sectores que buscan y exigen la despenalización del aborto, pero también hay colectivos que se oponen a aquello, lo que justifica el desarrollo del caso de la AOE y la falta de modificación del CP peruano, como se revisará en el capítulo tres. Así, García, Huamán y Palomino (2021) decidieron

³³ “The ‘substance’ of feminist practical reasoning consists of an alertness to certain forms of injustice that otherwise would go unnoticed and unaddressed”.

³⁴ En otras palabras, “los sistemas de salud y de justicia (...) refuerzan y perpetúan el estigma y la discriminación hacia las mujeres (...) la criminalización del aborto sirve para perpetuar el estereotipo de género de las mujeres como madres [y] el control de la sexualidad a través del castigo de carácter simbólico de las mujeres y adolescentes” (2018, p. 347).

³⁵ [Frame alignment]

analizar el *framing* del aborto en el Perú entre el 2015 y el 2019, y descubrieron lo siguiente: primero, en el 2015 y 2016 se difundieron más textos sobre el aborto y el 2019 fue el año con menos producción sobre el aborto; segundo, el enfoque más difundido ha sido el provida con un 42%, frente a un 28% que representa la tendencia proaborto y el 30% que se posiciona como neutral; y, tercero, que de los 5 periódicos analizados, solo 1 tiene un encuadre mayoritariamente proaborto. Entonces, en el Perú existen dos tendencias antagónicas que son divulgadas según los intereses de la prensa y su público objetivo. Es decir, el *framing* del aborto no es imparcial ni inocuo, sino que responde al interés de difundir aquello que tenga mejor recepción en el público.

A su vez, el estigma se concreta, cuando ciertos colectivos expresan su rechazo a la despenalización del aborto llamándose “defensores de la vida” o “provida”, caracterizados por tener preferencias incompatibles con los del bando opuesto llamados “pro-aborto” (2018, p.334). En otras palabras, la sociedad hace lo propio: cuando simpatiza con alguna causa, lo manifiesta, pero cuando la rechaza coadyuva en la reproducción y refuerzo de estigmas. Es más, dicho estigma no solo se da a nivel de pares, sino incluso a nivel estatal pues “las mujeres son estigmatizadas cuando buscan asistencia al aborto en estos organismos (...) se han documentado incluso casos de violencia institucional” (2018, p. 335). Ahora, aquello puede ser reforzado mediante relaciones de poder, las cuales podrían no solo reforzar el estigma sino legislar a su favor. En ese sentido, el estigma se afianza cuando “lo que se busca no es el efectivo castigo mediante la detención, sino el carácter simbólico moral del impacto perverso y permanente en las vidas personales” (2018, p. 343).

Entonces, en este apartado se han definido feminismo, interseccionalidad y enfoque feminista. A su vez, como parte del primero se introdujo el concepto de sexo, género, identidad de género, igualdad de género y enfoque de género. Luego, se precisó que este último no es sinónimo de interseccionalidad, la cual se caracteriza por abordar una situación desde tantos ángulos como sea posible, la cual logra explicarse concisamente desde la analogía propuesta sobre el accidente automovilístico (acto discriminatorio). Finalmente, se determinó que el enfoque feminista surge del feminismo y abarca desde la interseccionalidad hasta los métodos feministas, los *frames* y los estigmas, principalmente.

Tras haber expuesto los términos más relevantes -para esta investigación- que comprenden el enfoque feminista, se debe recalcar que aquellos no solo sirven para visibilizar problemas que aquejan a las mujeres, sino que pueden aplicarse para abordar situaciones sin importar el grupo afectado. En ese sentido, es importante recordar la definición brindada de feminismo: disconformidad y rechazo a cualquier forma de injerencia lesiva en la libertad e igualdad de las que son titulares las mujeres. Sin embargo, también puede perder autonomía y ser usado como instrumento para fingir progreso en favor de las mujeres mientras se mantienen las diferencias en desmedro de ellas (De Beauvoir, 1949). Es por eso que el enfoque interseccional y los métodos feministas tienen particularmente un valor agregado dentro del enfoque feminista: usan categorías y formulan las preguntas correctas que visibilizan el universo que se construye a partir de “mujer”.

De esta manera, hemos logrado dotar de contenido al feminismo, al enfoque interseccional y al enfoque feminista. En pocas palabras, este último abarca todas las herramientas, conceptos, teorías, entre otros, que coincidan con el quid del feminismo, por lo que no es necesario que se trate de utensilios que surjan o sean exclusivos del movimiento. Así, al emplear el género o el sexo no se aborda el aspecto antropológico, sino cómo el uso o definición de los mismos -en normas, políticas públicas, informes, etc- impacta en los derechos de los sujetos que, para esta investigación, son las mujeres. Con todo, en esta sección se han cimentado los principales filtros con los que se va a proceder a analizar el marco jurídico del aborto, lo que se hará en el siguiente capítulo.

III. Análisis feminista del aborto: marco jurídico y el derecho a la salud

“Las causales o indicaciones de aborto legal varían entre los países del continente [...] En algunos casos el cambio provino de decisiones judiciales o protocolos sanitarios que transformaron interpretaciones restrictivas de norma [...] Así, estas reinterpretaciones de normas preexistentes llevaron a aceptar nuevas o más amplias indicaciones para el aborto, ahora entendidas como instancias de aborto legal compatibles con los mandatos constitucionales de cada nación”.

Paola Bergallo (2018, p. 155-156)

El panorama del aborto expuesto en el primer capítulo y la explicación del enfoque feminista del segundo capítulo nos permiten afirmar que, hasta este punto, se han establecido las bases fundamentales para analizar el marco jurídico del primero desde los conceptos del segundo. Ahora, como se desprende del título de este capítulo y de la hipótesis central, el derecho a la salud tiene un rol fundamental en esta investigación, por lo cual si bien el análisis se hará a partir del enfoque feminista, se aplicará este para dilucidar cómo se ha regulado el derecho a la salud de las mujeres en el marco teórico, normativo y jurisprudencial del aborto. En otras palabras, veremos cómo ha sido definido, aplicado o cuestionado en cada uno de esos 3 aspectos jurídicos a través del lente feminista.

En ese sentido, se empezará por el marco teórico pues se deben presentar y definir ciertos conceptos vinculados a nuestro objeto de estudio. Así, tiene especial relevancia el apartado sobre el derecho a la salud: se debe determinar qué comprende, cómo se ejerce adecuadamente su titularidad y cómo asegurar su conservación, entre otros aspectos. Resulta importante detenernos en exponer las aristas más relevantes de dicha figura pues acompañarán el análisis feminista a lo largo del capítulo. Tras definir ese y otros conceptos, se expondrá el marco normativo, tanto a nivel interamericano como nacional. Esto nos permitirá conocer cuál es la postura normativa sobre el aborto y, por ende, del derecho a la salud, en esos dos niveles, por lo que será interesante determinar si la comunidad interamericana y el Perú comparten el mismo *frame*, si se oponen o si existen posturas opuestas dentro de cada grupo. Finalmente, se expondrá el desarrollo

jurisprudencial, en el cual se emplean los conceptos y normas del del marco teórico y normativo, respectivamente.

Con relación al marco normativo, este ha sido subdividido en dos subapartados destinados a analizar a mayor detalle la organización y producción normativa tanto a nivel interamericano como a nivel nacional. En ese sentido, se presentará el rol de la Convención Americana de Derechos Humanos (en adelante “CADH”), la Corte IDH, la Comisión Internacional de Derechos Humanos (en adelante “CIDH”), la CEDAW, entre otras, al abordar la comunidad internacional, mientras que los diversos informes, resoluciones ministeriales, guías, leyes, y más, explicarán la regulación del aborto a nivel local.

Sobre el marco jurisprudencial, se expondrán los principales aportes tanto del sistema interamericano como en el Perú. En el primero se compartirán casos de ciudadanas peruanas cuyas controversias fueron resueltas en el foro internacional; luego, en el segundo se explicará, por un lado, el razonamiento del Tribunal Constitucional (en adelante “TC”) sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia (en adelante “AOE”) debido a que está íntimamente ligado a ciertas nociones del aborto y, por otro lado, los principales aportes de la Corte Suprema peruana respecto a los elementos de dicha práctica (v. gr. derecho a la vida, concebido). Con esto se logrará evidenciar cómo se ha aplicado el marco normativo y, consecuentemente, resuelto en la comunidad interamericana y local los temas vinculados al aborto.

Dado que nuestra hipótesis postula que la ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas pues la penalización de dicha práctica las perjudicaría al negar y restringir el uso, goce y/o disfrute del derecho del cual son titulares, el objetivo en este apartado es determinar el impacto de dicha ilegalidad en el derecho a la salud de las mujeres. Para esto será importante establecer si la sección revisada se inclina hacia la liberalización o penalización, siendo de gran relevancia determinar el impacto de eso en el ejercicio del derecho a la salud.

Antes de empezar con lo propuesto, es importante señalar que no se hará una revisión histórica de los términos, normas o jurisprudencia de esta sección. Esto pues el carácter interdisciplinario de esta investigación se erige a partir del uso del feminismo para abordar la práctica médica del aborto y descubrir su relación con el derecho a la salud, por lo que no es de analizar históricamente ni el movimiento feminista ni el aborto. Así, el lector ha podido observar que se han seleccionado elementos particulares del feminismo y se han incidido en el aspecto práctico de los mismos pues serán empleados para el análisis de este capítulo. En ese sentido, no corresponde detenernos en la explicación histórica para definir, por ejemplo, “concebido”, “norma”, “convención”, entre otros, pues el énfasis estará en abordarlos desde el enfoque feminista. Tras esta precisión se dará inicio a la presentación y análisis del enfoque jurídico del aborto.

1. Marco teórico

En este segmento se analizará, primero, cuál es el contenido esencial de dos de los derechos más mencionados al presentar la problemática del aborto; segundo, qué apreciaciones ofrecen los penalistas sobre el aborto; y, por último, cómo explican los civilistas el aborto a la luz del CC. Así, el análisis de cada subpunto permitirá determinar cuál es el *quid* que dota de contenido al derecho a la vida y al derecho a la salud.

1.1 Contenido esencial de los derechos a la vida y a la salud

Antes de iniciar con el orden propuesto es importante definir ciertos términos. Así, por “contenido esencial” se hará referencia al núcleo duro del derecho analizado, que comprende aquellos elementos sobre los cuales se erige tal derecho. En otras palabras, existen aspectos que no solo conforman el meollo del asunto, sino que no pueden faltar o significaría la transgresión o inexistencia del derecho revisado (Landa 2002). A su vez, el TC detalla que “la persona humana

por su dignidad tiene *derechos naturales anteriores a la sociedad y al Estado*, inmanentes a sí misma, los cuales han sido progresivamente reconocidos hasta hoy en su legislación positiva como derechos humanos de carácter universal, [como] los derechos a la vida y a la salud” (STC N° 318-96-HC/TC) (énfasis agregado). Es decir, el contenido esencial no se erige de la misma manera que el contenido constitucional porque este último hace referencia al derecho positivizado.

Entonces, contenido esencial y contenido constitucionalmente protegido no son lo mismo: el primero abarca los componentes que logran que, por ejemplo, el derecho a la salud sea el derecho a la salud y no otro. En otras palabras, es el meollo del asunto pues surge de la naturaleza propia del derecho en cuestión. Así, se trata de elementos que no pueden faltar pues su ausencia significaría desde la pérdida del derecho hasta injerencias graves. A su vez, esos elementos esenciales una vez positivados pasan a ser, por ejemplo, derechos constitucionales, políticos, civiles, entre otros. En ese sentido, es importante no usar esta terminología de manera como sinónimos (Castillo Córdova, 2015)

La estructura será la siguiente: primero, se presentarán los aportes y apreciaciones del TC y la Corte IDH ya que ambos contribuyen tanto con el contenido esencial como constitucional de los derechos en cuestión; a su vez, se complementará aquello con los aportes más pertinentes de la doctrina, para lo cual se recurrirá a la academia peruana e internacional; después, se determinará cuál es el contenido esencial y/o constitucional de los derechos analizados, según corresponda.

1.1.1 Derecho a la vida y su contenido

Al definir el derecho a la vida, el TC postula que “la persona está consagrada como un valor superior, y el Estado está obligado a protegerla [lo que supone] la vigencia irrestricta del derecho a la vida [que] *se erige en el presupuesto ontológico para el goce de los demás derechos*, ya que el ejercicio de cualquier derecho [resulta] inútil ante la inexistencia de vida física de un titular al cual puedan serle reconocidos tales derechos” (STC N° 01535-2006-PA, fundamento 83, énfasis añadido). En otras palabras, “el derecho a la vida es el primer derecho de la persona humana reconocido por la Ley Fundamental; es, a decir de Enrique Bernal Ballesteros, el centro de todos los valores y el supuesto básico de la existencia de un orden mínimo en la sociedad” (fundamento 61, 07339-2006-AA). Entonces, la vida en el aspecto tangible se vuelve un requisito para la existencia de todos los otros derechos y ese carácter ontológico nos permite afirmar que es un “derecho substancial, básico y primario [y la] condición de posibilidad, única y esencial, de cualquier otro derecho” (Varsi, 1997, p. 127).

En esa misma línea, la Corte IDH coincide pues ha manifestado que el derecho a la vida es no solo fundamental, sino que también es un prerrequisito para el goce de los otros derechos³⁶. En ese sentido, tiene un vínculo directo y trascendental con la CADH ya que de su existencia y salvaguarda depende el ejercicio, goce y realización de los demás derechos contenidos en ella³⁷. Asimismo, la Corte establece que entre los estados y el derecho a la vida existe un estrecho vínculo ya que el segundo obliga al primero a asumir, en su posición de garante, el mandato de protegerlo y garantizarlo. Así, de dicha relación se desprende, por un lado, el deber de adoptar medidas o promover condiciones orientadas a la obtención y satisfacción de una vida digna (obligación positiva) y, por otro lado, que ninguna persona sea arbitrariamente privada del referido derecho (obligación negativa)³⁸.

En esa misma línea, Landa expone que la vida es una situación concreta, perceptible y constatable mediante los sentidos, pero debe establecerse una diferencia entre aquel acontecimiento comprobable y la protección jurídica producto de su reconocimiento constitucional. Esta hace

³⁶ Caso de los “Niños de la Calle”, Villagrán Morales y otros Vs. Guatemala; Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela; Caso Comunidad Garífuna de Punta Piedra y sus miembros Vs. Honduras; entre otros.

³⁷ Caso García Ibarra y otros Vs. Ecuador; Caso Chinchilla Sandoval y otros Vs. Guatemala; entre otros.

³⁸ Caso Coc Max y otros (Masacre de Xamán) Vs. Guatemala; Caso Cuscul Pivalar y otros Vs. Guatemala; entre otros.

referencia a la obligación negativa sobre la prohibición de ser despojado arbitrariamente de aquel derecho, por lo cual requiere condiciones mínimas que permitan el desarrollo y ejecución de un proyecto personal de vida (Corte IDH, 2017). En ese sentido, existe, una obligación irrestricta de protección y satisfacción del mencionado derecho, lo que exige un marco normativo y desarrollo de políticas encaminadas a preservar la vida de las personas, siendo el estado el principal, pero no único, responsable de aquello. De esta manera, cuando en el artículo 2.1 de la Constitución se indica que “toda persona tiene derecho a la vida”, se trata de un mandato extensivo y aplicable a toda la sociedad.

Al abordar el derecho a la vida se vislumbran dos campos: el derecho a gozar de una vida digna y el derecho a no ser injustificadamente privado de aquella. La primera exige condiciones dignas para llevar a cabo un proyecto de vida y la segunda se satisface cuando el estado no atenta arbitrariamente contra el derecho a la vida y evita que otros lo hagan. Entonces, el contenido del derecho a la vida tiene 2 aristas que exigen diferentes tipos y niveles de satisfacción. Por ejemplo, si una persona no tiene acceso a herramientas que le permitan trazar su proyecto personal, aún goza del derecho a la vida -en tanto este es palpable y comprobable- aunque de manera reducida, pero si una persona es privada arbitrariamente de su vida, titular y su derecho fenecen.

Para definir los límites del quid del derecho a la vida vamos a empezar por revisar los aportes de la Corte IDH. Esta señaló que la Convención no puede ser empleada para concebir al derecho a la vida como un todo absoluto pues aquella idea implica rechazar y, en pocas palabras, negar otros derechos. En ese sentido, la Corte señaló que no resulta admisible sostener que las “normas constitucionales otorgan una mayor protección del derecho a la vida y, por consiguiente, procede hacer prevalecer este derecho en forma absoluta (...) esta visión niega la existencia de derechos que pueden ser objeto de restricciones desproporcionadas bajo una defensa de la protección absoluta del derecho a la vida” (Caso Artavia Murillo y otros vs Costa Rica, fundamento 259). Así, la Corte exclama que la normativa constitucional no puede ser, en ningún escenario, un argumento para sostener que el derecho a la vida es absoluto y se sobrepone a los demás derechos.

Es mas, el desarrollo de la legítima defensa y el aborto terapéutico inciden directamente en el derecho a la vida de terceros. En el primer caso, cuando un sujeto pone en peligro la vida de una persona esta puede defenderse e incluso privar al agresor de la suya, sin incurrir en delito alguno³⁹; mientras que, en el segundo, el artículo 119 del CP y la Guía estipulan en qué condiciones el estado peruano permite que las mujeres incidan en el derecho a la vida del concebido (2017, p. 25). Entonces, el derecho a la vida tiene bordes sumamente demarcados: la regla es su conservación y respeto, mientras que la excepción es privar a las personas de aquel en circunstancias previstas a nivel normativo.

De esta manera, se estableció que la vida tiene dos obligaciones (positiva y negativa) y que no es un derecho absoluto. Prueba de esto último es el artículo 119 de nuestro CP, lo que nos lleva a preguntarnos por las figuras jurídicas que permiten que la mujer gestante interrumpa su embarazo y que el estado avale aquello. Puntualmente, los elementos de nuestro interés estrechamente vinculados al derecho a la vida son el concebido y la dignidad.

1.1.1.1 El concebido como titular del derecho a la vida

Para muchos académicos, “desde la fecundación existe un ser humano digno de respeto y protección”, por lo cual postulan que la protección tanto “civil, como constitucional, del derecho a la vida debe serle dispensada al ser humano desde la concepción” al ser esta el inicio de la vida de un ser nuevo (Santillán, 2014, p. 91 y p. 131). En esa misma línea, Fernández agrega que “para el jurista primariamente interesado en tutelar la vida humana y todas sus expresiones, no existe actualmente duda sobre el hecho biológico de que el concebido es un ser genéticamente

³⁹ Cabe agregar que la Corte ha señalado que “en caso de que resultare imperioso el uso de la fuerza, ésta debe realizarse en armonía con los principios de la finalidad legítima, absoluta necesidad y proporcionalidad” (Caso Hermanos Landaeta Mejias y otros Vs. Venezuela, fundamento 134).

independiente tanto del padre como de la madre que gesta” (1995, p. 191). Es decir, el derecho a la vida resultaría inherente a la persona en tanto lo obtiene por su condición de tal, no porque se encuentre consagrado en las normas, de lo que se infiere que todos, sin excepción alguna, gozan de dicho derecho.

Así, el concebido gozaría desde la concepción del derecho a la vida en tanto es un derecho que le favorece. Sin embargo, resulta cuestionable plantear que aquello es absoluto pues cabe preguntarnos si prevalece aquel frente al mismo derecho que ostenta la mujer. Sobre aquello, Castillo Córdoba plantea que tal derecho es fundamental y “reclama una existencia irrestricta [ya que su] contenido constitucional [...] en ningún caso da derecho a matar a ninguna vida humana, sea concebida por nacer o nacida” (2017, p. 91), premisa compartida por la Comisión de Justicia y Derechos Humanos del Congreso de la República pues, respecto a la Iniciativa Legislativa 3839-2014, decidió que “en aplicación de los principios *pro personae* y *pro debilis*, el derecho a la vida del concebido no puede ser sacrificado bajo el argumento de la protección de los derechos de la mujer⁴⁰” (Congreso de la República, 2015, p. 14).

De igual manera, García Cavero sostiene que la terminación del embarazo equivale a privar del derecho a la vida a un ser humano pues los derechos reproductivos de las mujeres bajo ningún concepto pueden primar por encima del derecho a la vida del que considera es un ser humano (2013). Así, se observa que el Congreso del Perú recurre al principio *pro personae* y García minimiza los derechos de las mujeres frente a los del concebido, lo que permite inferir que el argumento exhibido defiende la superioridad, primacía y relevancia del derecho a la vida cuando el titular es el concebido en desmedro de la mujer (Solis, 2021). Así, se tiene que “hasta el momento, el ordenamiento infra constitucional ha establecido la primacía del derecho a la vida del concebido *salvo cuando se enfrenten al derecho a la vida o al derecho a la salud física y mental de la mujer gestante*” (Llaja, 2009, p. 5) (énfasis agregado).

Desde otra perspectiva, Landa, establece que la vida antes del nacimiento es comprobable, por lo cual dicha instancia también merece protección jurídica, siendo esa la justificación del origen del sujeto de derecho conocido como el concebido. No obstante, el ordenamiento legal peruano no le ofrece protección irrestricta pues el artículo 2.1 de la Constitución debe interpretarse junto con el artículo 119 del CP, el cual permite que las mujeres accedan al aborto terapéutico de manera legal (2017). En otras palabras, la garantía y protección constitucional contenida en el artículo 2.1 no es absoluta para ningún sujeto de derecho, mucho menos para el concebido.

Entonces, cabe preguntarse desde qué instante el concebido, como sujeto de derecho para todo cuanto le favorece según se indica en nuestra constitución, exige la titularidad del derecho a la vida. Al respecto, nuestro TC en la sentencia sobre la AOE señala que “la concepción se produce durante el proceso de fecundación, cuando un nuevo ser se crea a partir de la fusión de los pronúcleos de los gametos materno y paterno, proceso que se desarrolla antes de la implantación” (fundamento 53). A su vez, en la sentencia de Artavia Murillo y otros vs Costa Rica, la Corte IDH estableció que “la protección jurídica del concebido empieza a partir de la anidación del huevo o cigoto en el útero materno y no de la fecundación del óvulo por el espermatozoide” (2017, p. 23). Estas respuestas jurisprudenciales son sumamente diferentes a las ofrecidas por la doctrina pues, por ejemplo, Fernández Sessarego señala que “el derecho a la vida del concebido [...] fundamenta la prohibición del aborto, salvo en casos excepcionales, debidamente justificados y probados, como es el de salvar la vida de la madre. Consideramos que la vida de la madre no es superior a la del hijo por nacer, pero la de ella es útil” (2016, p. 108).

La académica Ancí comenta que “más allá de la protección a la vida de un ser humano, la defensa antiaborto está de acuerdo en que la mujer debe asumir (...) solo ella, con la responsabilidad del embarazo como consecuencia de una relación sexual, ya sea consentida o no consentida” (2018).

⁴⁰ El pronunciamiento de dicha comisión consistió en “no aprobar el proyecto de ley bajo estudio optimizando el derecho a la vida del concebido y los derechos de las mujeres, considerando que, por regla general, todos los derechos humanos tienen la misma jerarquía y generan las consecuentes obligaciones estatales de respeto y de garantía”.

Asimismo, Díaz Colchado agrega que cuando una mujer decide ser madre, el Estado ofrece prestaciones como el control del niño, del embarazo, entre otros, “porque le estado respeta la libertad de la mujer de decidir ser madre” pero cuando ella decide terminar el embarazo “el estado opta por la solución más fácil que es [prohibirlo] con lo cual logra eximirse de la responsabilidad de brindarle asistencia (2018). Con esto, destaca que el *frame* de los llamados “pro-vida” o “anti-aborto” es responsabilizar a la mujer por el embarazo y, de cierta manera, la regulación ofrecida por el estado sigue esa misma línea pues lo descrito sugiere que la acción del estado está orientada a proteger e imponer su protección al concebido, cuyo derecho a la vida se considera de tan alto valor que avala suprimir asistencia a las mujeres que decidan no ser madre.

Resulta sencillo asociar el absolutismo del derecho a la vida con el respaldo a la penalización del aborto pues el segundo puede definirse como una materialización del primero. De manera opuesta, la defensa de la legalización del aborto recurre a argumentos jurídicos y estándares interamericanos para sustentar que el derecho a la vida debe ser analizado no solo como un mérito exclusivo del concebido, sino que debe recordarse que las mujeres también son sujetos de derecho y, de ser el caso, puede existir conflicto en cuánto a la titularidad del derecho a la vida. Así, Villanueva, doctora en Derecho, comenta que “la ilegalidad del aborto y la falta de medios para acceder a un médico, determinan que muchas mujeres pongan en riesgo su salud o *pierdan la vida* en prácticas abortivas clandestinas o inseguras” (2003, p. 48) (énfasis añadido) y es ese tipo de circunstancias las que resumen lo expuesto en el capítulo 1.

Entonces, se colige que el inicio de la “vida” y, por ende, momento en que el concebido obtendría cuanto le favorece, es la implantación, de acuerdo a la Corte IDH. Asimismo, se observan dos *frames* en el desarrollo y rol del derecho a la vida: por un lado, el grupo que postula que tal derecho es absoluto, lo que se traduce en exigir la penalización del aborto y, por otro lado, quienes defienden que ni el derecho a la vida ni ningún otro es absoluto y, por ende, es viable jurídicamente la legalización del aborto. El *frame* del primer grupo se caracteriza por una interpretación restrictiva e indubitable preferencia por el concebido frente a la mujer, lo que no ha sido reproducido a nivel internacional, como destaca del capítulo 1, pues el *frame* por el que se ha optado es el del segundo grupo en tanto se ha apostado -a nivel OMS, por ejemplo- por la despenalización justamente en pro de los derechos de las mujeres.

1.1.1.2 Comentarios sobre la dignidad

Para Kant, la dignidad se trata del mandato de no instrumentalización ya que exige que las personas no sean catalogadas como medios para un fin (1939). En esa misma línea, Sosa Sacio comenta que “el valor de los seres humanos no radica en un precio (intercambiable), sino en, precisamente, una dignidad (única)” (2015, p. 89). Es decir, las personas son dignas por el hecho de ser humanas ya que la dignidad se concibe como un aspecto o cualidad inherente a la humanidad. En ese sentido, la dignidad es universal, igualitaria y prepolítica: no depende de aspectos culturales, todos gozan de una esencia de dignidad y es anterior al Derecho positivo, respectivamente. Sin embargo, el académico sostiene que “dignidad humana también ha sido y es entendida de diversos modos en la práctica, dependiendo de la cultura y del ambiente político en que se desenvuelve. Esto, si bien puede ser entendido como una ventaja [...] no parece consolidarla como fundamento [de] los derechos” (2015, p. 92). Dicha premisa se refuerza en la jurisprudencia de la Corte pues esta diferencia entre una vida digna y condiciones mínimas que aseguren la misma. Es decir, la dignidad y las necesidades básicas no se han usado como sinónimos a nivel interamericano, por lo cual nos corresponde abordar brevemente esa idea.

Asimismo, el derecho a la vida exige la existencia de condiciones mínimas que le permitan a las personas construir su proyecto de vida. Sin embargo, resulta importante enfatizar que aquellas condiciones deben permitirle al ser humano vivir con dignidad, lo que evidencia la interrelación entre ambos. Siguiendo aquello, la Corte ha señalado que esas condiciones mínimas deben ser compatibles con la dignidad, premisa que se esgrime como un mandato para los estados que deben

prevenir amenazas o circunstancias que amenacen el derecho a la vida⁴¹. Ahora, por necesidad básica nos referiremos a las “necesidades humanas [que] no pueden ser evitadas, pues no dependen de la voluntad de las personas [y cuya] insatisfacción genera daño” (Sosa Sacio, 2015, p. 94). Esto nos permite dilucidar mejor la diferencia entre la dignidad y las condiciones mínimas pues la primera se entiende inherente al ser humano, mientras que las segundas exigen comportamientos, herramientas o servicios que satisfagan, por ejemplo, el hambre, la salud, entre otros cuya desatención impacta negativamente en las personas.

Se observa “la vida como *un hecho tangible* que se constata a través de los sentidos [y] se constituye en presupuesto fundamental del ejercicio de los demás derechos fundamentales” (Landa, 2017 p. 23) (el énfasis es nuestro). De igual manera, exige gozar de “un mínimo de condiciones que hagan del tránsito que tiene la persona en este mundo una oportunidad de realizarse, conforme a su *personal proyecto de vida*” (el énfasis es nuestro) (Landa, 2017 p. 24). Se logra vislumbrar que el derecho a la vida no solo se trata de condiciones dignas mínimas y de no ser atacada arbitrariamente, sino que trae consigo, por un lado, un mandato dirigido a considerar a las personas como fines en sí mismas, lo que sugiere una prohibición de instrumentalización y, por otro lado, la exigencia de condiciones o cosas tangibles que satisfagan los requerimientos propios de un ser humano pues de no ser satisfechos se estaría atentando contra él mismo. Así, se puede observar cómo estos elementos inciden de manera muy importante en la búsqueda del contenido esencial del derecho analizado.

Tras lo expuesto, el contenido esencial del derecho a la vida parece tener la siguiente estructura: es una característica-condición en tanto se requiere su existencia física para que exista tanto el derecho a la vida como la vida y requiere de condiciones mínimas para la mera subsistencia de las personas. Es decir, exige que los estados lo protejan (prohibición de afectarlo arbitrariamente) y lo conserven (satisfacción de condiciones mínimas dignas), lo que debe aplicarse para todos los sujetos de derecho. Asimismo, es importante recordar que no se trata de un derecho absoluto, por lo cual son válidas las injerencias negativas en la titularidad del mismo. Entonces, si dicha premisa es aplicable a todos los sujetos que ostenten el referido derecho, sí es viable que jurídicamente se plantee una pugna entre el concebido y la mujer, sobre todo al tratarse de embarazos y/o abortos. Es más, el artículo 119 del CP admite dicha pugna y se inclina teóricamente a favor de la mujer, cuyo derecho a la vida prevalece frente al del concebido, justificando así la legalidad del aborto terapéutico. Sin embargo, dicho veredicto cambia en los otros artículos que regulan el aborto pues se penaliza la terminación del embarazo.

Si recurrimos a los métodos feministas, el primero nos exige preguntarnos por la mujer y su lugar dentro del núcleo esencial del derecho a la vida. En simple, ella es titular de lo señalado, pero como los otros sujetos de derecho no ostenta dicha titularidad de manera exclusiva. Sin embargo, sin evaluación caso por caso se determina que en determinadas circunstancias el derecho a la vida es de titularidad exclusiva del concebido, por lo cual la norma es la penalización y la excepción es el aborto terapéutico. En otras palabras, la mujer tiene un rol pasivo reforzado a nivel normativo. Acto seguido, el segundo método requiere que apliquemos la razón práctica feminista. Al hacer aquello observamos que la penalización (la norma) no es pragmática, sino lesiva para las mujeres pues jurídicamente se erige opuesta a lo identificado en este apartado: si el derecho a la vida no es absoluto entonces no debe permitirse la penalización del aborto pues esta termina siendo la preferencia por el concebido y su derecho a la vida. En ese sentido, para la creación de conciencia del tercer método, la principal alternativa sería la despenalización del aborto, para lo cual debe recordarse que incluso la OMS recurre a un *frame* de amplificación pues comparte dicha solución y la recomienda en manuales, comunicados y otros.

Entonces, se determinó que el derecho a la vida exige que los estados lo protejan (prohibición de afectarlo arbitrariamente) y lo conserven (satisfacción de condiciones mínimas dignas), lo que debe aplicarse para todos los sujetos de derecho pues este derecho no es absoluto.

⁴¹ Caso Artavia Murillo y otros (Fecundación in Vitro) Vs. Costa Rica; Caso Montero Aranguren y otros (Retén de Catia) Vs. Venezuela; Caso Cruz Sánchez y otros Vs. Perú; entre otros.

Adicionalmente, se puede ampliar dicha premisa agregando que el estado debe “asegurar el mínimo de posibilidades que tornan digna la vida y, en esas circunstancias, se impone principalmente a los poderes públicos la promoción de esas condiciones. La vida [es] fundamentalmente como un objetivo que guía la actuación positiva del Estado” (fundamento 26 STC 2945-2003-AA/TC). Es decir, el Estado debe destinar recursos para la creación, modificación y/o manutención de las circunstancias que permiten el goce del derecho a la vida. Teniendo eso en cuenta, se debe indicar que es “un objetivo que guía la actuación positiva del Estado, el cual ahora se compromete a cumplir el encargo social de garantizar, entre otros, el derecho a la vida y a la seguridad” (fundamento 82 STC 1535-2006-PA).

1.1.2 Derecho a la salud y su contenido

El TC ha señalado que el derecho a la salud trae consigo la obligación de preservación, lo que significa, al igual que con el derecho a la vida, que el estado tiene el deber de evitar que sea afectado (5954-2007-PHC, fundamentos 9 y 12). En ese sentido, su correcta conservación habilita la existencia de otros derechos. Entonces, dado que ambos comparten características sustanciales, le TC ha afirmado que “la salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida; y la vinculación entre ambos es irresoluble” (2016-2004-AA/TC, fundamento 27). Y, así como el derecho a la vida, este derecho trae consigo cuatro elementos cuya satisfacción asegura el más alto nivel de disfrute de la salud: *la disponibilidad de recursos, la accesibilidad a los mismos, la calidad de aquellos y la aceptabilidad de los sujetos, a quienes no se les debe negar arbitrariamente la satisfacción de los mencionados*. Este orden respalda y justifica la importancia del derecho pues su principal postulado es que todas las personas merecen las condiciones necesarias para que su salud goce de un nivel óptimo (1711-2004-AA/TC, fundamento 2; 05658-2006-PA/TC, fundamento 6) (énfasis agregado).

Además, la salud es una situación volátil en tanto su grado de afectación puede ser inconstante y, por ende, incidir de manera diferente en las personas, por lo cual al buscar el núcleo esencial se debe tomar en cuenta 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 ésta (5954-2007-PHC, fundamento 10). En ese sentido, el derecho a la salud exige dos acciones: *conservación y restablecimiento* pues la salud engloba tanto el estado funcional normal como las posibles perturbaciones que puedan afectarle. Adicionalmente, cuando la salud corre riesgos se activa la obligación de adoptar medidas para contrarrestar la afectación, por lo cual uno de los elementos más importantes son los servicios de salud, los cuales están íntimamente ligados a la vida e integridad de los sujetos (1956-2004-AA/TC, fundamentos 7 y 11).

Siguiendo lo expuesto, es innegable el vínculo entre el derecho a la salud y las prestaciones de salud ya que estas se conciben como una manifestación de la seguridad social, por lo cual el TC postula que “la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud [por lo cual] la conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes” (7231-2005-PA/TC, fundamento 2). En ese sentido, la prestación de salud es trascendental: de esta depende la satisfacción de la exigencia de conservación de la salud, por lo cual el estado debe procurar que las prestaciones sean garantizadas y reguladas dado su vínculo con la vida de los pacientes, lo que refuerza el lazo entre el derecho a la vida y el derecho a la salud (7231-2005-PA/TC, fundamento 3; 3208-2004-AA/TC, fundamento 6; 2016-2004-AA/TC fundamento 29).

De igual manera, la Corte IDH comparte las principales anotaciones expuestas: los cuatro requisitos esenciales del derecho a la salud (Corte IDH. Caso Gonzales Lluy y otros Vs. Ecuador, fundamento 173), su ineludible relación con el derecho a la vida (Caso Comunidad Indígena Yakye Axa Vs. Paraguay, fundamento 162 y 165) y la relevancia de las prestaciones de salud (Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile, fundamento 116). Además, la Corte ha afirmado que, en casos de negligencia, “cuando se trata de una omisión se debe verificar la probabilidad de que la conducta omitida hubiese interrumpido el proceso causal que desembocó en el resultado dañoso

[y que] la falta de atención médica adecuada puede conllevar la vulneración de la integridad persona” (Caso Poblete Vilches y otros Vs. Chile, fundamento 174).

Desde la academia, Landa ofrece un enfoque interesante pues afirma que el derecho a la salud se encuentra estrechamente ligado a la integridad personal -una estructura que se asemeja a la relación entre la dignidad y el derecho a la vida (dimensión relacional)⁴²- la cual tiene una dimensión psíquica y física. Así, este derecho exige que el aparato estatal asegure un adecuado nivel de satisfacción física y mental, por lo que se tiene un deber ineludible con los sujetos titulares del referido derecho a quienes se les ofrecer prestaciones de salud (dimensión prestacional). Ahora, es importante precisar que, como se trata de un derecho subjetivo, las acciones del estado no deben aspirar a una vida libre de enfermedades, sino en poder proveer herramientas o personal de salud. En ese sentido, la principal limitación del comentado derecho es que ser titular del mismo no asegura una salud privilegiada (2017).

Asimismo, desde una visión economista, Francke señala que el derecho a la salud se relaciona directamente con el manejo y, de ser caso, la reducción de escenarios que traigan consigo medidas legislativas o políticas públicas⁴³ que atenten contra el estado óptimo de la integridad de las personas⁴⁴. Así, el experto comenta que “el derecho a la salud tiene una gran fuerza y sustento social precisamente por el imperativo moral de que las diferencias en salud, que [inciden] en la calidad de vida y en la vida misma, son inaceptables (2018, p. 5). En otras palabras, es deber del estado velar y asegurar que pueda gozarse efectivamente del derecho a la salud, lo que condensa el compromiso que, a nivel internacional, tanto en el Perú como en otros países han asumido para garantizar el goce, ejercicio y disfrute del referido derecho.

Además, partiendo del lente jurídico, Villanueva resume el concepto que las diversas altas cortes de justicia de América Latina han manejado sobre el derecho a la salud, concluyendo que “la interpretación que del derecho a la salud hayan realizado órganos supranacionales, como los Comités de Naciones Unidas, constituye un criterio hermenéutico muy importante para establecer el sentido de las disposiciones constitucionales relativas a dicho derecho” (2009, p. 23). En ese sentido, es importante articular e interpretar no solo los aportes jurisprudenciales sino lo dispuesto en general por la comunidad internacional en tanto aquello sugiere tomar revisar, por ejemplo, las observaciones finales de los Comités, lo dispuesto por la Corte IDH, cómo se ha aplicado en los Estados parte, etc. Así, la experta comenta que el derecho a la salud exige que los estados detengan la obstaculización de prácticas que lo transgredan.

Con todo, el derecho a la salud ha sido comúnmente definido “no solamente como [...] la ausencia de afecciones o enfermedades en una persona, sino [...] como *un estado completo de bienestar físico, mental y social*” (Saco, 2010, p. 305). Asimismo, se ha podido identificar como su núcleo tanto la obligación de conservación como la de protección de la integridad de los sujetos, lo que abarca el nivel físico y psicológico en pues la salud es entendida como el óptimo funcionamiento del ente humano.

A su vez, el estado de conservación significa que, al ser quebrantado, el ejercicio, disfrute y goce del derecho empiezan a disminuir, por lo cual las afectaciones son tangibles incluso si son mínimas. Esta peculiaridad permite diferenciarlo del derecho a la vida pues si la *vida* como condición se desprotege (prohibición de afectarlo) entonces dejan de existir la persona y el derecho. También destaca la obligación directa que recae en el estado como responsable de

⁴² “El derecho a la salud tiene también una dimensión relacional, dado que la conservación de un estado de salud adecuado tiene una indudable conexión con el derecho a la vida y la integridad de la persona, así como con el derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la dignidad personal” (Landa 2017, p. 162).

⁴³ Destaca el rol de SUSALUD, entidad que recibe “las disconformidades que plantean los consumidores y usuarios de los servicios de salud, sobre aquellas acciones de las IPRESS o IAFAS que pudieran afectarlos” (2016, p. 532).

⁴⁴ Como ejemplo, el economista argumenta que “durante el boom minero, hubo abundantes recursos económicos a la par que se dejaba sin el derecho a la salud, sobre todo por enfermedades no transmisibles y atenciones complejas de alto costo, a millones de peruanos. Así el Estado prefirió dejar que la mayor parte de las ganancias se quedaran en las empresas privadas y no priorizó el derecho a la salud, en particular en relación al cáncer” (2018, p. 4)

asegurar que todos accedan al derecho a la salud, sin diferencias arbitrarias en los servicios, herramientas y personal, entre otros.

En simple, el derecho a la salud no se limita a recibir atención médica o estar sano, sino que su rol en la vida de las personas es crucial e incide directamente en el vivir de los sujetos de derecho. Es por eso que asociado a ella se encuentra el deber de garantizar la disposición de servicios, personal, entre otros, que aseguren la atención de la salud de los sujetos (Cornejo 2019). Con todo, se puede detallar el núcleo del derecho a la salud está compuesto por la disponibilidad de recursos, la accesibilidad a los mismos, la calidad de aquellos y la aceptabilidad de los sujetos, a quienes no se les debe negar arbitrariamente la satisfacción de los mencionados, siendo que estos exigen la obligación de conservación (se concibe como una característica-condición, por lo que debe evitarse su afectación) y restablecimiento (dada lo volátil que puede ser la salud se deben prever mecanismos para contrarrestar las afecciones).

Ahora, nos corresponde abordar otro aspecto: el contenido constitucionalmente protegido. Para esto nos centraremos específicamente en jurisprudencia del TC. El motivo es el siguiente: a diferencia de las normas, las sentencias tienen otra relación con los sujetos pues aquellas existen en mérito al derecho de acción de estos. En ese sentido, pueden resolver conflictos que versan sobre intereses personales o, de ser el caso, colectivos, siendo lo primero lo más frecuente, por lo cual es importante saber cómo el TC concibe el derecho a la salud pues lo plasmado no solo crea jurisprudencia, sino que impacta directamente en el goce e incluso titularidad de los sujetos sobre los derechos regulados. Para esto, se ha condensado la jurisprudencia más importante en la siguiente tabla.

Tabla 6. Contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud

STC	§	Contenido
1	12	“La salud es (...) la facultad inherente a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica funcional (...) así como de restituirlo ante una situación de perturbación”.
2	13	“El derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado. Implica, por consiguiente, el deber de que nadie, ni el Estado ni un particular, lo afecte o menoscabe. Hay, desde tal perspectiva, la proyección de la salud como un típico derecho reaccional o de abstención, de incidir en su esfera. Pero también, como en la mayoría de derechos constitucionales, el de la salud presenta una dimensión positiva que lo configura como un típico derecho ‘prestacional’ ”.
3	14	“Si bien el derecho a la salud no está contenido en el capítulo de derechos fundamentales, su inescindible conexión con el derecho a la vida (art. 2°), a la integridad (art. 2°) y el principio de dignidad (art. 1° y 3°), lo configuran como un derecho fundamental indiscutible, pues, constituye ‘condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo’ (art. I, Título Preliminar de la Ley N.° 26842, General de Salud). Por ello, deviene en condición necesaria del propio ejercicio del derecho a la vida y, en particular, a la vida digna. De otra parte, siempre que el derecho a la integridad resulte lesionado o amenazado, lo estará también el derecho a la salud, en alguna medida (...) es indispensable la consideración de la vida en dignidad que, en este caso, se manifiesta como vida saludable”.
4	15	“El derecho a la salud constituye uno de los derechos constitucionales de mayor importancia, ya que se vincula estrechamente a otros derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la integridad física y al propio principio de dignidad”.
5	28	“La salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida, y la vinculación entre ambos derechos es irresoluble, ya que la presencia de una enfermedad o patología puede conducirnos a la muerte o, en todo caso, desmejorar la calidad de la vida (...) El derecho a la salud 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 <i>conservación</i> y <i>otra de restablecimiento</i> ”.
6	30	“constituye una condición indispensable para el desarrollo y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo (...) Dicho derecho debe ser abordado en tres perspectivas, a saber: la salud de cada persona en particular, dentro de un contexto familiar y comunitario. Por lo expuesto, <i>los servicios públicos de salud cobran vital importancia en una sociedad, pues de ellos depende no</i>

			<i>solo el logro de mejores niveles de vida de las personas, sino que incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes”.</i>
7		32	“Los derechos sociales, como la salud pública, no pueden ser exigidos de la misma manera en todos los casos, pues no se trata de prestaciones específicas”.
8		33	“La exigencia judicial de un derecho social dependerá de factores tales como la gravedad y razonabilidad del caso, su vinculación o afectación de otros derechos”.
9	1711-2004-AA/TC	2	“El derecho a la salud debe entenderse como la facultad que tiene toda persona para el disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud. A veces las condiciones de salud de una persona varían (...) Según lo dispone la Observación General 14 (...) el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (...) abarca los siguientes elementos esenciales: disponibilidad (número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud), accesibilidad (en cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica –o asequibilidad– y acceso a la información), aceptabilidad (establecimientos deben ser respetuosos de la cultura de las minorías, comunidades y pueblos) y calidad (capacitación del personal, equipamiento hospitalario, medicamentos y suministro de agua potable)” ⁴⁵ .
10	1956-2004-AA/TC	7	“El derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener el estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, y de restablecerse cuando se presente una perturbación en la estabilidad orgánica y funcional de su ser (...) <i>Los servicios de salud, por consiguiente, cobran vital importancia [y de] la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes”.</i>
11		27	“La salud es derecho fundamental por su relación inseparable con el derecho a la vida; y la vinculación entre ambos es irresoluble”.
12	2016-2004-AA/TC	29	“La salud puede ser entendida como el funcionamiento armónico del organismo, tanto en el aspecto físico como psicológico del ser humano [por lo cual] constituye una condición indispensable para el desarrollo y un medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo (...) <i>los servicios públicos de salud cobran vital importancia en una sociedad (...) incluso en la eficiencia de su prestación está en juego la vida y la integridad de los pacientes”.</i>
13	3208-2004-AA/TC	6	“Dentro de los componentes del Estado social queda claro que el reconocimiento y la promoción del derecho a la salud ocupa un papel trascendental, en tanto dicho atributo representa parte del conglomerado de derechos sociales que bajo la forma de obligaciones se imponen al Estado a efectos de ser promovido en condiciones materiales y fuentes de acceso (...) el derecho a la salud comprende la facultad que tiene todo ser humano de mantener el estado de 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 cuyo cumplimiento corresponde, al Estado, el cual debe garantizar una progresiva y cada vez más consolidada calidad de vida, invirtiendo en la modernización y fortalecimiento de todas las instituciones encargadas de la prestación del servicio de salud, debiendo, para tal efecto, adoptar políticas, planes y programas en ese sentido. <i>Los servicios de salud, por consiguiente, cobran vital importancia en una sociedad, pues de su existencia y funcionamiento depende no solo el logro de mejores niveles de vida para las personas que la integran, sino que incluso en la eficiencia de su prestación se encuentran en juego la vida y la integridad de los pacientes”.</i>
14	7231-2005-PA/TC	2	“La conservación del estado de salud en cuanto contenido del derecho constitucional a la salud comprende, a su vez, el derecho de acceso y goce de las prestaciones de salud. La conservación de la salud no es posible sin el acceso y sin el goce de las prestaciones correspondientes. Por esto, el acceso y el goce de las prestaciones de salud también están comprendidos en cuanto ámbitos de protección o contenidos del derecho a la salud. En consecuencia, una denegación arbitraria o ilegal del acceso a la prestación, una restricción arbitraria de la prestación, una perturbación en el goce de la misma o, finalmente, una exclusión o separación arbitraria o ilegal de la prestación, constituyen lesiones del derecho constitucional a la salud”.
15	5658-2006-PA/TC	5	“prestaciones, que corresponden a un sistema contributivo, se concretizan a través del derecho a la salud, pues es la variación del estado de normalidad orgánica funcional, tanto física como mental, la que se busca resguardar”.
		9	“el derecho a la salud se proyecta como la conservación y el restablecimiento de ese estado armónico. Lo que implica, en consecuencia, el deber de que nadie, ni el Estado ni un particular, lo afecte o menoscabe (...) proyección de la salud como un típico derecho reaccionario o de abstención, de incidir en su esfera (...) la salud presenta una dimensión positiva que lo configura como un típico derecho ‘programático’, vale decir, un derecho cuya satisfacción requiere acciones prestacionales”.
16	5954-2007-PHC	10	“si bien es cierto que el derecho a la salud no está contenido en el capítulo de derechos fundamentales de la Constitución, también es cierto que su inescindible conexión con el derecho a la vida, a la integridad y al principio de dignidad, lo configuran como un derecho fundamental indiscutible (...) 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 ésta”.
17		12	“El derecho a la salud constituye uno de los derechos constitucionales de mayor importancia, ya que se vincula estrechamente a otros derechos constitucionales como el derecho a la vida, a la integridad física y al propio principio de dignidad”.

⁴⁵ Se repiten la idea principal sobre los elementos esenciales del derecho a la salud estipulados por la Observación General 14 en el fundamento 6 de la STC ° 05658-2006-PA/TC.

Nota. Elaboración propia.

Como se indicó, el contenido esencial y el contenido constitucionalmente protegido son diferentes. Dado que se determinó lo primero líneas arriba, de lo expuesto en la tabla se ha logrado identificar 4 dimensiones que componen el segundo:

- El derecho a la salud comprende la facultad *inherente* a todo ser humano de conservar un estado de normalidad orgánica (ítems 1, 10, 13 y 15)

El elemento más importante es la cualidad de *inherente* usada para calificar la relación entre el derecho a la salud y la facultad de los sujetos sobre conservar un estado de normalidad orgánica funcional, el cual comprende tanto el aspecto físico como mental. De esta manera, se observa que el TC admite la naturaleza intrínseca de los sujetos de derecho de exigir un respeto irrestricto de aquella normalidad orgánica propia de cada uno.

- El derecho a la salud exige tanto su conservación como su restablecimiento, siendo que nadie debe incidir en su menoscabo, por lo cual se describe como un típico derecho reaccionario y, además, de un derecho prestacional dada su dimensión positiva (ítems 2, 9, 10 y 13)

El TC incide en, por un lado, el restablecimiento y, por otro, la conservación del estado de normalidad orgánica, que se traduce en evitar el menoscabo en el derecho a la salud de las personas. Sobre el primero se reconoce que ser titular del derecho a la salud no implica contar siempre con el mismo goce o disfrute de un estado de bienestar y respecto al segundo no es posible propiamente *conservar* la salud si no se cuenta con acceso o si no existe un goce real de las prestaciones de servicios que debe prever el estado. Así, una denegación o restricción sin fundamentos perturba el goce del derecho: la cualidad de conservación no se satisface cuando el estado *ofrece* los servicios, sino que deben ejecutarse.

- El derecho a la salud abarca los servicios de salud, siendo que estos son satisfechos cuando su *prestación es eficiente* dado que se trata de la vida e integridad de los pacientes (ítems 6, 10, 12 y 13)

Los servicios de salud son una parte vital del desarrollo óptimo del derecho a la salud pues son estos los que potencialmente les permiten a los sujetos conservar y restablecer su estado de normalidad orgánica. Es más, se reconoce que la eficiencia de la prestación puede determinar el estado del derecho a la vida y a la integridad de los pacientes. Esto pues aquel derecho se materializa en la práctica, en el permitir a los sujetos tratar sus enfermedades o prevenir las mismas, lo cual no se realiza en mérito a contar con la titularidad de tal derecho, sino que, dada su naturaleza prestacional, se requiere infraestructura.

- El derecho a la salud mantiene una *relación inseparable* e irresoluble principalmente con el derecho a la vida y, paralelamente, con otros como el derecho a la integridad física y con el propio principio de dignidad (ítems 3, 4, 5, 11, 16 y 17)

Como se ha indicado, el derecho a la salud trae consigo la facultad inherente de exigir un estado de normalidad orgánica funcional, para el cual se requiere tanto su conservación como su restablecimiento. Ahora, si se satisface cada una de las 3 premisas se asegura la satisfacción de los derechos vinculados con el derecho a la salud, como lo es principalmente el derecho a la vida.

En ese sentido, de todos los derechos que se vinculan con el derecho a la salud, el derecho a la vida resulta indubitablemente inseparable a aquel dada la estrecha conexión y las facetas del bien jurídico *vida* para cada uno. Es decir, si dicho bien jurídico es objeto de un menoscabo insuperable, se anulan el resto de derechos al no existir un sujeto de derecho que pueda ser titular de los mismos. Siguiendo aquello, si una persona es diagnosticada con una enfermedad y no se le ofrecen atención médica, medicinas, tratamientos, entre otros, no solo se impide su acceso a

servicios de salud, la conservación, restablecimiento y a un estado de normalidad orgánica, sino que se atenta contra su derecho a la vida.

Según nuestro análisis, aquellos serían las 4 aristas del contenido constitucionalmente protegido del derecho a la salud. Como se observa, es mucho más amplio que el contenido esencial, pero mantiene la misma relevancia respecto de los deberes de conservación y restablecimiento. En otras palabras, el contenido constitucionalmente protegido abarca el contenido esencial y lo nutre de otros elementos. A su vez, se pueden unificar y señalar que el derecho a la salud es el “conjunto de principios y normas que promueven el acceso a los servicios de salud, a la atención integral de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la salud; así como, al acceso a la información y el consentimiento informado” (Plataforma digital única del Estado Peruano).

En este caso específico, se observa que la terminación del embarazo es una práctica para la cual se han emitido guías, las mismas que naturalmente resultan admisibles en el ejercicio del derecho a la salud. Entonces, se observa que orgánicamente se pueden emitir normas que regulen el aborto y, en esa misma línea, ocurre lo mismo con la emisión de guías, por lo cual se colige que el derecho a la salud admite intrínsecamente como parte de su desarrollo, goce y ejercicio al aborto dado que se trata de un servicio dirigido a mujeres. A mayor detalle, dada la regulación vigente, se puede afirmar que el aborto terapéutico y el derecho a la salud son compatibles y, de hecho, al brindar el primero se permite el óptimo goce del segundo.

Se observa que no se han establecido diferencias de género en, por ejemplo, las prestaciones del derecho a la salud. En ese sentido, estas deberían ser ofrecidas y accesibles, en teoría, por igual tanto a hombres como mujeres. No obstante, la naturaleza del aborto rompe con esa “igualdad” ya que naturalmente hay procedimientos destinados exclusivamente para determinados géneros, como es el caso de un aborto. Entonces, si se ha determinado que parte del contenido esencial del derecho a la salud es prestar el servicio de salud, es importante determinar por qué se permite e institucionaliza que no se haga lo propio con las mujeres en casos de aborto.

Al igual que el derecho a la vida, el derecho a la salud no es absoluto, por lo cual es válido plantear limitaciones en su uso, pero la afectación causada debería tener una explicación. En el capítulo 1 se presentaron cifras no solo recientes y a nivel mundial sino de hace décadas y en el Perú, por lo cual se conoce que en el país no ha existido la prestación adecuada de servicios. Es más, se irrumpe con el deber de preservación pues muchas veces las pacientes fallecían en falsos consultorios o en sus casas al experimentar complicaciones.

Tras detallar el núcleo del del derecho a la vida y de la salud, corresponde hacer lo propio desde la idiosincrasia penal y la civil. Así, en el siguiente subpunto se determinarán los elementos que explican el aborto no como un problema médico o social sino como de agenda que ha sido revestimiento de conocimiento.

1.2 Elementos del tipo penal del aborto contenidos en el Código Penal

En este subpunto se mencionarán los principales elementos penales que destacan al analizar el aborto. Para esto, se tomó referencia el CP, del cual se abstraieron los elementos que serán revisados, por lo cual si bien hay múltiples conceptos jurídicos penal relacionados al aborto, esta sección desarrollará aquellos mencionados por Díaz Castillo, tal y como se aprecia a continuación:

Tabla 7. El delito del aborto

Delitos contra la vida humana dependiente ⁴⁶

⁴⁶ Este cuadro se complementa y contrapone con otro llamado “Delitos contra la vida humana independiente” que analiza las diferentes formas de homicidio contenidas en el CP. En ese sentido, parecer el título de la Tabla en cuestión sigue un fin metodológico en tanto fue incluido como material didáctico del curso “Delitos contra la vida, el cuerpo y la salud” dictado por la autora.

	Autoaborto	Aborto consentido	Aborto no consentido	Aborto por violación sexual	Aborto eugenésico
Sujeto activo	Madre gestante	Cualquier persona	Cualquier persona	Cualquier persona	Cualquier persona
Sujeto pasivo	Concebido vivo	Concebido vivo	Concebido vivo	Concebido vivo	Concebido vivo con graves taras físicas o psíquicas
Conducta típica	Interrupción del embarazo	Interrupción del embarazo	Interrupción del embarazo	Interrupción del embarazo	Interrupción del embarazo
Particularidad	Ninguna	Consentimiento de la madre	Ausencia de consentimiento de la madre gestante	Violación sexual fuera del matrimonio. Inseminación artificial no consentida, fuera del matrimonio	Graves taras físicas o psíquicas en el concebido que no le permitirían vivir

Nota. Fuente: Díaz Castillo, 2018.

Aunado al cuadro, existen otros elementos que deben mencionarse: la tipicidad objetiva y subjetiva. De manera práctica, la primera exige revisar lo siguiente: el bien jurídico protegido es la vida, siendo el concebido el titular de esta; según el comportamiento típico, el delito es instantáneo pues se consume cuando se produce el resultado; a su vez, es un delito de resultado pues se individualiza una consecuencia producto del comportamiento del sujeto activo. Asimismo, para revisar la segunda se debe partir de que el dolo⁴⁷ no es un elemento psicológico-espiritual ni se descubre, sino que es una forma de comisión del delito que se imputa dado el conocimiento de la ilicitud e ilegalidad del hecho. En ese sentido, el delito del aborto es doloso (Díaz Castillo 2018).

Explicada la tipicidad, se debe añadir a los elementos de la tabla otra categoría: el bien jurídico. En ese sentido, se empezará por revisar la producción teórica sobre dicho elemento, seguido de aquellos incluidos en la tabla revisada. Así, se expondrá el estado de la cuestión de las categorías penales que se vinculan con el aborto dada su penalización.

1.2.1 El bien jurídico protegido

Este concepto “constituye el elemento material, que le otorga legitimidad al Estado para intervenir coactivamente, ejerciendo una represión que puede alcanzar la privación de libertad de un ciudadano” pues se refiere a los valores fundamentales de la vida y la convivencia humana que, al considerarse trascendentales para la sociedad, adquieren un lugar privilegiado en el aparato estatal (Cabrera Freyre, 2008, p.12). Así, el bien jurídico es la categoría que engloba aquello indispensable para “el individuo y su libre desarrollo en el marco de un sistema global estructurado” (Tomalá, 2015 p.14).

La protección asignada a los bienes jurídicos se asemeja al trato que se le debe prestar a los valores fundamentales que inspiran la protección de los derechos humanos. En ese orden de ideas, destaca el principio de proporcionalidad, el cual exige que la pena impuesta por la vulneración del bien jurídico evidencie la intensidad con la cual este fue transgredido (Villavicencio, 2019). Así, este concepto se construye como una relación indivisible entre un sujeto y un bien, siendo que este último despierta un especial interés en el aparato estatal porque resulta incuantificable, sumamente valioso para los sujetos, por lo cual se proscriben las conductas que puedan transgredirlo (Tomalá, 2015). En otras palabras, “el bien jurídico es una condición imprescindible para que las personas podamos desarrollarnos libremente en sociedad”, por lo cual el derecho penal protege tanto a los bienes jurídicos que protegen libertades individuales (la vida, la salud) como derechos colectivos (medioambiente) (Meini, 2014, p. 30).

Por su lado, el TC ha indicado que “el poder punitivo del Estado tiene límites impuestos por la Constitución. No puede ser arbitrario ni excesivo. Debe ser congruente con los principios

⁴⁷ Cabe agregar que para Meini la fórmula va de la siguiente manera: “si el sujeto conoce (dolo) o desconoce (imprudencia) [...]. El común denominador en la infracción dolosa y en la imprudente es la exigencia de conocer el riesgo del comportamiento que recae sobre el sujeto” (2014, p. 79).

constitucionales y razonablemente proporcionados no sólo al hecho delictivo, sino también al bien jurídico protegido” (STC N° 005-2001-AI/TC, fundamento jurídico N° 2), de lo cual destaca la importancia de la debida aplicación de los principios de lesividad y proporcionalidad. Además, se ha reconocido que la trascendencia de los bienes jurídicos no es exclusivamente penal pues “gozan de la condición de bien jurídico de relevancia constitucional no solo los bienes expresamente contemplados en el texto de la Constitución, sino también los que se derivan *implícitamente* de los expresamente reconocidos en ella” (STC 0006-2014-PI/TC, fundamento 41) (énfasis agregado).

Asimismo, el TC señaló que “los derechos fundamentales deben ser comprendidos como mandatos de optimización, lo cual significa, precisamente, que su contenido protegido alcanza a todos los aspectos que contribuyen a un mayor grado de realización del bien jurídico que protege” (STC N° 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC, fundamento 44), por lo cual el aspecto constitucional, jurisdiccional, normativo y similares de un bien jurídico deben tener como finalidad tanto la *realización* de dicho bien como su *protección*. Entonces, la incorporación del bien jurídico como categoría cuenta con respaldo y desarrollo a nivel nacional en tanto es “*merecedor de protección por parte de Estado*” (STC N° 0012-2006-AI/TC, fundamento 32). Sin embargo, partiendo de que ningún derecho es absoluto, resultaría inconsecuente postular que sí existen bienes jurídicos totales. Entonces, el trato privilegiado otorgado al bien jurídico *vida* del concebido resulta lesivo al compararlo con la experiencia de las mujeres.

De esta manera, se entiende que todos los sujetos de derecho gozan de diferentes bienes jurídicos siendo que esa relación es protegida por el estado. En ese sentido, cabe cuestionar por qué se admite la irrupción entre el bien jurídico *vida* y las mujeres como titulares de tal derecho en situaciones determinadas como el aborto. Penalizar dicha práctica irrumpe con el absolutismo que a nivel interamericano e incluso nacional se ha determinado que no caracteriza a ningún derecho, por lo que tampoco podría describir a los bienes jurídicos. Es mas, en el capítulo 1 se observó que la OMS hacía referencia directa a las mujeres y su relación con el aborto, por lo que se trata de un grupo humano específico cuyos derechos y bienes jurídicos, dada la naturaleza del procedimiento médico mencionado, exigen una revisión que atienda a esa naturaleza.

En pocas palabras, el no regular tomando en cuenta de que el aborto afecta a las mujeres de manera diferente que a otros grupos humanos (enfoque de género) explica que estas no sean titulares de su bien jurídico *vida* y que sean sujetos pasivos frente a regulaciones como la peruana.

1.2.2 El sujeto activo

Como señala Villavicencio, el “sujeto activo es un concepto dogmático que precisa las cualidades que debe reunir una persona al momento de cometer la conducta delictiva; es el agente que realiza la acción u omisión descrita por el tipo penal” (Villavicencio, 2019, p. 67). Así, se colige que la acción delictiva debe constituir un injusto penal, lo que determina tanto la conducta típica como los sujetos, así como el bien jurídico en peligro (Casación N° 617-2021, fundamento 7.2). Entonces, “cabrá afirmar que se ha realizado la conducta típica si el resultado es objetivamente imputable al comportamiento enjuiciado” (Casación N° 1563-2019/La Libertad, fundamento quinto), lo que ha sido sostenido en la casuística dado que “para imputar el comportamiento del agente se requiere que el sujeto realice una conducta que cree un riesgo penalmente prohibido” (Casación N° 526-2022/Corte Suprema, fundamento segundo.2).

Además, Meini precisa que el sujeto activo es un elemento trascendental en el tipo penal al ser a quien se le imputa la conducta típica (2014). Ahora, según las cualidades, el delito puede ser de dominio (común, puede ser cometido por cualquier sujeto) y/o de infracción (especial, requiere una característica puntual determinada por el sujeto activo). Al respecto, se observa que este delito admite a las mujeres o a personas distintas a esta como sujetos activos y que las cualidades que se le atribuyan a estos será lo que determine si el delito es especial o común. Lo descrito nos lleva a preguntarnos por el rol de la mujer en específico como sujeto activo: ¿resulta correcto llamarla

“sujeto activo” (carga penal negativa) cuando es en realidad titular de sus derechos y, por ende, puede decidir sobre los mismos?

Más allá de quien termina llevando a cabo el aborto, lo cierto es que naturalmente son las mujeres peruanas las que pueden ser objeto de un aborto -con o sin su consentimiento- lo que se traduce estadísticamente en lo siguiente: en tanto un 52.1% de habitantes en el Perú son mujeres, se puede señalar que más de la mitad de la población tiene la capacidad de abortar (INEI, 2022). Resulta importante analizar la imputación penal con esas cifras pues se trata de una práctica para la cual se han dedicado 7 artículos en el CP, lo que no necesariamente se condice con una política de salud orientada a evitar que el delito se lleve a cabo.

1.2.3 El sujeto pasivo

Díaz, Santillán⁴⁸, Llaja⁴⁹, Meini⁵⁰, Buompadre⁵¹, Peña Cabrera Freyre⁵², entre otros, coinciden en que, en el aborto, el bien jurídico afectado es el derecho a la vida, pero no el de la mujer gestante, sino del concebido, quien asume el rol de sujeto pasivo. Dicha categoría ha recibido diversas acepciones en la doctrina penal, siendo la siguiente la de mayor popularidad: se trata del agente que termina recibiendo las acciones del sujeto activo. Ahora, se observa que si un aborto no es realizado en los términos sugeridos por la OMS, el delito puede atentar y acabar con el derecho a la vida no solo del concebido, sino de la mujer. En dichos escenarios serían las mujeres los sujetos pasivos del delito, junto con el concebido (artículos 115 y 116).

Analizando los antecedentes, se exhibe que existen algunos tipos de abortos -según el capítulo 1, serían los peligrosos- que atentan contra las mujeres, por lo que resultaría incorrecto postular que dicha práctica médica es lesiva únicamente con el concebido. Así, la disyuntiva planteada es un “punto en discusión trascendental para definir la correcta política criminal que ha de trazarse en los delitos de aborto” (Peña Cabrera Freyre, 2008, p. 165). Y es que tanto el aborto como el homicidio atentan contra el bien jurídico de la vida, pero el primero es sancionado con una pena atenuada en mérito al principio de lesividad y porque “la vida en formación es un proyecto que aún no adquiere concreción propia a diferencia de la vida humana ya lograda, lo que no quiere decir, que la primera de ellas merezca una protección menos intensa” (2008, p. 165).

1.2.4 La conducta típica

Como punto de partida, debe recordarse que la rama penal del derecho abarca las “normas jurídicas que definen *determinadas conductas como delitos* o como faltas y disponen la imposición de penas o medidas de seguridad” (Villavicencio, 2019, p. 23) (énfasis agregado). Asimismo, como parte del dogma, se suele definir a los delitos como comportamientos que se caracterizan por 3 elementos: tipicidad, antijuricidad y culpabilidad. Dada la naturaleza del presente estado de la cuestión nos detendremos en el primero, pero adelantaremos que la condición antijuricidad permite confirmar que “la conducta típica, además de vulnerar la norma penal del concreto delito, se opone al ordenamiento jurídico en su integridad”, mientras que la culpabilidad versa “sobre la atribución del comportamiento típico y antijurídico (injusto) al sujeto” (Meini, 2014, p. 45). Entonces, el primer elemento conocido como la tipicidad indica que “el comportamiento que se analiza ha sido previsto por el legislador en la ley como delito *antes de su comisión* (...) una conducta típica vulneraría la norma penal prohibitiva que subyace a todos

⁴⁸ “El derecho a la vida del concebido cuenta con una tutela normativa propia” (2014, p. 131).

⁴⁹ “Hasta el momento, el ordenamiento infra constitucional ha establecido la primacía del derecho a la vida del concebido salvo cuando se enfrenten al derecho a la vida o al derecho a la salud física y mental de la mujer gestante” (2009, p.5)

⁵⁰ “El *aborto* y el homicidio son tipos resultativos no porque la ley prevea un resultado sin hacer mención a los medios que puedan causarlos, sino debido a que no se prevé una lista cerrada de comportamientos de riesgo prohibido *para el bien jurídico*, siendo suficiente cualquiera que ponga en riesgo *la vida*” (2014, p. 77).

⁵¹ “El bien jurídico protegido por las distintas figuras de aborto es la vida del feto” (s/f, p.2).

⁵² “Hemos sostenido con corrección, que en los delitos de aborto, el bien jurídico tutelado es la vida del ser en formación, concretamente del feto, de conformidad con los postulados ius-constitucionales” (2008, p. 11).

los delitos y que *obliga a no lesionar o poner en riesgo bienes jurídicos*” (Meini, 2014, p. 45) (énfasis agregado).

La conducta típica está compuesta por diversos elementos que nos introducen a la tipicidad objetiva y a la subjetiva -brevemente descritas líneas arriba- siendo que la primera abarca los componentes y cualidades externas del comportamiento, mientras que la segunda exige el conocimiento del riesgo existente al realizar el comportamiento que atenta contra el bien jurídico (Meini, 2014; Villavicencio, 2019). Es decir, “la clase y cuantía de la sanción prevista por el legislador [debe guardar] relación con la gravedad de la conducta tipificada como delito” (Villarroel, 2017, p. 169).

Entonces, dado que en el Perú la regla es la penalización del aborto y la excepción es el terapéutico, el CP está orientado a proscribir y sancionar de manera específica las conductas penalmente relevantes que ameritan la ejecución del derecho de acción de parte del estado peruano para salvaguardar el bien jurídico (derecho a la vida) del sujeto pasivo (el concebido) que el sujeto activo (la gestante o terceros ajenos a la gestación) pueda poner en peligro o lesionar.

De esta manera, se abstrae que los bienes jurídicos, las conductas típicas y los sujetos son elementos sustanciales que deben identificarse para poder aseverar que nos encontramos ante la comisión de un delito. Así, en primer lugar, dada la postura del estado peruano contenida en el CP, se colige que “el bien jurídico protegido es la vida en formación” del concebido (Cabrera Freyre, 2008, p. 177); en segundo lugar, las conductas típicas serán todas aquellas que se ubiquen dentro del abanico de posibilidades relacionadas a “la acción u omisión lesiva (dolosa) que recae sobre la vida humana en formación, generando su eliminación, sea por vías físicas, psíquicas, mecánicas y artificiales, propiciando en todo caso la interrupción de la gestación, la muerte del feto” (Cabrera Freyre, 2008, p. 178); y, en tercer lugar, el rol de los sujetos es sencillamente identificable ya que el sujeto pasivo siempre será el titular de la vida en formación, mientras que los sujetos activos varían entre la gestante, personal de salud o terceros.

En esa misma línea, se ha tipificado desde el 114 hasta el 120 del CP de manera tal que el concebido se vuelve el sujeto pasivo por excelencia, resguardando mediante el *ius imperium* su derecho a la vida. Ahora, la conducta típica ha sido definida como el elemento en el que se despliega la antijuricidad del delito pues exhibe cuál es el hecho opuesto al derecho, lo que nos permite reafirmar el cuestionamiento respecto a cómo está enfocado el delito (Meini, 2014, p.45). Por ejemplo, en Argentina se ha contemplado como conducta típica el incumplimiento de plazos de parte del personal de salud sobre las solicitudes de aborto, lo que evidencia que es factible visibilizar otras problemáticas relacionadas a la interrupción del embarazo (Goldsztern de Rempel, 2021, p. 590).

Hasta este punto, los aportes de la doctrina peruana nos permiten señalar que se han articulado las figuras de sujeto activo, sujeto pasivo y conducta típica de manera tal que el concebido se convierte en el sujeto de derecho en quien recae la protección, la cual consigue reforzarse⁵³ e imponerse gracias a la penalización del aborto. Sin embargo, hay ciertas consideraciones excepcionales que logran salvaguardar los derechos de las mujeres: las particularidades. Al respecto, como se desprende de la Tabla N° 10, hay 4 particularidades que pueden ser agrupadas en 3 categorías: presencia del consentimiento (artículos 115 y 116), condiciones que permitieron el inicio de la gestación y diagnósticos médicos perjudiciales (artículo 120).

Adicionalmente, de la revisión de los artículos 114 al 120 del CP se pueden identificar 2 categorías adicionales: el uso indebido de los conocimientos de la ciencia de la medicina (artículo 117) y el uso de violencia dirigida hacia la gestación (artículo 118). Dicha categoría es importante pues, como señala la doctrina, las particularidades son también descripciones que, nos permitimos

⁵³ Recuérdese la inconsistencia entre las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo y la decisión del TC respecto a la distribución de la AOE, hecho directamente relacionado con el concebido, en los términos señalados.

afirmar, permiten dilucidar otra dimensión del delito. Es decir, al identificar una particularidad se logra abordar la tipificación desde otra perspectiva, como se observa a continuación:

- De las 5 categorías se aprecia que únicamente una de ellas (la de diagnósticos médicos perjudiciales) tiene como eje al concebido en tanto la redacción del artículo 120.2 es la siguiente: “cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico”. Es decir, se permite incidir directa e irreparablemente en el derecho a la vida del concebido dado que este sufre o sufriría graves problemas de salud, pero aquello no exime de una sanción a la gestante, por lo cual esa interrupción del embarazo se encuentra tipificada en el CP.
- De las 4 categorías restantes destaca que es la mujer gestante la principal afectada en la comisión del delito, siendo la justificación la siguiente:
 - ❖ Presencia del consentimiento: puede que la mujer no consienta la práctica y termine siendo víctima de una intervención no deseada en su cuerpo, lo que nos permite observar su condición de víctima y, por ende, se vuelve exigible una mayor protección hacia su integridad en todas las formas.
 - ❖ Condiciones que permitieron el inicio de la gestación: en el artículo 120.1 se observa un énfasis explícito en el matrimonio, lo que permite cuestionar por qué no hay artículos que contemplen abortos producto de una violación o de una inseminación artificial ocurrida dentro del matrimonio. Entonces, ¿un aborto producto de una violación sexual o una inseminación artificial dentro del matrimonio sería tratado en mérito a los otros artículos del CP? Ya sea dentro o fuera de dicho régimen, a quien se le impone el deber de gestar es a la mujer y esta particularidad supone un castigo hacia ella si decide interrumpir el embarazo no deseado, siendo que las penas varían si dicha gestación fue producto o no del matrimonio.
 - ❖ Uso indebido de los conocimientos de la ciencia de la medicina: el artículo 117 sanciona al profesional de la salud. Esto es similar a la estructura del artículo sobre el consentimiento pues ya sea en condiciones óptimas o con técnicas no recomendadas, si el profesional comete un error o tiene éxito, el cuerpo en quien se está llevando la interrupción del embarazo es el de la mujer, cuyos derechos son los que se encuentran potencialmente en peligro.
 - ❖ Uso de violencia dirigida hacia la gestación: esta es la categoría en la que resalta la condición de víctima de la mujer pues es el sujeto pasivo del aborto.

Lo expuesto junto con el capítulo 1 evidencian que la penalización del aborto tiene un impacto particular en los derechos de las mujeres: por un lado, se les posiciona en un rol pasivo respecto de sus bienes jurídicos y derechos y, por otro lado, dicha regulación incide negativamente en aquellos. Entonces, no resulta inexacto señalar que “se viola la vida de la mujer cuando las leyes restringen el acceso al aborto obligándolas a recurrir al aborto inseguro, exponiéndolas a morir”⁵⁴ (DEMUS, 2014, p. 132). Dicha premisa nos permite sostener que las particularidades detalladas, así como la tipificación del delito en sí, no salvaguardan a las mujeres como sujetos de derecho, sino que pierden de vista que en muchos de los escenarios tipificados es la propia gestante quien llegar a ser sujeto pasivo del delito, pero no recibe la misma protección que el concebido, sino que es sancionada e incluso estigmatizada.

Con todo, en esta sección se ha explicado el aborto en términos propios de la doctrina penal. No obstante, el elemento resaltante del presente subpunto debe ser que las definiciones, teorías y

⁵⁴ Aquella premisa engloba la idea principal de lo expuesto en el subpunto 1.1 y refuerza lo lesivo que puede llegar a ser un CP en desmedro de los derechos de las mujeres, pero no solo en su fase adulta sino incluso desde que son menores de edad pues el Comité de los Derechos del Niño en sus Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú recomendaba lo mismo que los otros Comités y organismos internacionales analizados en el dicho subpunto: “[que el Estado parte] Despenalice el aborto en todas las circunstancias, garantice el acceso de las niñas a servicios de aborto sin peligro y de atención posterior al aborto” (2016, p. 32).

categorías analizadas utilizadas como referencias han sido complementadas desde el enfoque feminista, para lo cual ha sido clave preguntarnos por el rol de la mujer en algunas de las categorías revisadas.

Así, este subpunto ha establecido cuál es el panorama penal en el que se desarrolla el aborto, lo que será debidamente complementado desde otra perspectiva igual de importante: la civil. De esta manera, en las siguientes líneas se explicará la misma problemática, pero con otro tenor, tal y como se observa a continuación.

1.3 Principios y derechos de la persona desde el Código Civil

En este subpunto se van a mencionar los principales elementos del derecho civil que destacan al analizar la práctica del aborto. Así, se tomará al CC como principal referencia para, luego, compartir lo que la doctrina ha desarrollado, lo que nos permitirá incidir en diversas premisas: si la vida humana comienza con la concepción (artículo 1) y si la relación entre el derecho a la vida y los actos de disposición del propio cuerpo permite o, en su defecto, prohíbe las prácticas abortivas (artículo 5 y 6).

El CC introduce dos secciones sumamente importantes para esta investigación: la Sección I sobre principio de las personas y la Sección II sobre los derechos de las personas. En ese sentido, se presentará el estado de la cuestión respecto de los conceptos más relevantes contenidos en aquellas secciones, a la luz del CC y aportes doctrinarios. De esta manera, de las secciones mencionadas se han identificado los siguientes escenarios: por un lado, si la vida humana comienza con la concepción y, por otro lado, si la relación entre el derecho a la vida y los actos de disposición del propio cuerpo permite o, en su defecto, prohíbe las prácticas abortivas. Con todo, en ambos apartados se buscará compartir el desarrollo que ha tenido el concepto de persona humana, concepción, cuerpo, entre otros.

1.3.1 Si la vida humana comienza con la concepción

En la STC N°. 02005-2009-PA/TC se elaboró un apartado dedicado a las teorías sobre el inicio de la vida, en el cual se presentó a la “Teoría de la Fecundación, basada principalmente en la existencia, ya en esta instancia, de una nueva individualidad genética; y la Teoría de la Anidación, fundamentada en la viabilidad del embrión y la certeza del embarazo” (fundamento 14). Así, el TC adoptó como postura que “la concepción de un nuevo ser humano se produce con la fusión de las células materna y paterna con lo cual se da origen a una nueva célula que, de acuerdo al estado actual de la ciencia, constituye el inicio de la vida de un nuevo ser [...] la anidación o implantación (...) forma parte del desarrollo del proceso vital, mas no constituye su inicio” (fundamento 38). En otras palabras, el TC se adscribe a la primera, dado que “es la concepción la que condiciona el embarazo y no el embarazo a la concepción, y es el concebido el que origina la condición de mujer embarazada, y no la mujer embarazada la que origina la condición de concebido” (fundamento 38).

Dicha preferencia por la teoría de la fecundación fue validada e incorporada en el voto singular del magistrado Gutiérrez Ticse en la sentencia emitida en 2023 sobre el exp. N°. 00238-2021-PA/TC, quien menciona que “desde la teoría de la fecundación (o fertilización), es imperantemente necesario aplicar el principio precautorio ante la posibilidad de eventuales efectos post-fertilización de la AOE” (fundamento 10). De igual manera, se recalca que el embarazo “comprende desde el primer momento de vida del embrión, que es el de la *concepción*, que tiene lugar con la fecundación del óvulo por el espermatozoide hasta el parto” (fundamento 11) (énfasis agregado). Es decir, el TC se decantó por la teoría de la fecundación, lo que difiere en su totalidad de la postura adoptada por la Corte IDH en el Caso Artavia Murillo Y Otros (“Fecundación In Vitro”) Vs. Costa Rica⁵⁵ en la cual se sostuvo lo siguiente:

⁵⁵ Sentencia de 28 de noviembre de 2012.

“la prueba científica concuerda en diferenciar dos momentos complementarios y esenciales en el desarrollo embrionario: la fecundación y la implantación. El Tribunal observa que sólo al cumplirse el segundo momento se cierra el ciclo que permite entender que existe la concepción” (fundamento 186),

“el Tribunal entiende el término “concepción” desde el momento en que ocurre la implantación, razón por la cual considera que antes de este evento no procede aplicar el artículo 4 de la Convención Americana. Asimismo, la expresión “en general” permite inferir excepciones a una regla, pero la interpretación según el sentido corriente no permite precisar el alcance de dichas excepciones” (fundamento 189).

Entonces, se observa que para el TC el inicio de la vida se explica mediante la teoría de la fecundación, mientras que para la Corte IDH la respuesta correcta es la teoría de la anidación. Ahora, dicho desencuentro resulta alarmante ya que ha sido plasmado en jurisprudencia que puede orientar y servir de parámetro para políticas públicas, modificaciones normativas, entre otros. Es decir, dado el vínculo entre la CADH, la Corte IDH y el Perú, se puede señalar que todos los estados parte deberían procurar incorporar el contenido de las sentencias emitidas por la Corte IDH en sus ordenamientos jurídicos.

Los estados deben velar por la protección no solo de sus normas jurídicas locales, sino de los tratados internacionales -como la CADH- que forman parte de dicho conjunto normativo. No obstante, la argumentación del TC revela que a nivel local no siempre se coincide con lo dispuesto en el sistema interamericano, lo que nos permite señalar que, en un primer momento, para el TC la vida humana inicia con la fecundación. Como se colige de la STC 197/2023 de 21 de marzo de 2023, aquella postura parece haber cambiado pues se determinó que no podía distribuirse la AOE por ser *abortiva* se revocó aquello y se determinó su distribución, decisión fundamentada principalmente en los aportes de la ciencia.

1.3.2 Sobre el derecho a la vida y los actos de disposición del propio cuerpo

La muerte puede explicarse como una “consecuencia natural de la vida [...] Lo que se pretende es la despenalización de ciertas formas de ponerle fin arbitrariamente a la existencia humana: aborto, [...]” (Hurtado, 2000, p. 130). Aquello evidencia que para algunos autores la ecuación es la siguiente: aborto=muerte, lo que trae consigo al concepto del derecho a la vida, así como a los actos de disposición del propio cuerpo pues, dada la naturaleza de la intervención médica, se trata de un tercero -idealmente un médico- interviniendo el cuerpo de una mujer (sujeto de derecho) para mermar definitivamente el derecho a la vida del concebido (otro sujeto de derecho).

En el Caso de Artavia Murillo y otros vs Costa Rica, la Corte IDH señaló que el derecho a la vida “presupone que ninguna persona sea privada de su vida arbitrariamente (obligación negativa) y que los Estados adopten todas las medidas apropiadas para proteger y preservar el derecho a la vida (obligación positiva) de todos quienes se encuentren bajo su jurisdicción” (fundamento 172). En ese sentido, se debe “efectuar una protección absoluta del embrión en el marco de la inviolabilidad de la vida desde la concepción” (fundamento 173). Sin embargo, esa protección no es absoluta, tal y como se determina a la luz de la CADH, producto de lo cual procede a dotar de contenido al concepto de persona y de concepción, que ineludiblemente se relacionan con el derecho a la vida, como se explicará a continuación.

Sobre el concepto de persona, la Corte IDH establece que su definición “está anclada a las menciones que se hacen en el tratado respecto a la ‘concepción’ y al ‘ser humano’, términos cuyo alcance debe valorarse a partir de la literatura científica” (fundamento 176). Así, la Corte recoge los aportes científicos y reconoce la existencia de 2 posturas sobre la concepción, siendo que “una corriente entiende ‘concepción’ como el momento de encuentro, o de fecundación, del óvulo por el espermatozoide” mientras que “otra corriente entiende ‘concepción’ como el momento de implantación del óvulo fecundado en el útero” (fundamento 180), es decir, la teoría de la fecundación y de la implantación.

La Corte reconoce la importancia del aporte científico, en mérito al cual afirma que “si bien al ser fecundado el óvulo [cuenta] con la información genética suficiente para el posible desarrollo de un “ser humano”, lo cierto es que si dicho embrión no se implanta en el cuerpo de la mujer sus posibilidades de desarrollo son nulas” (fundamento 186). Esto pues se puede identificar “un embarazo una vez se ha implantado el óvulo fecundado en el útero, al producirse la hormona denominada ‘Gonodotropina Coriónica’, que sólo es detectable en la mujer que tiene un embrión unido a ella” (fundamento 187). Así, el *frame* de la jurisprudencia, comunicados de prensa y demás emitidos por la Corte se erigen a partir de entender “el término ‘concepción’ desde el momento en que ocurre la implantación” (fundamento 189).

Asimismo, cuando en el segundo apartado del artículo 1 del Capítulo 1 de la parte I de la CADH se indica que “para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano”, no se otorga prevalencia a la condición de persona frente a otras. Es decir, los derechos de los cuales es titular una *persona* no prevalecen automáticamente frente a los de otros sujetos de derecho. Así, la Corte IDH señala que “no es admisible el argumento del Estado en el sentido de que sus normas constitucionales otorgan una mayor protección del derecho a la vida y, por consiguiente, procede hacer prevalecer este derecho en forma absoluta” (fundamento 259).

Como se ha señalado, ningún derecho es absoluto, por lo cual resulta inadmisibles postular que el derecho a la vida, u otro, prevalece en cualquier circunstancia pues el primer paso sería admitir que es viable no solo que otro derecho se superponga, sino que dos o más sujetos de derechos reclamen su titularidad exclusiva. Así, se abstraen las siguientes conclusiones: por un lado, según la definición brindada por la Corte, el inicio de la concepción se da con la anidación y, por otro lado, como el derecho a la vida no es absoluto, el sistema interamericano no ampara los marcos normativos de los Estados parte que postulen lo contrario.

La interpretación que brinda la Corte a lo largo de la revisada sentencia evidencia la importancia de los diversos tipos de interpretación, siendo la histórica una de las más interesantes pues, como reconoce Lema, “no solo cambian los valores y normas vigentes en las sociedades. También cambian los principios de derecho natural -pretendidamente inmutables- según los momentos históricos o los propios autores que los formulan” (1999, p. 226), lo que evidencia la existencia de 2 teorías sobre el inicio de la vida, siendo el rol de la comunidad científica y especializada el más autorizado, por lo cual la Corte al recogerlo valida no solo la ciencia, sino la importancia de recurrir a las fuentes pertinentes para, en este caso, crear jurisprudencia.

Sobre el concepto de cuerpo, se debe empezar reconociendo que aquel tiene un alcance distinto según el sujeto de derecho. Esto pues, como reconoce la Corte IDH en la comentada sentencia, la fecundación *in vitro* “tiene un impacto diferenciado en las mujeres porque era en sus cuerpos donde se concretizaban intervenciones” (fundamento 300). Así, existen factores y rasgos que diferencian los intereses e incluso el derecho a la salud de hombres y mujeres, como “(a) factores biológicos [que inciden en su capacidad] reproductiva” (CEDAW, Recomendación N° 24, párr. 12). Aquello debe tomarse como punto de partida para abordar el concepto de cuerpo ya que establece una diferencia entre cómo es comprendido de manera distinta según los sujetos.

Asimismo, el cuerpo es “un espacio existencial, y como tal [es] generador de fenómenos vinculados a lo humano [...] sujeto a escrutinio o control” (Silverino, 2012, p. 177). Sin embargo, “no es un algo exterior, separable mecánica o materialmente del sujeto, no es una cosa ni una realidad *per se*, es la condición que imprime corporeidad a la vida humana (Cifuentes, 1995, p.290)”, por lo cual se puede afirmar que “la relación con el cuerpo es compleja. Se «tiene» un cuerpo y se «es desde» un cuerpo. El cuerpo es el medio de nuestra autorrepresentación hacia los otros (Aramini, 2007, p. 85)”, siendo que el cuerpo, visto como un espacio principalmente corpóreo “es nuestra primera y principal coordenada de identificación (Lamas, 1995, p. 62)” (como se citó en Silverino, 2012, p. 181).

Así, la doctrina sugiere que el cuerpo tiene un rol fundamental al ser la materialización del espacio en el cual se concretan los múltiples derechos del sujeto, siendo que constituye a la persona y esta

requiere del mismo para su existencia plena. A su vez, en el Título Preliminar de la Ley General de Salud, se indica lo siguiente: “II. La protección de la salud es de interés público”, “III. Toda persona tiene derecho a la *protección de su salud* en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la *protección de la salud es irrenunciable*”, “artículo 8 .- (...) cada persona [puede] disponer a *título gratuito* de sus órganos y tejidos con fines de trasplante (...) siempre que ello no ocasiona *grave perjuicio a su salud* o comprometa su vida” (énfasis agregado). Así, el estado establece como prioridad el derecho a la salud: lo considera irrenunciable.

Al respecto, si bien el cuerpo es el espacio en el cual se materializan los derechos de los que es titular una persona, lo cierto es que el derecho a la salud y el cuerpo, en los términos expuestos, tienen una relación particular ya que aquel exige que dicho espacio material goce de cierto grado de bienestar e incluso le impone límites como el no poder disponer del mismo a título oneroso. En otras palabras, “la intangibilidad del cuerpo se considera, entonces, irrenunciable. Como regla no está jurídicamente permitido lesionar algún aspecto de la unidad psicosomática del sujeto (Fernández Sessarego, 2009, p. 380)” (citado en Silverino, 2012, p.182).

Se desprende que los actos de disposición del propio cuerpo se encuentran limitados principalmente por dos cualidades: primero, que la protección que el derecho a la salud exige respecto del cuerpo es irrenunciable y, segundo, que el marco normativo peruano no permite disponer del cuerpo a título oneroso. Así, en el Perú, los actos de disposición del propio cuerpo solo serán admitidos dentro de ciertos límites: “la relatividad en el poder de disposición sobre el cuerpo se funda en la tutela estatal sobre ese tipo de bienes, ya que el Estado se encuentra interesado en la protección de la integridad física de sus administrados (Pérez de Leal, 1995, p. 188)” (citado en Silverino, 2012, p. 188).

De esta manera, el cuerpo es un elemento relevante tanto a nivel individual (para los sujetos que ostentan la titularidad del mismo) y colectivo (es de interés del estado tutelarlos) por lo cual su tutela debe tratarse con especial atención, según cada sujeto de derecho. Por ejemplo, respecto de las mujeres, la función reproductiva no puede tratarse en los mismos términos que los hombres pues el enfoque de género devela que experimentan diferentes procesos y que se trata de diferencias que exigen ser reconocidas.

A manera de conclusión, en este capítulo se han revisado 3 aristas: primero, el contenido esencial del derecho a la vida y a la salud; segundo, los principales conceptos penales relacionados al aborto; y, tercero, lo propio solo que desde conceptos del libro de personas en el aspecto civil. Así, en cada una de las secciones se detalló cuál era el componente del núcleo esencial e inquebrantable de ambos derechos, siendo que sin la coexistencia de todos no existirían el derecho al cual componen. Asimismo, el aspecto penal nos demostró los diversos roles en los que se ubica la mujer, siendo que el ámbito civil nos permitió entender más sobre la relación entre las mujeres y las normas.

Tómese el siguiente resumen práctico: se determinó que la mujer tiene un rol pasivo respecto de la titularidad y goce de su derecho a la vida y a la salud. Sobre el primero, la penalización del aborto jurídicamente significa otorgar la titularidad de aquel derecho al concebido, mientras que sobre el segundo se evidencia que no permitir el aborto legal equivale a no cumplir con atender y brindar servicios para dicha intervención médica, a pesar de las recomendaciones de la OMS.

Así, el *frame* tanto del CP como del TC, hasta cierto momento dada la sentencia del 2023 que será revisada luego, ha sido favorecer al concebido, incluso contraviniendo doctrina interamericana, como la que postula que ningún derecho es absoluto, siendo este el respaldo jurídico que permite la legalización del aborto pues el derecho a la vida no es exclusivo del concebido y, por ende, se puede preferir la titularidad del mismo en otro sujeto de derecho, así como otros derechos.

De esta manera, a nivel teórico se ha determinado que sí existe un desencuentro en tanto la doctrina deja entrever que la Corte IDH y el TC divergen respecto a la teoría del inicio de la vida. Sobre esto, es importante precisar que ha sido la Corte quien reconoció la importancia del ámbito

científico para resolver casos como el de Artavia Murillo, lo que ha sido recientemente seguido por el TC pues originalmente su postura era que el inicio de la vida radicaba en la fecundación (caos AOE), oponiéndose a la Corte que defiende la anidación. En otras palabras, si la ciencia determina, primero, que el aborto es una práctica segura y compatible con la realización del derecho a la salud (como ha postulado la OMS) y, segundo, la Corte IDH ha recogido e incorporado aquello en su producción doctrinaria, cabe cuestionar el concepto de derecho a la salud que se maneja actualmente pues se caracteriza por no cumplir con su núcleo: no existe preservación, conservación o restablecimiento del derecho a la salud de las mujeres.

Los conceptos feministas nos han permitido determinar que la mujer como sujeto de derecho no ha tenido un desarrollo especial en temas como el aborto. Aplicando el enfoque de género, se colige que sus derechos reproductivos no son debidamente tutelados si se erige un marco normativo que regule aquellos para hombres y mujeres sin diferencias algunas. Es eso lo que invisibiliza lo lesiva que es la penalización del aborto: esta incide no solo en el derecho a la salud y la falta de servicios lícitos, sino que la peligrosidad de los abortos clandestinos atenta directa y finalmente contra su derecho a la vida. Como se enunció, el derecho a la vida es el prerequisite de todos los derechos pues materialmente sin vida no solo fenece el derecho a la vida sino el vivir. En ese sentido, conocer cifras y recomendaciones que exigen la despenalización de la práctica deberían volver aplicables las herramientas teóricas que hemos descubierto que sí conciben como viable el aborto legal.

2. Marco normativo

En este apartado se presentarán los dispositivos normativos cuya aplicación podría incidir en la regulación del aborto. Para esto, deben diferenciarse dos grupos según su origen pues pasaremos revista a la producción normativa de organismos interamericanos y nacionales. Esto significa que se presentarán los principales tratados, leyes, entre otros, que trazan los vértices de nuestra hipótesis y contribuyen en nuestra investigación sobre la ilegalidad del aborto y cómo esta incidiría negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas.

Teniendo en cuenta que se ha identificado el alcance e impacto del aborto en las usuarias, este apartado complementará aquello al exponer los principales instrumentos normativos como son la CADH, la Corte IDH, la CIDH, el CEDAW y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en adelante “PIDCP”) a nivel interamericano y lo propio con el CC, CP y la Ley General de Salud (en adelante “LGS”) a nivel local. Entonces, tanto para el nivel interamericano como el nacional, el orden será el siguiente: se presentará, de manera puntual, el origen del dispositivo normativo; luego, se detallará por qué resulta relevantes, para lo cual se explicarán sus principales aportes a la investigación; acto seguido, se aplicará el enfoque feminista para analizar los aspectos de nuestro interés.

El análisis nos permitirá determinar si a nivel normativo la tendencia es regular a favor o en contra del aborto, lo que se deberá analizar a nivel interamericano y a nivel nacional, tras lo cual podrán contrastarse para precisar si ambos son compatibles o no, en qué aspectos y cuáles son las consecuencias de dicho (des)encuentro para las usuarias en el Perú, es decir, para las mujeres. A su vez, aquello será revisado con las conclusiones del marco teórico pues el objetivo es contribuir a determinar cómo la regulación del aborto en el Perú incide en el derecho a la salud.

2.1 A nivel interamericano

En este apartado se revisará la CADH, la CIDH, la Corte IDH, la CEDAW, el PIDCP, los cuales se caracterizan por ser de aplicación y envergadura general, en el caso de los tres primeros, y específica, como en los dos últimos. Así, se explicará el contenido de cada uno, además de su relevancia y si se enmarcan en el *frame* de la penalización o legalidad del aborto.

2.1.1 Convención Americana de Derechos Humanos

Creada por los Estados Americanos, esta convención, también conocida como el Pacto de San José de Costa Rica, es “un tratado internacional que prevé derechos y libertades que tienen que ser respetados por los Estados Partes. Asimismo, la Convención establece que la Comisión y la Corte son los órganos competentes para conocer los asuntos relacionados con el cumplimiento de los compromisos contraídos por [dichos estado” (Corte IDH, 2020, pp. 6). Adicionalmente, en el artículo 1 de dicho Pacto se detalla la obligación de respetar los derechos y libertades ahí contenidos, así como “*garantizar su libre y pleno ejercicio* a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra” (el énfasis es propio).

Es importante para el sistema interamericano de derechos humanos, por un lado, porque vela por el reconocimiento y protección de los derechos ahí consagrados y, por otro lado, por su influencia en las legislaciones de los Estados parte para quienes es exigible reconocer y proteger tales derechos. Aquello se desprende del mencionado artículo 1 y del artículo 2, en el que se detalla el deber de adoptar disposiciones de derecho interno siendo que “si el ejercicio de los derechos y libertades mencionados en el Artículo 1 no estuviere ya garantizado por disposiciones legislativas o de otro carácter, los Estados Partes *se comprometen a adoptar, con arreglo a sus procedimientos constitucionales y a las disposiciones de esta Convención, las medidas legislativas o de otro carácter* que fueren necesarias para hacer efectivos tales derechos y libertades” (el énfasis es propio). De esta manera, los estados tienen una obligación, lo que debe traducirse no en esfuerzos sino en la concreción de medidas que les permitan a las personas exigir lo dispuesto en el Pacto.

Ahora, lo dispuesto en la Convención debe entenderse como un estándar al cual se debe aspirar cuando se hable de la protección de los derechos ahí consagrados. Asimismo, debe indicarse que el contenido de la Convención es vinculante para el Perú, lo que significa, por un lado, que el estado tiene el deber de adoptar los cambios necesarios para que aquella pueda ser aplicada y, por otro lado, que las peruanas son titulares de los derechos ahí contenidos. En otras palabras, pueden reportar el incumplimiento del Pacto en caso el estado peruano no haya podido adecuarse o implementar normas, políticas públicas, entre otros, necesarias para la debida protección y consagración de tales derechos.

Sobre el derecho a la salud, si se busca en la Convención se encontrará que no existe una mención o protección directa, sino que se habla del derecho a la integridad en el artículo 5, en cuyo inciso 1 se indica que “toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”. Es decir, para la Convención, la salud y la integridad – en cualquiera de sus formas- son diferentes, lo que lleva a preguntarnos si a nivel nacional se ha optado por lo mismo o si cada uno ha recibido una regulación propia.

Se deben mencionar los protocolos adicionales⁵⁶ a la Convención, especialmente el “Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales” también llamado “Protocolo de San Salvador”, en cuyo artículo 10 sí se regula de manera específica el derecho a la salud, el cual es definido como “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”. Asimismo, se detallan los compromisos que deberán asumir los estados para “reconocer la salud como un bien público y particularmente”, los mismos que han sido asumidos tanto por el Perú⁵⁷ como los demás Estados Parte.

Entonces, se observa que en la Convención no se hace mención explícita del derecho a la salud, pero sí en el Protocolo de San Salvador. Sin embargo, en mérito al inciso 2 del artículo 1, en el cual se señala que “para los efectos de esta Convención, persona es todo ser humano” se incluyó al Pacto en el debate sobre el aborto. Esto pues diferentes académicos interpretan aquello como una mención implícita sobre el inicio de la vida, el concepto de persona, entre otros temas que se

⁵⁶ La Corte IDH ha señalado que la Convención cuenta con 2 protocolos adicionales: el de San Salvador y el Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte, el segundo (2020, p. 2).

⁵⁷ Fue aprobado mediante la Resolución Legislativa N° 26448.

relacionan con el aborto. Es decir, tal interpretación de dicho artículo es lo que ha servido como argumento para afirmar que la Convención y el aborto se relacionan (Díaz, 2012).

De esta manera, se puede afirmar que en el Pacto no se menciona explícitamente el derecho a la salud, mucho menos se emite una postura sobre la penalización o ilegalidad del aborto. En otras palabras, la Convención es esencialmente neutral y cualquier postura para apoyar o rechazar la penalización del aborto es producto de la interpretación de artículos como el 1.2.

2.1.2 Comisión Interamericana de Derechos Humanos

El sistema interamericano de derechos humanos es el resultado del deseo de los Estados Americanos que “adoptaron una serie de instrumentos internacionales que se han convertido en la base de un sistema regional de promoción y protección de los derechos humanos” (Corte IDH 2020, p. 7). Mediante dicho sistema se crearon la Comisión y la Corte interamericana de derechos humanos con el objetivo que ambas velen por la observancia del aquel. En ese sentido, la principal función de la Comisión es “promover la observancia y la defensa de los derechos humanos y servir como órgano consultivo de la [OEA] en esta materia” (Corte IDH 2020, p. 8). Además, tiene competencia de carácter político pues, por un lado, tiene la potestad de realizar visitas *in loco* y, por otro lado, prepara informes sobre el desarrollo de los derechos humanos en los Estados Parte. Asimismo, se puede indicar que tiene una función cuasi-judicial debido a que se encarga de atender las distintas denuncias presentadas por personas naturales u organizaciones por la violación de los derechos humanos.

Como parte de sus funciones, la CIDH ha emitido informes sobre la situación de los derechos humanos en el Perú y ha mencionado a dicho estado en algunas Guías Prácticas que se elaboran sobre diferentes ejes temáticos. Es decir, la Comisión evalúa si el desarrollo y ejercicio de los derechos humanos en el país se ha conducido acorde al sistema interamericano. En ese sentido, pasaremos a mencionar qué se observó sobre el Perú, con especial atención en el derecho a la salud, el aborto y las mujeres dada la naturaleza de nuestra investigación.

Así, en el informe de 1993⁵⁸, el marco general describía el escenario de crisis política que atravesaba el Perú, siendo el golpe de estado del 5 de abril de 1992 el eje de dicho documento pues la Comisión observó con mayor énfasis el desarrollo de los derechos humanos después de aquel suceso⁵⁹. Asimismo, no hay énfasis en el aborto, el derecho a la salud o problemas que aquejen a las mujeres, pero sí comentarios sobre el derecho a la integridad personal, sobre la cual se reportó que “los casos en trámite ante [ella] sobre derecho a la vida reflejan, en muchas situaciones, que se ha producido primero una violación al derecho a la integridad personal que ha conducido luego a la muerte o desaparición de la víctima” (párr. 19, capítulo I).

Luego, en el informe del 2000⁶⁰, se analiza el cambio de la situación de los derechos humanos, políticos, económicos, sociales, culturales, entre otros, siendo lo más resaltante, para esta investigación, que la Comisión dedicó todo un capítulo a los derechos de las mujeres. Así, se reconocieron una serie de medidas progresivas implementadas por el estado peruano cuyo avance, aunque positivo, no superó la discriminación “de la mujer en áreas tales como la educación, el trabajo, el matrimonio y la política” (párr. 11, capítulo VII). Además, se reportó que se producía una violación sexual cada dos horas y que, paradójicamente, el número de detenidos por tal delito disminuía día a día, lo que resulta ínfimo si se compara con los 5140 casos reportados en el Programa Aurora en el 2019 o con los 5728 casos de violación sexual de menores entre 0 a 17

⁵⁸ OEA/Ser.L/V/II.83 de fecha 12 de marzo de 1993.

⁵⁹ Destaca que la Comisión mostró preocupación por “los negativos efectos que la situación del Poder Judicial tiene en la protección y garantía de los derechos de la ciudadanía” (párrafo 59), que “la suspensión de los recursos de habeas corpus o de amparo se encuentra en abierta contradicción con la Opinión Consultiva de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, adoptada a solicitud de la Comisión Interamericana” (párrafo 73), entre otros.

⁶⁰ OEA/Ser.L/V/II.106 de fecha 02 de junio de 2000.

años de edad reportados en los Centros de Emergencia Mujer, también llamados “CEM”, en el 2021 (Defensoría del Pueblo 2020; Calle 2022).

Además, la CIDH expresó su preocupación sobre los derechos reproductivos debido a la llamada “política de planificación familiar” que el gobierno de ese entonces llamó “Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria”⁶¹. La gravedad de las esterilizaciones forzadas, los casos reportados ante la Defensoría del pueblo⁶² y el caso de María Mamerita Mestanza⁶³ fueron los principales factores que condujeron a la Comisión a afirmar que “cuando un programa de planificación familiar pierde su carácter ‘voluntario’ y convierte a la mujer simplemente en un objeto de control para ajustar el crecimiento demográfico, el programa pierde su razón de ser y se transforma en un peligro de violencia y discriminación directa contra la mujer” (párrafo 26, Capítulo VII). Se observa, pues, que la Comisión no emite comentarios sobre el derecho a la salud como tal, sino que analiza el desarrollo de la salud reproductiva de las mujeres y, en esa misma línea, se pronuncia sobre el aborto y postula que aquel es riesgoso cuando los servicios de salud son escenarios de violencia pues “las modalidades de violencia van desde el trato degradante, las ofensas verbales, la indiferencia y la negligencia, hasta la violencia sexual y la violencia contra mujeres gestantes y mujeres que arriban con sospecha de abortos incompletos” (párr. 20, Capítulo VII).

En esa misma línea, debe mencionarse que, en 1998⁶⁴, en el informe sobre la condición de la mujer en las Américas, la CIDH resaltó la importancia de buscar la equidad de género en temas de salud y las restricciones de las que eran víctimas las mujeres que buscaban tal derecho. En esa misma línea, se señaló que “en Perú la mortalidad materna es de un promedio de 261 defunciones por 100 mil nacimientos. Perú ocupa el tercer lugar, después de Bolivia y Haití en esta materia” (párrafo 1, sector C, capítulo III). En resumen, las principales observaciones informaban que la salud reproductiva de las mujeres debería primar y ser el eje para la creación y/o modificación de iniciativas legislativas, políticas públicas, entre otros similares.

No obstante, la CIDH también ha sabido reconocer las buenas prácticas implementadas por el Perú, siendo prueba de ello la Guía Práctica para la eliminación de la violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes⁶⁵. Además, aquella resulta importante pues se pronuncia sobre el derecho a la salud, cuyo óptimo desarrollo se describe detalladamente: “debe ser garantizado a todas las personas dentro de la jurisdicción del Estado, sin ningún tipo de discriminación y conforme a los estándares interamericanos e internacionales de derechos humanos” (el énfasis es propio) (2021, p. 18).

En el 2017, la CIDH emitió un Comunicado de Prensa exhortando a “todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”. El quid de dicho comunicado reside en el reconocimiento de la deplorable situación en la que se encuentran las mujeres de la región: están inmersas en una realidad que permite la violencia y discriminación en su contra. Es más, “en el caso de sus derechos sexuales y reproductivos, estos obstáculos incluyen la negación del acceso a bienes y servicios que *sólo* las mujeres necesitan, [limitando su acceso] a servicios de salud a la autorización de terceros, obteniendo servicios de salud reproductiva (...) incluso clandestinos” (CIDH 2017).

⁶¹ La Comisión recopila la información sobre esta y expone que no fue un hecho aislado sino una política de salud estatal que se ejecutó mediante “la Ley N° 26530 que estableció el Programa Nacional de Planificación Familiar e implantó la esterilización como método de planificación familiar. Con base en esta ley, el [Minsa] comenzó una campaña intensa de sensibilización por medio de festivales de salud, para inducir el uso de métodos anticonceptivos irreversibles y tratar de controlar de tal manera la tasa de natalidad, sobre todo entre las mujeres campesinas” (párrafo 22).

⁶² “Durante la visita in loco a Perú, por ejemplo, la Defensoría del Pueblo manifestó a la CIDH haber recibido 168 denuncias de esterilizaciones forzadas” (párrafo 23).

⁶³ Como indica la Comisión, “se trata de una mujer campesina que murió una semana después de haber sido sometida a una esterilización. Según la denuncia, no solamente la intervención fue forzada, sino que además la víctima no recibió la atención post-operatoria que le hubiese salvado la vida. Dicho caso se encuentra actualmente en trámite ante la CIDH” (párrafo 25).

⁶⁴ OEA/Ser.L/V/II.100 de fecha 13 de octubre de 1998.

⁶⁵ Se reconoce al Perú por ser “el primer país en América Latina en tipificar el acoso callejero” (p. 9), “la Corte Suprema (...) falló a favor de la inclusión del enfoque de género en el Currículo Nacional de Educación Básica” (p. 11), entre otros.

Adicionalmente, en dicho comunicado se presta especial atención a los derechos sexuales y reproductivos pues se considera que se enmarcan en el “derecho humano a la salud integral, comprendida como un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias”, según la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (en adelante “OPS”). Es más, se informa que los derechos reproductivos engloban cada uno de los “aspectos relacionados con el sistema reproductivo, así como la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de tener la libertad para decidir si procrear o no, cuándo hacerlo y con qué frecuencia” (2017).

Asimismo, se afirmó que el impacto de las normas que penalizan totalmente el aborto es negativo para “la dignidad y los derechos a la vida, [la integridad personal, la salud], como en general al derecho de las mujeres a vivir libre de violencia y de discriminación” (2017). Aunado a esto, se insistió en el rol fundamental de los Estados en la revisión interna de sus marcos normativos para que se pueda “*garantizar a las mujeres el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos, en el entendido que la denegación de la interrupción voluntaria del embarazo en determinadas circunstancias constituye una vulneración a los derechos fundamentales de las mujeres, niñas y adolescentes*” (el énfasis es propio) (2017).

Como se observa en sus informes y comunicados de prensa, la CIDH mantiene una línea argumentativa sólida: debe protegerse de manera particular los derechos de las mujeres, lo cual exige que los Estados parte lleven a cabo una revisión exhaustiva de sus marcos normativos. Esto pues, de no hacerlo, se les puede declarar responsables de la violación de derechos de la mujer afectada, como ocurrió con El Salvador: caso de Manuela⁶⁶, y el caso de Beatriz⁶⁷.

En el primero, la Comisión concluyó que dicho estado era “responsable por la violación de los derechos a la vida, libertad personal, garantías judiciales [entre otros]” (párr. 151) en contra de Manuela, que “sufrió una caída que le ocasionó un aborto espontáneo, lo cual generó que fuese sometida a proceso penal y condenada por el delito de homicidio agravado” (párr. 3). Si bien la joven falleció, la Comisión decidió que “las medidas de compensación económica y satisfacción del daño inmaterial [sean] implementadas en favor de su núcleo familiar” (párr. 152.1), así como “disponer los mecanismos necesarios para evitar la repetición de las violaciones declaradas en el presente informe” (párr. 152.3).

En el segundo, la CIDH declaró responsable al estado por la violación de los derechos de Beatriz ya que se le “impidió que pudiera acceder a una interrupción legal, temprana y oportuna, ante una situación de riesgo grave a la vida, la salud e integridad personal, y de inviabilidad del feto con la vida extrauterina” (2022). Asimismo, la CIDH insistió en que “si bien la protección de la vida desde la concepción constituye un fin legítimo, la criminalización de la interrupción del embarazo cuando existe incompatibilidad del feto con la vida extrauterina no logra satisfacer el requisito de idoneidad” (2022).

Con todo, la CIDH resulta relevante pues ha dotado de contenido al derecho a la salud, al aborto y a los derechos de las mujeres. Es decir, promueve el respeto, desarrollo y libre ejercicio de los derechos contenidos en el Pacto. Adicionalmente, sus informes, guías y comunicados de prensa no deben analizarse de manera aislada, sino en conjunto y como desarrollo progresivo. Entonces, dado que viene registrando y reportando desde la década de los 90s que en el Perú no ha existido una protección óptima de los derechos humanos, si en el 2023 se registraran 10000 casos de violaciones sexuales, no debe entenderse ello como un desacato al último informe emitido por la CIDH, sino como un alejamiento y desacato de lo aquella viene registrando y condenando desde 1993 con su primer informe.

⁶⁶ Informe No. 153/18, caso 13.069 de fecha 7 de diciembre de 2018.

⁶⁷ Informe No. 9/20, caso 13.378, de fecha 3 de marzo de 2020.

Entonces, se puede señalar que la falta de mención del derecho a la salud, de manera expresa, en la Convención no ha significado la falta de regulación o protección de aquel en tanto, como se ha observado, la CIDH lo ha dotado de contenido. A su vez, ha emitido producción jurídica sobre los derechos de las mujeres e incluso el aborto. También debe traerse a colación el balance presentado por la CIDH sobre “el ejercicio de los derechos reproductivos de las mujeres, las niñas, las adolescentes y todas las personas gestantes” (2023). En aquel se reitera que, como fue determinado previamente por la Corte IDH⁶⁸, “la protección de la vida desde la concepción no es absoluta, sino gradual e incremental, según su desarrollo, de tal manera que posibilite un adecuado balance con otros derechos que puedan entrar en conflicto” (2023).

Siguiendo lo expuesto, resulta sencillo determinar que la CIDH se muestra en contra de la criminalización absoluta del aborto dado que dicha regulación suele atentar contra los derechos de las mujeres, siendo los casos de El Salvador ejemplo de aquello. A su vez, sus informes sobre el Perú entreven que no ha sido bien observada la regulación que dificulta el acceso a dicho procedimiento médico. Con todo, la postura de la CIDH es una forma de expresión del rechazo del absolutismo de los derechos, comentado en el apartado teórico.

2.1.3 Corte Interamericana de Derechos Humanos

La Corte IDH es, junto a la Comisión, un órgano destinado a velar por la observancia del sistema interamericano y, en particular, se trata de “una institución judicial autónoma cuyo objetivo es aplicar e interpretar la Convención Americana” (Corte IDH 2020, p. 9). Además, ejerce tres tipos de funciones: la contenciosa, la consultiva y la de dictar medidas provisionales. La primera consiste en determinar si el estado parte ha violado alguno de los derechos contenidos en la Convención y en supervisar el cumplimiento de sentencias⁶⁹; la segunda le permite responder las consultas⁷⁰ que puedan formular los Estados Parte; y la tercera se manifiesta cuando, según la gravedad del caso, se emiten medidas para evitar daños irreparables para los sujetos.

Dadas sus funciones, la Corte IDH ha emitido vasta jurisprudencia sobre los tres ejes centrales de la presente investigación, como se ha adelantado en el marco teórico, por lo cual se mencionarán únicamente lo más relevante, como el caso *Artavia Murillo y otros vs Costa Rica*, el cual es un referente sobre el derecho a la vida, la definición de persona, qué es la concepción, entre otros temas relacionados a nuestra investigación. En ese sentido, la postura de la Corte IDH podría estar expresada en alguna de sus sentencias, por lo cual se compartirán los fragmentos más relevantes de algunas.

Así, sobre la relación entre dicha práctica y el derecho a la vida, la Corte recoge criterios desarrollados en el caso *Paton vs. Reino Unido*⁷¹ de 1980 ante la Comisión Europea de Derechos Humanos, y manifiesta que darle categoría de derecho absoluto a la vida sería “contrario al objeto y propósito de la Convención⁷²” (párr. 20), lo que nos permite afirmar que, efectivamente, el derecho a la vida es una arista al analizar jurídicamente dicha práctica, pero no se trata de un derecho absoluto. Esta decisión de la década de los 80 es importante pues, como se observará en breves, se ha mantenido dicha línea argumentativa.

Además, en la sentencia de *Artavia Murillo*, la Corte sostiene que “la maternidad forma parte esencial del libre desarrollo de la personalidad de las mujeres⁷³[. En esa misma línea] la decisión

⁶⁸ Caso *Artavia Murillo y otros* (“fecundación in vitro”) vs. Costa Rica, sentencia de 28 de noviembre de 2012, en el cual la Corte IDH detalló que encontraba “desproporcionado pretender una protección absoluta del embrión” (párr. 311).

⁶⁹ Esta actividad exige que la Corte le solicite información al Estado sobre las medidas implementadas para cumplir con la sentencia, a lo cual se puede sumar las observaciones que puede haber recabado la Comisión (Corte IDH 2019).

⁷⁰ “Por este medio la Corte responde consultas que formulan los Estados miembros de la OEA o los órganos de la misma acerca de: a) la compatibilidad de las normas internas con la Convención; y b) la interpretación de la Convención o de otros tratados concernientes a la protección de los derechos humanos en los Estados Americanos” (el énfasis es propio) (Corte IDH 2019, p. 10).

⁷¹ Caso *Paton vs. Reino Unido*, Solicitud N° 8416/79, Comisión Europea de Derechos Humanos.

⁷² Se refiere al Convenio Europeo de Derechos Humanos.

⁷³ Caso *Gelman Vs. Uruguay*. Fondo y Reparaciones. Sentencia de 24 de febrero de 2011 Serie C No. 221, párr. 97

de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada e incluye, en el presente caso, la decisión de ser madre o padre en el sentido genético o biológico” (párr. 143). También se recuerda la importancia de la CEDAW dado que las mujeres tienen derecho a la autonomía reproductiva. En ese sentido, aquel “derecho es vulnerado cuando se obstaculizan los medios a través de los cuales una mujer puede ejercer el derecho a controlar su fecundidad” (párr. 146). Es decir, se reconoce que la decisión de un Estado Parte puede afectar particularmente no solo a las mujeres como grupo sino al modo en que estas gozan de ciertos derechos que les son esenciales.

Sobre el derecho a la salud, en la mencionada sentencia se señala que esta “constituye un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (párr. 148), sobre lo cual la Corte se enfoca en la salud sexual y reproductiva, siendo que esta última consiste en “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”⁷⁴ (párr. 148). En ese sentido, “la falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva” (párr. 147). Tomando en cuenta que “la Corte considera que la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada” (párr. 143), la salud forma parte del núcleo de aquel derecho.

Sobre el aborto, no se brinda una definición, pero “el Comité de Derechos Humanos ha señalado que se viola el derecho a la vida de la madre cuando las leyes que restringen el acceso al aborto obligan a la mujer a recurrir al aborto inseguro, exponiéndola a morir” (párrafo 226). Además, el CEDAW ha expresado “su preocupación por el potencial que las leyes antiaborto tienen de atentar contra el derecho de la mujer a la vida y la salud” (párrafo 228). Es decir, se mantiene la línea argumentativa del caso *Paton vs. Reino Unido* que se condice con la postura de la CIDH.

De esta manera, el razonamiento de la Corte en el Caso *Artavia Murillo* dota de contenido al aborto, las mujeres y el derecho a la salud, entre otros temas. Asimismo, se observa que las mujeres pueden ser un grupo vulnerable que sufre de manera peculiar, por un lado, las sentencias y/o disposiciones normativas cuando se limitan sus derechos y, por otro lado, el menoscabo o inexistencia de servicios de salud, tal y como ha expuesto la Corte y, como revisamos, la CIDH.

Sobre su relevancia, la CIDH destaca principalmente porque emite jurisprudencia que permite definir y delimitar los límites de diversos temas como los vinculados a esta investigación. Aquello trasciende dado que tiene un impacto directo en los marcos normativos de los Estados parte para que adopten medidas en pro de los derechos contenidos en la Convención. Así, decisiones como la del caso *Artavia Murillo Rica* pueden ser el motivo de creación de nuevas leyes o la modificación de otras.

Como se explicó en el marco teórico, la Corte señala que “la protección del derecho a la vida (...) no es absoluta” (párr. 264), lo que es compatible con los aportes del Comité de derechos humanos⁷⁵ y el CEDAW⁷⁶. En ese sentido, la postura de la Corte refuerza el que es admisible postular que el derecho de otros y *otros* derechos pueden primar por encima de aquel. En otras palabras, a nivel jurisprudencial-interamericano e incluso teórico, la Corte se inclina hacia la despenalización del aborto.

2.1.4 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

En líneas generales, debe señalarse que “el sistema universal está conformado por numerosas convenciones y órganos creados para vigilar el cumplimiento de los distintos tratados de derechos

⁷⁴ Según el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 1994, párr. 7.2; ONU A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).

⁷⁵ Sentencia *Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”)* vs. Costa Rica, párrafo 226.

⁷⁶ Sentencia *Artavia Murillo y otros (“fecundación in vitro”)* vs. Costa Rica, párrafo 228.

humanos celebrados, [esos órganos], llamados comités, son nueve” (Bregaglio, 2008, p. 95). Es decir, existen 9 comités que emiten recomendaciones paralelamente, sin que estos sean redundantes dado que coadyuvan a la formación de una doctrina de derechos humanos. De aquellos, vamos a enfocarnos en uno en particular: el Comité de la CEDAW, por lo cual pasaremos a definir ambos.

La CEDAW es “una herramienta que ayuda a las mujeres de todo el mundo a provocar cambios en su vida cotidiana [que] ha demostrado ser inestimable para oponerse a los efectos de la discriminación, que incluyen la violencia, la pobreza y la falta de protección legal, junto con la negación de la herencia, los derechos de propiedad y el acceso al crédito” (Naciones Unidas, s/f). Aquello es posible y exigible dado el artículo 2 de la misma, en el cual los Estados Partes se comprometen a “[condenar] la discriminación contra la mujer en todas sus formas, convienen en seguir, por todos los medios apropiados y sin dilaciones, una política encaminada a eliminar la discriminación contra la mujer”, lo cual complementan con el artículo 3, que indica cómo los Estados parte implementarán “todas las medidas apropiadas, incluso de carácter legislativo, para asegurar el pleno desarrollo y progreso de la mujer, con el objeto de garantizarle el ejercicio y el goce de los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con el hombre” (el énfasis es propio).

Como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (en adelante “DUDH”) “significó la transformación del Derecho internacional clásico, concebido por y para Estados, produciéndose una erosión y relativización del principio de soberanía” (Bregaglio, 2008, p. 91), la CEDAW ha sido catalogada por la ONU como la convención internacional de los derechos de las mujeres. Asimismo, tiene un comité que ha sido definido como “el órgano de expertos independientes que supervisa [su aplicación y está conformado] por expertos en derechos de la mujer de todo el mundo [y] celebra jornadas de debate general y formula recomendaciones generales” (Naciones Unidas; s/f). Aquellas son producto del análisis de la información recopilada sobre los estados. Por ejemplo, el Comité evalúa al Perú según la data que este haya proporcionado y/o lo que se haya podido recopilar sobre la situación de los derechos en el país: si el panorama evidencia acciones encaminadas al respeto y cumplimiento de la CEDAW, el Comité reconocerá dichas iniciativas, pero si se descubre la violación de derechos se detallará cómo se perpetra aquello y qué medidas deben implementarse.

Sobre el escenario peruano, el Comité de la CEDAW emitió observaciones finales en el 2014 y antes de aquello en el 2002. Asimismo, dicho órgano destaca por su producción normativa sobre diferentes ejes temáticos: violencia (Recomendación General N° 12 y 18), circuncisión (Recomendación General N° 14), el SIDA (Recomendación General N° 15), la discapacidad (Recomendación General N° 18), salud (Recomendación General N° 24), entre otras cuya pertinencia reside no solo en la meta de erradicar la discriminación contra la mujer sino en que cada Estado parte asumió dicha directriz como propia al suscribir la CEDAW. Es decir, tanto las observaciones generales como finales son vitales para las mujeres y los estados. Siguiendo esto, pasaremos a revisar, primero, 2 observaciones finales y, luego, las observaciones generales que se linean con la investigación en curso.

Las observaciones finales de 2002⁷⁷ y 2014⁷⁸ tienen diferencias considerables respecto al cumplimiento que el Comité considera fue llevado a cabo por el Estado parte. Así, en el último informe se celebran las directrices de la Guía del 2014 sobre el aborto terapéutico, pero se recuerda la naturaleza problemática del aborto, la cual recae, según el Comité, en la falta de implementación de planes preventivos que eviten los embarazos precoces. Asimismo, lo observado en ambos informes se alinea con las observaciones finales del Comité de Derechos Humanos⁷⁹ del 2000 y del 2013 pues aquel advirtió la necesidad de que el Perú brinde mecanismos

⁷⁷ Observaciones finales del Comité - CEDAW: Perú. 23/08/2002. A/57/38, párr. 454-502.

⁷⁸ CEDAW/C/PER/CO/7-8

⁷⁹ Es el nombre con el que se conoce al Comité que vela por el cumplimiento del PIDCP.

de respuesta y regulaciones nuevas en los casos de embarazos producto de violaciones o incesto. Esto no solo evidencia que los Comités pueden coincidir, sino que una misma acción puede implicar una violación tanto del CEDAW como de, por ejemplo, el PIDCP.

A continuación, se presentarán lo más relevante de las observaciones del Comité de la CEDAW del 2002 y 2014, siendo los temas de nuestro interés el aborto, las mujeres como grupo heterogéneo y el derecho a la salud. Así, como apoyo visual se presentarán las observaciones finales en un cuadro comparativo que expondrá únicamente dos factores: los aspectos positivos recogidos por el Comité y los principales motivos de preocupación y recomendaciones que brinden.

Tabla 8. Observaciones finales del Comité de la CEDAW para el Perú

Año	Aspectos positivos	Principales motivos de preocupación y recomendaciones
2002	En el apartado 467 se elogia la creación del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.	En el apartado 482 se manifestó preocupación por, primero, <i>la salud reproductiva</i> de las mujeres debido a la eliminación del Programa Mujer, Salud y Desarrollo; segundo, <i>la alta tasa de mortalidad derivada</i> de la maternidad causada por los <i>abortos clandestinos</i> ; tercero, la <i>insuficiente y limitada difusión de la educación sexual</i> y oferta de métodos anticonceptivos; cuarto, la <i>tasa de contagio del VIH/SIDA en las mujeres particularmente jóvenes</i> .
2014	En el apartado 5 se reconocen las directrices técnicas para el aborto terapéutico, en 2014, el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, en 2013 y el Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017, en 2012, entre otros, como esfuerzos alineados con el objetivo de la CEDAW.	En el apartado 35 se reconoce la <i>adopción de las directrices técnicas sobre el aborto terapéutico</i> y el plan para la prevención de los embarazos precoces, pero se manifiesta <i>preocupación por las condiciones exigidas para el aborto terapéutico</i> como la presencia y firma de un testigo y la aprobación de una junta. Asimismo, el Comité reitera su inquietud sobre el reconocimiento y la protección de los derechos de la mujer en materia de salud reproductiva, la penalización del aborto en casos de violación o incesto, la interpretación restrictiva del aborto terapéutico, etc. Además, en el apartado 36 se afirma que “los abortos en condiciones de riesgo son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad materna” y se recomienda eliminar las medidas punitivas contra las mujeres que abortan, entre otras posibles soluciones.

Nota. Elaboración propia.

Así, en el informe del 2002 se reconoce el problema que representan los abortos clandestinos, temas que fueron anticipados en el informe del Comité del PIDCP del año 2000. Es decir, la mortalidad de las mujeres causada por los abortos clandestinos es un hecho que transgrede dos convenciones y que ha sido, hasta este punto, observada por dos Comités, pero el Perú no ha logrado atender la gravedad del problema, lo que explica, por un lado, lo observado en el 2014 por el Comité de la CEDAW y, por otro lado, que el 19% de peruanas afirmen que se han realizado un aborto que, dada su ilegalidad en el Perú, probablemente haya sido practicado en la clandestinidad (Promsex 2018).

Asimismo, en las observaciones del 2014 se reconoce de manera positiva las directrices técnicas para el aborto terapéutico, pero observan algunos de sus requisitos: contar con un testigo y esperar que la junta médica apruebe el procedimiento (párr. 35). Al parecer aquello fue subsanado pues en la Guía vigente no figuran. Lo cierto es que la Guía de 2020 contiene 13 circunstancias en las cuales el aborto terapéutico es legal y no se subordina su aprobación a la decisión de un director o junta médica.

Ahora, corresponde presentar los principales aportes de las observaciones generales que emite el Comité. Siguiendo la temática propuesta, los informes más trascendentes son el N.º 19, N.º 21, N.º 24 y el N.º 26, los cuales se presentarán a continuación.

Tabla 9. Observaciones generales del Comité de la CEDAW

Observaciones Generales	Año	Artículo	Resumen
Nº 19 La violencia contra la mujer	1992	24.m	El Comité recomendó que los Estados Parte tomen medidas para que “las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”.

Nº 21 La igualdad en el matrimonio y en las relaciones familiares	1994	22	El comité recalcó que las <i>prácticas coercitivas</i> como el embarazo, <i>el aborto</i> o la esterilización forzada son lesivas y <i>tienen peligrosas consecuencias para las mujeres</i> , por lo cual se recomendó que las mujeres tengan acceso a información sobre “ <i>medidas anticonceptivas</i> y su uso, así como garantías de <i>recibir educación sexual y servicios de planificación de la familia</i> ” para tomar decisiones informadas.
Nº 24 La mujer y la salud (artículo 12 de la CEDAW)	1999	12.d	El Comité comentó que los estados deberían informar sobre <i>cómo abordan los derechos de la mujer en los temas de salud</i> como la atención médica ya que “la mujer estará menos dispuesta a obtener atención médica para tratar enfermedades de los órganos genitales, utilizar medios anticonceptivos o atender a casos de abortos incompletos”.
		31.c	El Comité postula que los Estados Parte deben <i>priorizar la prevención del embarazo no deseado</i> mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal” a lo que añaden que <i>deberían abolirse las medidas punitivas impuestas al aborto</i> .
Nº 26 Sobre las trabajadoras migratorias	2008	18	El Comité enuncia que la discriminación es incluso más grave cuando se trata de mujeres trabajadores migrantes en estado de gestación pues pueden <i>verse forzadas a pruebas de embarazo o abortos</i> so pena de deportación o del despido, situaciones que se agravan cuando se existen servicios de salud disponibles para ellas.

Nota. Elaboración propia.

Las observaciones generales refuerzan lo expuesto en el subpunto 1.1 de este capítulo: el aborto está íntimamente ligado al desarrollo de la vida de las mujeres, al igual que la gestación. Para ambos escenarios las mujeres requieren acceso a los servicios de salud y si estos no brindan información o facilidades para el control de la natalidad, el resultado normalmente es un embarazo no deseado que puede volverse un aborto inseguro, como ha anticipado el Comité. Asimismo, si dichos servicios no tienen un enfoque de género⁸⁰ entonces no contarán con medidas, instrumentos o personal médico capaz de educar y de atender idóneamente.

Al revisar la CEDAW y sus observaciones generales se observa que los Estados parte no logran resguardar idóneamente los derechos de las mujeres pues, por ejemplo, ofrecen servicios de salud, que no se encuentran debidamente implementados. Aquello demuestra que no se estaría cumpliendo con la disponibilidad de recursos, la accesibilidad a los mismos, la calidad de aquellos y mucho menos la aceptabilidad de los sujetos. Es decir, peligra la conservación del derecho a la salud, pero para un grupo determinado: las mujeres.

Asimismo, de estas 4 observaciones resalta que la principal recomendación que ofrece el Comité es la de impartir conocimiento, por lo cual sugieren que se dispongan medidas para difundir la educación sexual y acceder a la planificación familiar. Es decir, se apuesta por un rol más activo de las mujeres en tanto serían ellas quienes decidan sobre sí mismas. Sin embargo, el adquirir conocimiento no libra a las mujeres de embarazos forzados (v. gr. violaciones sexuales) y por eso el Comité recomienda que, idealmente, los estados eliminen la penalización del aborto de sus marcos normativos o que modifiquen los mismos de cara a no desproteger a las mujeres.

Siguiendo lo expuesto, se puede afirmar que la postura de la CEDAW es apostar por la despenalización del aborto en pro de la protección y resguardo de los derechos de las mujeres. Es decir, coincide con la postura de la CIDH y la Corte, pero la motivación es diferente en tanto se trata de otro cuerpo normativo.

2.1.5 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

En el artículo 2.1 del PIDCP se indica que los Estados parte asumen el compromiso de “respetar y a garantizar a todos los individuos que se encuentren en su territorio y estén sujetos a su jurisdicción los derechos reconocidos en el presente Pacto, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole”. Así, se observa que la prohibición de discriminación es exigible y compartida tanto por la CEDAW como el PIDCP. Es importante

⁸⁰ Se abordará en el Capítulo 2.

resaltar que compartir objetivos no resulta contraproducente, sino todo lo contrario: la comunidad internacional eleva a calidad de estándar el velar por la erradicación y prohibición de la discriminación, máxima que consecuentemente resulta exigible en el Perú como Estado parte.

La labor del Comité del PIDCP ha sido ardua y constante, no solo a nivel general sino también específico pues ha emitido Observaciones para el Perú en dos oportunidades: en el 2000 y el 2013. En ambas se comparten como apreciaciones finales que uno de sus “Principales motivos de preocupación y recomendaciones” era la regulación e impacto del aborto en el Perú. Sin embargo, dicha inquietud tuvo diferentes intensidades: en el informe del año 2000 se reconoció la existencia del problema y qué artículos se transgredían, mientras que en el documento del año 2013 se detalló la dimensión del problema, los artículos transgredidos y qué medidas debían aplicarse. A continuación, mediante una tabla de información se expondrán ambos.

Tabla 10. Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos para el Perú

2000 ⁸¹	2013 ⁸²
<p>“20. Es signo de inquietud que el aborto continúe sujeto a sanciones penales, aun cuando el embarazo sea producto de una violación. El <i>aborto clandestino continúa siendo la mayor causa de mortalidad materna en el Perú</i>. El Comité reitera que estas disposiciones son incompatibles con los artículos 3, 6 y 7 del Pacto y recomienda que se revise la ley para establecer excepciones a la prohibición y sanción del aborto”.</p>	<p>“14. El Comité, recordando sus anteriores observaciones finales (CCPR/CO/70/PER, párr. 20), expresa su preocupación por el elevado porcentaje de mortalidad materna relacionada con el aborto, por el hecho de que siga considerándose delito el aborto cuando el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto y por la falta de un protocolo nacional que regule la práctica del aborto terapéutico [...]”⁸³. El Comité recomienda al Estado parte que:</p> <p>a) <i>Revise su legislación sobre el aborto</i> y prevea excepciones adicionales en los casos en que el embarazo sea consecuencia de una violación o incesto;</p> <p>b) <i>Adopte rápidamente un protocolo nacional que regule la práctica del aborto terapéutico</i>⁸⁴ [...]</p>

Nota. Elaboración propia.

Se aprecia que la observación del 2013 actúa en armonía con la del 2000 pues la directriz es la misma: que se evalúen y deroguen las normas que penalizan el aborto de manera total. Ahora, lo observado en el 2013 evidencia que lo anticipado en el 2000 no fue atendido, lo que significa que los abortos clandestinos fueron una práctica continua. Dicha premisa se respalda con las cifras expuestas en la introducción: como anunciaban Taype-Rondan y Merino-García, el número de hospitalizaciones producto de abortos -dada la ilegalidad de la práctica se entiende fueron ejecutados de manera ilícita- podría asociarse al uso clandestino del misoprostol (2016).

Sobre las observaciones del 2013, destaca, por un lado, que fueron parcialmente acatadas en tanto la Guía⁸⁵ se emitió en el 2014 y, por otro lado, ya no se especifica la peligrosidad del aborto clandestino, sino que el énfasis reside en que ciertas causales de embarazo (v.gr. violaciones sexuales e incesto) deberían ser despenalizadas. Además, el Comité recomienda que aumenten las políticas públicas para garantizar la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva e impartir educación sobre métodos anticonceptivos y educación sexual.

En el informe del año 2000 se cuestionan las prácticas que atentan contra el derecho a la salud, pero el escenario en el cual se emite dicha observación es la “práctica del aislamiento de un año tanto para procesados como para sentenciados de acuerdo a los Reglamentos del Régimen de Vida y Progresividad del Tratamiento para Internos de Difícil Readaptación, Procesados o

⁸¹ CCPR/CO/70/PER

⁸² CCPR/C/PER/CO/5

⁸³ Cabe agregar que el Comité lamentó “la decisión adoptada por el Tribunal Constitucional de prohibir la distribución gratuita de anticonceptivos orales de emergencia (arts. 2, 3, 6, 17 y 26).

⁸⁴ El protocolo fue aprobado en el 2014.

⁸⁵ Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menos de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal, mencionada en el subpunto 1.1.

Sentenciados por Delitos Comunes y por Terrorismo y de Traición a la Patria” (párr. 15). Es decir, el Comité no brinda definiciones o recomendaciones pues solo expone el panorama del cual tiene conocimiento.

Sin embargo, el informe del 2013 es diferente pues se expresa la importancia de la salud sexual al recomendar que Perú procure reducir las cifras de “embarazos de adolescentes y la mortalidad materna, en particular en las zonas rurales, y garantice la prestación (...) de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva que incluyan los anticonceptivos orales de emergencia” lo cual deberá reforzarse mediante la “ejecución efectiva de los programas de educación y sensibilización en los niveles oficiales (...) y oficiosos (medios de comunicación) sobre la importancia del uso de anticonceptivos y sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva” (párr. 14). Así, destaca que en ambos informes se aborda a las mujeres como grupo afectado.

Ambos informes resultan de imperativo cumplimiento para el Perú ya que el Comité es un órgano autorizado para sugerir, observar y recomendar pues lo hace a la luz del PIDCP. Si bien comparten diferentes temáticas, resaltan las apreciaciones emitidas sobre el aborto y su impacto en las mujeres, seguido de la trascendencia que se le otorga a la salud sexual. En ese sentido, se aprecia que el PIDCP es de gran importancia para este trabajo pues las observaciones emitidas dotan de contenido a temas de nuestro interés.

Tras revisar los dispositivos normativos interamericanos más relevantes para este trabajo, por un lado, es sencillo determinar que el PIDCP sigue la línea argumentativa de la CEDAW, la CIDH y la Corte, en tanto identifica, rechaza y busca prevenir la comisión de sucesos que atenten contra los derechos consagrados en él. En ese sentido, se rechazan tanto los abortos clandestinos como las situaciones que los vuelven factible ya que atentan contra los derechos de las mujeres. Por otro lado, es importante detenernos no en los pactos o convenciones, sino en su producción documentaria, lo que nos lleva a lo siguiente:

En primer lugar, las Observaciones finales emitidas por el Comité de la CEDAW (Tabla 1) y las del Comité de Derechos Humanos, ambas emitidas para el Perú (Tabla 3) nos permiten afirmar que dicho estado no ha cumplido totalmente con los tratados internacionales suscritos. Así, en el 2002 se advirtió lo peligrosos que son los abortos clandestinos y en el 2014 se indicó lo mismo ya que se identificó que el aborto como práctica se mantenía vigente y, por ende, continuaba poniendo en peligro la salud reproductiva de las peruanas. Es más, se detalló que la regulación del aborto terapéutico generaba inquietud por los requisitos exigidos para su práctica. De igual manera, en el 2000 se expresó preocupación por los abortos clandestinos y se cuestionó la regulación del aborto a nivel punitivo (se cuestionaba su prohibición); luego, en el 2013 se mantuvo la esencia del discurso y se exhortó a una revisión de la regulación penal de dicha práctica y a la implementación de un protocolo para el aborto terapéutico, lo que ocurrió años después.

En segundo lugar, como se desprende de las Observaciones Generales compartidas en la Tabla N° 2, desde los 90 se comparten a nivel interamericano parámetros sobre la regulación de diversos temas concernientes a los derechos de las mujeres. Así, tómesese como ejemplo que desde 1992, mediante la Observación General N° 19 sobre Violencia contra la Mujer, se recomendaba que los estados implementen o adecuen las medidas necesarias para evitar que las mujeres se sometan a abortos ilegales que pueden ser inseguros. Sin embargo, como se evidenció en el primer capítulo, el estado peruano no ha satisfecho dicho punto cabalmente: no solo porque el único tipo de aborto es legal es el terapéutico, sino que la falta de regulación de este dio origen a casos como los de K.L. y L.C. Además, debe comentarse que su regulación se implementó propiamente durante la mitad de la década del 2010 con la Guía; es decir, más de 20 años después de la Observación General citada.

Ahora, el enfoque interseccional nos exige identificar las implicancias de las Observaciones Generales. Al hacer aquello, destaca que las principales receptoras de estas deberían ser las mujeres, en tanto son sus derechos los que pretenden ser salvaguardados por la comunidad

interamericana. En ese sentido, si bien la sugerencia fue emitida para un grupo de estados, lo cierto es que estos tienen como elemento en común una protección débil -según se desprende de lo expuesto por las Observaciones Generales- hacia las mujeres. Al enfocarnos en Perú destaca que los abortos clandestinos son un problema y que el colectivo de mujeres es diverso, por lo cual limitar el acceso del aborto terapéutico a determinados casos clínicos perjudica a grupos específicos de mujeres: aquellas que no pueden acceder a un diagnóstico médico porque su localidad no cuenta con centros médicos, aquellas que por falta de educación sexual no tomaron conocimiento oportunamente de su gestación, aquellas que fueron víctimas de delitos sexuales que rechazan la maternidad que les pudo ser impuesta y muchos otros escenarios que desbordan las 11 entidades clínicas contenidas en el Manual. Es decir, el enfoque interseccional evidencia que la actual regulación del aborto en el Perú es insuficiente para cumplir con lo dispuesto por la comunidad internacional.

En tercer lugar, la regulación de los derechos de la mujer a nivel interamericano difiere a la nacional pues la primera suele estar orientada hacia la protección de dichos derechos, siendo el derecho a la salud uno de los más importantes pues se procura que estas accedan a los servicios mínimos y necesarios para resguardar su integridad, por lo cual la línea argumentativa suele encaminarse hacia la despenalización del aborto. No obstante, en el ámbito nacional existieron diversas demoras respecto a alcanzar el nivel de protección sugerido por la comunidad interamericana: el aborto sigue siendo una práctica penalizada siendo la única excepción el aborto terapéutico, mas no totalmente pues las solicitantes deben encontrarse dentro de determinados escenarios -mencionados en las guías- para que el procedimiento pueda llevarse a cabo.

Ahora, teniendo en cuenta que las peruanas no conforman un grupo homogéneo y que aquello no significa privilegiar los derechos y/o necesidades de unas frente a otras, el enfoque feminista se alinea con los marcos normativo e incluso teórico para señalar que es de gran menester revisar la penalización desde dicha premisa. Al hacerlo, se identificará que los problemas vinculados al aborto son resultado del ámbito legal del aborto, mas no de la naturaleza de dicho procedimiento. Es mas, la OMS coincide con la CIDH y la Corte IDH al afirmar que el derecho a la salud exige proporcionarles a los sujetos los servicios y demás necesarios para conservar y salvaguardar ese derecho del que son titulares.

Entonces, las observaciones finales para el Perú y las generales evidencian la necesidad de una política de salud eficiente que consiga disminuir – o paradigmáticamente eliminar – los abortos clandestinos para reducir las cifras de mortalidad en las mujeres. Asimismo, el Comité ha sido consistente sobre la importancia de la educación y salud sexual de las mujeres. Con todo, se aprecia que continuamente se ha sugerido una modificación normativa en el territorio nacional para que lo observado pueda ser libremente ejecutado y exigido. No obstante, el que no se haya ejecutado evidencia que el *frame* que se respalda normativamente es el de defender la penalización del aborto.

En ese sentido, se puede afirmar que el desarrollo de la legalidad del aborto en el Perú no se ha adecuado al estándar interamericano construido en mérito a las Observaciones Generales revisadas, sino que se ha incumplido con las exigencias del movimiento, siendo las principales perjudicadas las peruanas. Es decir, ni el movimiento feminista ni el enfoque interseccional logran explicar cómo la regulación peruana sobre la terminación del embarazo logra aportar para el desarrollo de los derechos de las mujeres.

2.2 A nivel nacional

Estos dispositivos normativos se vinculan, en sentido general, con los expuestos en el subpunto anterior. Esto pues las normas peruanas revisadas son posteriores a la incorporación de, por ejemplo, la CEDAW y el PIDCP, los cuales son aplicables y exigibles en el Perú dada a la cuarta

disposición final y transitoria⁸⁶, el artículo 200.4⁸⁷ de la Constitución y el artículo 2047⁸⁸ del CC, siendo que una interpretación sistemática y la aplicación del control de convencionalidad nos permite justificar su exigibilidad en el país. Teniendo esto en cuenta, se procederá a evaluar el CP, el CC y la Ley General de Salud.

Antes de iniciar, es importante empezar este subpunto teniendo en cuenta que no se ha podido determinar cuáles son los derechos protegidos por el estado peruano respecto de las mujeres en el contexto de la penalización del aborto. Si partimos de la perspectiva de las mujeres como sujetos de derecho, estas tienen derecho a la salud -entendido en este instante como el acceso a los servicios de salud- y la comunidad interamericana reconoce aquello y sugiere su atención prioritaria, lo que justifica que soliciten al estado peruano modificar sus políticas normativas: las cifras de abortos clandestinos no se han reducido y, por ende, miles de peruanas siguen poniéndose en riesgo. No obstante, el estado peruano mantiene dicha prohibición, lo que nos permite cuestionar la regulación vigente en tanto se erige como un impedimento para el acceso directo y adecuado de las peruanas a un marco legal que vele por sus intereses.

2.2.1 El Código Penal Peruano

El objetivo principal de esta investigación es determinar cómo la condición de ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas, por lo cual es exigible revisar el cuerpo normativo que penaliza dicha práctica. Entonces, en este subpunto nos concentraremos únicamente en los artículos que tipifican el aborto dado que el aspecto dogmático sobre los elementos del tipo penal (v.gr. bien jurídico, conductas típicas, sujetos) se presentaron líneas arriba.

Para empezar, se aprecia que todos los artículos relacionados al aborto se encuentran en el Capítulo II del Título I del Libro Segundo que regula la parte especial, es decir, los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud. Así, en dicha sección se plasman 7 artículos, de los cuales 6 catalogan al aborto como ilegal, mientras que solo 1 contempla la excepción a dicha categoría.

Tabla 11. Regulación del aborto en el CP

Tipo de aborto para el CPP	N° artículo	Contenido
Autoaborto	114	La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de 52 a 104 jornadas.
Aborto consentido	115	El que causa el aborto <i>con el consentimiento de la gestante</i> , será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 4 años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de 2 ni mayor de 5 años.
Aborto sin consentimiento	116	El que hace abortar a una mujer <i>sin su consentimiento</i> , será reprimido con pena privativa de libertad no menor de 3 ni mayor de 5 años. Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado, la pena será no menor de cinco ni mayor de 10 años.
Agravación de la pena por la calidad del sujeto	117	El médico, obstetra, farmacéutico, o cualquier profesional sanitario, <i>que abusa de su ciencia o arte para causar el aborto</i> , será reprimido con la pena de los artículos 115 y 116 e inhabilitación conforme al artículo 36, incisos 4 y 8
Aborto preterintencional	118	El que, <i>con violencia</i> , ocasiona un aborto, sin haber <i>tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo</i> , será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de 2 años, o con prestación de servicio comunitario de 52 a 104 jornadas.

⁸⁶ “Cuarta.- Las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú”.

⁸⁷ “4. La Acción de Inconstitucionalidad, que procede contra las normas que tienen rango de ley: leyes, decretos legislativos, decretos de urgencia, tratados, reglamentos del Congreso, normas regionales de carácter general y ordenanzas municipales que contravengan la Constitución en la forma o en el fondo”.

⁸⁸ “El derecho aplicable para regular relaciones jurídicas vinculadas con ordenamientos jurídicos extranjeros se determina de acuerdo con los tratados internacionales ratificados por el Perú que sean pertinentes y, si éstos no lo fueran, conforme a las normas del presente Libro. Además, son aplicables, supletoriamente, los principios y criterios consagrados por la doctrina del Derecho Internacional Privado”.

Aborto terapéutico	119	No es punible el aborto <i>practicado por un médico con el consentimiento</i> de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.
Aborto sentimental y eugenésico	120	El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de 3 meses: 1. Cuando el embarazo sea consecuencia de <i>violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; o</i> 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento <i>graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico.</i>

Nota. Elaboración propia.

Se aprecia que, a excepción del artículo 119, todos los artículos están orientados a condenar el aborto, por lo cual lo analizan desde diferentes ángulos. Así, el artículo 114 identifica a la mujer como el sujeto activo que realiza el delito, mientras que en los artículos 115, 116, 117 y 118 se identifican a agentes externos como los responsables. También destaca el rol del consentimiento en los artículos 115 y 116 pues ubican a un agente externo como el sujeto activo, pero para efectos de la pena se evalúa si el aborto se llevó a cabo con o sin la aprobación de la mujer. Además, el artículo 118 también posiciona a un agente externo como sujeto activo, pero no valora el consentimiento de la mujer pues se concentra en si el agente 1) pudo notar que la mujer estaba embarazada y 2) adrede o no consigue interrumpir el embarazo.

También se observa que el artículo 117 es más específico pues como sujeto activo posiciona a los expertos en la ciencia de la salud. Además, se aprecia una valoración personal pues se señala que los profesionales de la salud que llevan a cabo un aborto están abusando de su ciencia. Es importante denotar que la OMS ha emitido diversos manuales sobre el aborto, los cuales son de acceso público pues “poder obtener un aborto seguro es una parte crucial de la atención de salud” (2022) y “al igual que con cualquier otro servicio de salud, la atención al aborto debe respetar las decisiones y necesidades de las mujeres” (2022). En ese sentido, si la organización experta en salud señala que el aborto es una práctica médica, que un aparato normativo lo considere como un abuso de conocimientos demuestra una alta carga de valoración personal legitimada en el CP.

Debido al artículo 119 se puede señalar que el aborto no está prohibido totalmente en el Perú pues se trata de una excepción “para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”. En ese sentido, les brinda a las mujeres la posibilidad de acudir a un centro de salud y solicitar el aborto terapéutico, que sería realizado en circunstancias óptimas a cargo de profesionales. Esto se adecúa a lo sugerido por la OMS pues “la atención de calidad para el aborto es una atención eficaz, esto es, *prestada por trabajadores de la salud* con cualificaciones, los recursos y la información adecuados; segura; accesible a todas las personas que la necesiten; oportuna; y respetuosa con las necesidades y los derechos de las mujeres y las niñas” (el énfasis es propio) (2022).

Sobre el artículo 120, la pena de 3 meses permite señalar que sus incisos 1 y 2 son considerados menos lesivos: la sanción es mínima. Como dato interesante, en el inciso 1 no se contempla la posibilidad de que ocurran violaciones sexuales dentro de un matrimonio. Entonces, si una mujer no casada es violada y decide abortar puede recibir hasta 3 meses de sanción, pero si se trata de una mujer casada que aborta entonces se aplicaría, por ejemplo, el artículo 114 que impone una sanción de hasta 2 años. Por eso se piensa que “la realidad del aborto en el Perú nos muestra que estamos frente a penas simbólicas, porque la sociedad ya ‘legalizó’ el aborto” (Sisniegas 2021).

Sobre su relevancia, el CP es fundamental tanto para esta investigación como para la regulación del aborto porque determina la legalidad de aquel. De esta manera, se observa que la prohibición podría ser total si no se contara con la existencia del artículo 119, por lo cual la norma es la penalización y la excepción el aborto terapéutico: se ha permitido (artículo 119) e incluso atenuado la sanción del mismo (artículo 120). De esta manera, se puede determinar que la mujer y los derechos de los que es titular no fueron prioridad en 7 artículos sino lo opuesto: se le sanciona al pretender ser la titular del derecho en pugna, que viene a ser el derecho a la vida.

Entonces, el *frame* del CP se opone al de la comunicad interamericana pues determina la penalización como la regla. Adicionalmente, si aplicamos los métodos feministas obtendríamos los mismos resultados que en el marco teórico pues la mujer no tiene un rol como sujeto, sino que es relegada a espectadora, a pesar de que se tratan de derechos cuya titularidad y disfrute puede y de hecho, mediante el feminismo, reclama.

2.2.2 El Código Civil

En este subpunto presentaremos los artículos del CC que introducen elementos vinculados al aborto. Es decir, se pasará revista a los términos que complementan la línea argumentativa exhibida en el CP.

Tabla 12. Presentación del Código Civil

Título	Sección	Artículo	Contenido*
I	Principio de la Persona	1	<i>La persona humana es sujeto de derecho desde su nacimiento. La vida humana comienza con la concepción.</i> El concebido es sujeto de derecho para <i>todo cuanto le favorece</i> . La atribución de derechos patrimoniales está <i>condicionada a que nazca vivo</i> .
II	Derechos de la Persona	5	<i>El derecho a la vida, a la integridad física, a la libertad, al honor y demás inherentes a la persona humana son irrenunciables</i> y no pueden ser objeto de cesión. Su ejercicio no puede sufrir limitación voluntaria, salvo lo dispuesto en el artículo 6.
		6	Los actos de disposición del propio cuerpo están prohibidos cuando ocasionen una disminución permanente de la integridad física o cuando de alguna manera sean contrarios al orden público o a las buenas costumbres. Empero, son <i>válidos</i> si su exigencia corresponde a un estado de necesidad, <i>de orden médico o quirúrgico o si están inspirados por motivos humanitarios</i> . Los actos de disposición o de utilización de órganos y tejidos de seres humanos son regulados por la ley de la materia.

Nota. Elaboración propia.

Para empezar, el artículo 1 enuncia lo que a nivel jurisprudencial y doctrinario ha sido y continúa siendo materia de discusión ya que el origen de la vida no es un tema sobre el cual existe consenso a nivel jurídico, como se ha reconocido en, por ejemplo, el caso de Artavia Murillo y otros vs Costa Rica pues “la Corte considera que se trata de una cuestión valorada de diversas formas desde una perspectiva biológica, médica, ética, moral, filosófica y religiosa, y coincide con tribunales internacionales y nacionales en el sentido que no existe una definición consensuada sobre el inicio de la vida” (apartado 185). A pesar de no existir un acuerdo, el inicio de la vida es un punto recurrente al analizar el aborto pues uno de los argumentos para exigir la ilegalidad y rechazo de la práctica es señalar que esta atenta contra la vida humana, por lo cual “el discurso bioético de las organizaciones provida entiende y defiende a embriones y fetos *como personas jurídicas y sujetos de derecho desde la concepción*, justificando sus posturas antiaborto no solo por medio de dispositivos religiosos -que siguen sobrevolando la narrativa secular-, sino también apoyándose en explicaciones científicas y bioéticas sobre el comienzo de la vida humana” (Tarullo y Sampietro, 2022, p. 414) (énfasis agregado).

De igual manera, asociada al inicio de la vida se encuentra la concepción, respecto a la cual tampoco existe consenso. Como se observa, el artículo 1 señala que la vida empieza por la concepción, pero esa premisa dista de ser específica o ajena a debates, lo que respaldamos siguiendo el razonamiento de la Corte en el caso ya mencionado, en el cual se recordó que “la definición de “concepción” que tenían los redactores de la Convención Americana ha cambiado” (apartado 179), en referencia a que en el artículo 4.1⁸⁹ de la misma se aprecia una redacción similar al artículo 1 del CC. Asimismo, la Corte explica que “en el contexto científico actual se destacan dos lecturas diferentes del término ‘concepción’. Una corriente entiende “concepción” como el momento de encuentro, o de fecundación, del óvulo por el espermatozoide. [...] Otra corriente entiende ‘concepción’ como el momento de implantación del óvulo fecundado en el útero”

⁸⁹ “Artículo 4. Derecho a la Vida. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

(apartado 180). Entonces, si una de las máximas autoridades a nivel interamericano exclama que no hay consenso, ¿cómo tomar el artículo 1 del CC como una premisa absoluta e indiscutible?

Ahora, esa falta de consenso también existe a nivel nacional y prueba de ello la contraposición de lo decidido en la sentencia del 16 de octubre de 2009 de STC 02005-2009-PA y en la Resolución N° 47 del exp. 30541-2014-0-1801-JR-CI-01. Si bien la explicación más detallada será presentada en la sección 2 del presente capítulo, en este punto se puede adelantar qué mencionaba cada una sobre la concepción. En la primera sentencia se reconocía la existencia de diferentes teorías, pero aquel “Colegiado se [decantó] por considerar que la concepción de un nuevo ser humano se produce con la fusión de las células materna y paterna con lo cual se da origen a una nueva célula que, de acuerdo al estado actual de la ciencia, constituye el inicio de la vida de un nuevo ser [y] es el concebido el que origina la condición de mujer embarazada, y no la mujer embarazada la que origina la condición de concebido” (apartado 38), mientras que en la segunda se decidió “INAPLICAR los fundamentos interpretativos respecto a la ‘concepción’ establecidos [en la primera], por ser contrarios en la actualidad a los estándares establecidos por la Corte Interamericana” (apartado 1 del Fallo). Aquello evidencia, por un lado, que incluso los jueces nacionales no manejan un concepto firme sobre el inicio de la vida y, por otro lado, la importancia de alinear la jurisprudencia nacional con los estándares internacionales.

Asimismo, el artículo 5 se relaciona con el 1 pues le otorga gran relevancia al derecho a la vida, razón por la cual destaca su irrenunciabilidad, cualidad que no debería entenderse como absoluta pues implicaría rechazar la eutanasia, práctica que es común en otros ordenamientos jurídicos, mas no en el Perú. De igual manera, se ha señalado que el derecho a la vida es absoluto, premisa que se alinea con la tendencia provida. Sostener aquello implica rechazar que exista un conflicto de derechos en cualquier ámbito pues siempre prevalecería el primero. Ahora, no solo se trata de los derechos que puedan contraponerse, sino del conflicto sobre la titularidad pues si se trata de una mujer y un concebido en pugna por el derecho a la vida, es este último para quien tal derecho es absoluto, como sostienen los provida. Sin embargo, aquello ha sido fuertemente rechazado a nivel internacional, tanto por la Corte⁹⁰ como por los Tribunales Constitucionales de Alemania⁹¹ y España⁹², entre otros, y es que sostener que el derecho a la vida no goza de un status especial o preferencial permite utilizarlo en el conflicto de derechos o de titularidad al analizar el aborto.

También se debe destacar que el artículo 6 del CC se alinea con la excepción que permite el aborto terapéutico y con la línea argumentativa del mismo. Esto pues, para empezar, en la primera oración se mencionan “actos de disposición del propio cuerpo” y el aborto es ejemplo de aquello pues se trata de mujeres que deciden interrumpir sus embarazos. En esa misma línea, en la segunda oración del referido artículo se contempla una excepción similar a la contenida en el artículo 119 del CP, por lo cual se puede señalar que tanto el CP como el CC se alinean más con la tendencia provida pues ambos rechazan el aborto desde diferentes ángulos, lo que, a su vez, implica que no siguen la tendencia interamericana de legalizar dicha práctica en pro de los derechos de las mujeres. No obstante, cabe preguntarse si dicha preferencia y el artículo 6 han inspirado otros cuerpos normativos, lo que se abordará en el siguiente subpunto al hablar de la Ley General de Salud (en adelante “LGS”).

De esta manera, se observa que la tabla revisada incluye una regulación neutral, que no está dirigida ni a favorecer ni a perjudicar a ningún grupo humano. Si bien aquello es exactamente lo que deben lograr las normas (aplicación idónea de la igualdad de género), al revisar el aborto se observa que esta práctica no es regulada adecuadamente cuando se establecen parámetros generales. En otras palabras, el artículo 1 del CC no puede ser empleado para justificar la

⁹⁰ En el apartado 273 del caso *Artavia Murillo y otros vs Costa Rica* se enuncia tajantemente que “en el presente caso, la Corte ha resaltado que el ‘derecho absoluto a la vida del embrión’ como base para la restricción de los derechos involucrados, no tiene sustento en la Convención Americana”, premisa que permite exigir que los Estados Parte de la misma no sigan una dirección opuesta.

⁹¹ BVerfG, Sentencia BVerfGE 88, 203, 28 de mayo de 1993, 2 BvF 2/90 y 4, 5/92, párr. D.I.2.b. y BVerfG, Sentencia BVerfGE 88, 203, 28 de mayo de 1993, 2 BvF 2/90 y 4, 5/92, párr. D.I.2.c.aa.

⁹² Sentencia de Recurso Previo de Constitucionalidad 53/1985, 11 de abril de 1985, párr. 8.

penalización del aborto pues aquello significaría reforzarlo como si contuviera postulados absolutos, lo que la Corte IDH ha señalado es inadmisibles pues ni el derecho a la vida -prerequisito para la existencia de todos los demás derechos- goza de esa cualidad.

Entonces, es importante abordar los artículos de la tabla desde un enfoque feminista ya que hacer aquello significa partir de una interpretación consciente de las exigencias y consecuencias de los abortos seguros. Así, se permitiría el aborto pues no se consideraría un acto lesivo de disposición del propio cuerpo, sino un uso normal de un sujeto de derecho escogiendo qué procedimiento médico realizarse. A su vez, existiría mayor predisposición sobre recurrir a la ciencia no solo para determinar el momento exacto en el que existe “vida” -lo que sí hizo la Corte IDH oportunamente- sino para regular prácticas médicas la terminación de un embarazo.

2.2.3 La ley general de salud

Existen muchos dispositivos normativos capaces de regular el derecho a la salud, desde decretos hasta leyes, pero entre todos destaca la LGS ya que se avoca exclusivamente a la regulación del derecho a la salud. Es decir, los estados pueden regular y/o incluir el derecho a la salud en múltiples sectores, como se evidenció con el enfoque de género en la tabla 5, pero si vamos a tratar el aborto y, por ende, el derecho a la salud entonces debemos ir a la principal, que viene a ser la LGS. Ahora, para que destaque la especialidad e importancia de aquella, se presentarán brevemente dos leyes que incluyen el derecho a la salud e incluso detallan su contenido esencial, para que sirvan como punto comparativo.

En el inciso i) del artículo 6 de la Ley N° 28983, Ley de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres publicada el 16 de marzo de 2007, se detalla lo siguiente:

“Artículo 6.- De los lineamientos del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y gobiernos locales

El Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y gobiernos locales, en todos los sectores, adoptan políticas, planes y programas, integrando los principios de la presente Ley de manera transversal. Para tal efecto, son lineamientos: (...)

i) *Garantizar el derecho a la salud* en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de *los derechos sexuales y reproductivos*, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura” (el énfasis es nuestro).

De igual manera, mediante la Ley 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud publicada el 2 de octubre de 2009, se modificó el artículo 15 de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, en los siguientes términos:

“Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.1 Acceso a los servicios de salud

a) A recibir *atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica* en cualquier establecimiento de salud público o privado (...)

b) A *elegir libremente* al médico o el establecimiento de salud, según disponibilidad y estructura de éste, con excepción de los servicios de emergencia

(...)

15.3 Atención y recuperación de la salud

a) A ser atendida con pleno respeto a su *dignidad e intimidad* sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo” (el énfasis es nuestro).

Así, se observa que ambas pertenecen a diferentes sectores, pero comparten y difunden la importancia del derecho a la salud al punto de precisar elementos que componen su núcleo. Esto demuestra que, dada su naturaleza, el derecho a la salud es transversal a los sectores y a los grupos humanos. A diferencia de estas, la LGS es la encargada de regular el ejercicio del derecho a la salud en el Perú. Asimismo, en su artículo 1 se postula que “toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud y a elegir el sistema previsional de su preferencia”. Según aquello, se diferencia del CP y el CC porque tiene como directriz asegurar el acceso dichas prestaciones, lo que se traduce en salvaguardar el derecho a la salud de todos los peruanos. Dada dicha envergadura, tiene un amplio contenido del cual se han seleccionado los artículos más relevantes que se vinculan con los términos expuestos y, en general, con el aborto.

Tabla 13. Principales artículos de la LGS relacionados al aborto

Artículo	Contenido
2	<i>Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales</i>
6	Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar. Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.
30	<i>El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.</i>
35	Quienes desarrollan actividades profesionales, técnicas o auxiliares relacionadas con la salud de las personas, se limitarán a ejercerlas en el área que el título, certificado o autorización legalmente expedidos determine

Nota. Elaboración propia.

El artículo 2 es importante pues recoge el estándar que ha sido elaborado a nivel internacional respecto a la importancia de los servicios de salud y la calidad de estos, como se ha detallado en el subpunto 1.1 anterior. Asimismo, esta premisa podría ser el respaldo legal para acudir a un hospital o clínica y solicitar la interrupción de un embarazo, mas aquello sería posible únicamente si no contáramos con el CP y CC que nos regula actualmente. Es decir, si interpretamos este artículo según esos cuerpos normativos se deduce que el aborto no forma parte de los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales del Perú, lo que desconoce todos los aportes de la OMS respecto a la importancia y ejercicio de los abortos.

El artículo 6 es importante pues cimienta la base para postular que la educación sexual es vital tanto para las mujeres como los hombres pues la redacción del artículo permite señalar que la titularidad del derecho a elegir libremente el método anticonceptivo preferido es para cualquier persona. Ahora, si bien no se habla de “educación” mucho menos “sexual” en dicho apartado, lo cierto es que los métodos anticonceptivos son unos de los pilares de la educación sexual y se ha recomendado constantemente que el Perú mejore no solo el acceso a ese tipo de educación, sino que debe promoverla.

Asimismo, dicho artículo es importante pues si se interpreta con el 1 se abstrae que las personas tienen derecho a solicitar la anticoncepción oral de emergencia ya que solo se esa forma se tendría acceso a una prestación de salud mientras se ejerce el derecho a escoger el método anticonceptivo. Sin embargo, en el Perú existe una controversia respecto a la libre distribución de la AOE en los hospitales. Si bien no analizaremos aquello⁹³, se puede comentar que la interpretación sistemática del artículo 6 y el estándar internacional sobre la educación sexual resolvería la controversia en favor de la libre distribución de la AOE, aunque los jueces peruanos han optado por seguir una tendencia opuesta.

El artículo 30 guarda una estrecha relación con el artículo 117 del CP pues ambos buscan que los casos de aborto sean sancionados. Asimismo, el artículo 35 también se alinea con el CP pues nos permite señalar que la indicación de “se limitarán a ejercerlas en el área” es similar a la prohibición de no abusar de su arte. Así, tanto el artículo 30 como el 35 exponen que los médicos deben suprimir el aborto como una de las intervenciones médicas que deben realizar y afianzan el rechazo al mismo al imputarles la responsabilidad de reportar los casos de interrupción del embarazo, lo que permite cuestionar por qué se enfatiza aquello en lugar de señalar que los médicos deben mantener el deber de atender a las mujeres que abortaron. La respuesta tentativa

⁹³ El tema será profundizado en el apartado 2 de este primer capítulo.

es que así se refuerza la postura del estado peruano sobre la regulación y fiscalización del aborto, la cual, como se ha sostenido, está orientada a rechazarlo y penalizarlo.

Se escogieron estos 4 artículos por la relación que mantienen con lo abordado hasta es punto, lo que implica interpretarlos según la normativa nacional (CC y CP) y la internacional (los estándares impuestos por la Corte y los Comités). Así, de este puntual y conciso análisis se advierte que la LGS permite que la penalización del aborto se extienda a la perspectiva médica pues incide de manera directa en el ejercicio de funciones de los profesionales en los términos expuestos. De igual manera, es relevante incluir la educación sexual pues constantemente ha sido recomendado que el Perú mejore su difusión e impartición. Con todo, la LGS contiene los límites e hitos de cómo se debe desarrollar el derecho a la salud en el Perú, por lo cual si esta se alinea con la tendencia de penalizar el aborto entonces está brindando servicios de salud de manera incompleta pues deja a las mujeres sin el acceso a una práctica médica estándar e incluso recomendada por la OMS.

Ahora, dada la naturaleza de la LGS y del aborto aunada a la regulación del CP, resulta pertinente compartir algunos testimonios de profesionales sobre la obligación de reportar los abortos ante la policía. Estos son algunos de los testimonios de médicos ginecoobstetras: “Los médicos tenemos un juramento Hipocrático que es el de la confidencialidad. Entonces, yo no puedo estar difundiendo porque iría en contra de eso. Sin embargo, *sé que hay una ley para denunciar* los casos de aborto”, “*cada uno debe trabajar en su rubro*. El policía que investigue, que venga a ver la lista de pacientes con aborto y que él vea si hay alguna evidencia”, “mientras no exista una adecuada educación sexual, *una libre disponibilidad de anticonceptivos*, el aborto seguirá siendo riesgo para la vida de las mujeres y un gran problema de salud pública que hay que enfrentar. Eso quiere decir que cada vez que una mujer ha abortado es una oportunidad para orientarla en anticoncepción y educación sexual en forma responsable” (el énfasis es propio) (Sanchez y otros 2015, pp. 229)⁹⁴.

Esos testimonios recogen lo que se había anticipado en los párrafos anteriores: se les impone a los médicos una labor adicional a la estándar de estrictamente brindar servicios de salud, lo que resulta incluso para ellos una imposición que en lugar de resolver problemas consigue causar más o agraviar los existentes. Siguiendo los métodos feministas, si buscamos a la mujer en esta figura encontraremos que tiene, de nuevo, un rol pasivo en tanto es quien recibe la atención de los médicos y quién podría ser acusada de aborto si el proveedor de salud la reportara ante las autoridades. Acto seguido, el método de razonamiento práctico feminista nos insta a buscar soluciones pragmáticas, lo que resulta sencillo: no imponerles a los médicos labores no vinculadas a la naturaleza de sus funciones, en tanto la regulación actual no es pragmática ni eficaz (los médicos han afirmado no reportar los casos). Finalmente, la creación de conocimiento colectivo se plasmaría en las políticas públicas elaboradas por estos médicos para orgánicamente lidiar con las pacientes que lleguen, por ejemplo, por haberse realizado un aborto clandestino.

Siguiendo lo expuesto, se observa que la LGS carece de una perspectiva de género pues no incorpora las recomendaciones ni de la OMS ni la CEDAW o el PIDCP: no existe una regulación adecuada para casos de aborto. En ese sentido, puede hablarse de un patrón a nivel nacional en tanto se ha observado lo mismo a nivel CP y CC. Sin embargo, que el aborto no esté regulado en aquellos es relativamente esperable pues se trata de una práctica específica, pero pudieron concebir un marco normativo mucho más amplio. Este panorama nos lleva a afirmar lo siguiente: las mujeres deberán tener un *rol importante* en la agenda del constitucionalismo; asimismo, se deberá contar con el derecho al rechazo, es decir, permitirles descartar elementos que pretendan

⁹⁴ El resultado de esa investigación fue que “el cumplimiento del artículo 30 de la Ley General de Salud estuvo íntimamente ligado al temor a recibir sanciones si la paciente se complicaba (pelviperitonitis, choque séptico, choque hipovolémico) o moría y se identificara la omisión de la denuncia a la policía. Esto podría hacer que sean 'considerados como cómplices' [...] Así todos los médicos mencionaron que la denuncia no era contra la paciente sino para cumplir la ley. Una razón que refirieron algunos médicos para informar a la policía los casos de aborto inducido fueron "llamar la atención a la mujer para que no vuelva a someterse a prácticas para abortar". Otra de las razones fue el interés de que se identifique y sancione a quienes practican el aborto de manera ilegal y clandestina” (p. 230).

insertarse en la mencionada agenda; finalmente, las mujeres deberán ser coautoras de la constitución (O'Donoghue y Houghton, 2019).

Lo comentado se erige como una respuesta-solución al panorama descrito hasta este punto. Esto pues el estado peruano no concibe a las mujeres como sujetos con un rol activo en la legislación del aborto, conclusión a la que arriba tras verificar que no se concretaron cambios positivos que permitan atender las observaciones realizadas por los entes internacionales. En otras palabras, las peruanas no tuvieron un rol en el desarrollo constitucional de los derechos mencionados en las Observaciones; no se descartaron los elementos que atentaban contra, por ejemplo, sus derechos reproductivos; y no fueron coautoras de ninguno de los cambios realizados en la Constitución. En otras palabras, fueron sujetos pasivos de una regulación que, como se afirmó a nivel interamericano, atenta contra sus derechos.

Con todo, las observaciones, recomendaciones y producción normativa son el resultado de las diferencias que existen sobre la idiosincrasia hoy en día. Es decir, cómo entendemos los diversos escenarios de opresión se relaciona directamente con las transformaciones del movimiento feminista y las estrategias de este. Así, surgen dos grupos: los feminismos de la igualdad⁹⁵ y el feminismo radical⁹⁶. De ambos grupos destaca el segundo debido a Catherine MacKinnon, cuyo argumento principal es que “la estructura fundamental de la sociedad es el género”, siendo aquel el elemento que determina primariamente la distribución del poder (Jaramillo en West, 2000, p. 47). Entonces, es menester partir del género, lo que nos deja entrever que es al femenino al que se le ha otorgado un rol pasivo en temas que le competen no solo estricta sino naturalmente.

Así, se entiende que el desarrollo del movimiento feminista resulte diferente al de los 90, ya sea por la agenda del momento, el trasfondo político o los diversos problemas que aquejan a las mujeres como grupo. Sin embargo, si algo debe establecerse es que se ha mantenido la esencia del movimiento sobre usar el derecho para cuestionar o exigir sus derechos. En ese sentido, es apropiado emplear el enfoque feminista para afirmar que la regulación del aborto en el Perú. Es decir, ni el movimiento feminista ni el enfoque interseccional logran explicar cómo la regulación peruana sobre la terminación del embarazo logra aportar algo positivo para el desarrollo de los derechos de las mujeres.

Si bien se ha detallado que las mujeres han sido relegadas a un personaje pasivo-secundario, esto no debe normalizar ni promover con que se les vea como víctimas de violencia en lugar de sujetos de derecho (Goldblatt, 2019). Aquello reforzaría el estigma y significaría someterlas a un continuo estado de desprotección que promovería a las mujeres como víctimas (Prandini, 2019). Con todo, al no adecuar su marco normativo según lo dispuesto por la comunidad interamericana, el Perú facilita que se normalice el rol de las mujeres como víctimas, perpetuando las altas cifras de abortos ilegales e inseguros.

En simple, el marco normativo peruano no ha incorporado las recomendaciones emitidas por la comunidad interamericana, siendo eso lo que ha permitido que durante años las mujeres reclamen la titularidad de derechos que naturalmente son suyos.

3. Marco jurisprudencial

Se presentará la producción jurisprudencial interamericana y nacional de mayor importancia para el objeto de la presente investigación. Sobre la primera, se han seleccionado únicamente dos casos en los que las víctimas son peruanas y que las controversias se vinculan directamente al aborto pues a ambas se les negó el acceso al mismo. Sobre la segunda, se expondrán el caso de la AOE

⁹⁵ Dentro de esta rama se ubican los feminismos liberales, ya sean los clásicos o los sociales.

⁹⁶ Postulan que “el género es la estructura social predominante y que el problema de las mujeres es un problema de falta de poder” (West 2000, p. 40).

y el desarrollo del aborto en instancias nacionales. Siendo ese el orden, se recurrirá a conclusiones del apartado teórico y normativo para enriquecer el análisis en esta parte.

3.1 En el sistema interamericano

En este subpunto se presentarán los casos de K.L. y L.C., siendo la estructura la siguiente: se dará cuenta de la base normativa en razón de la cual se resolvió el caso; luego, se resumirá la sentencia (v. gr. denunciantes, representantes, presuntas víctimas); después, se compartirá la decisión de los entes internacionales; y, finalmente, se compartirá el análisis del caso.

3.1.1 Caso K.L.⁹⁷

El Comité de Derechos Humanos analizó y decidió sobre el presente caso, el cual se caracteriza por las transgresiones de los artículos 2, 3, 6, 7, 17, 24 y 26 del PIDCP, el cual fue aprobado mediante el Decreto Ley N° 22128 de fecha 28 de marzo de 1978; y el artículo 2 del protocolo Facultativo que entró en vigor para el Perú en 1980. Asimismo, el tema se resumió como la negativa a prestarle servicios médicos a la autora en el caso de un aborto terapéutico no punible. Además, como cuestión de fondo, destaca el “derecho a un recurso efectivo”, lo que consideramos será mejor entendido al narrar los hechos.

Para empezar, los hechos serán presentados de manera cronológica, por lo cual se sugiere prestar especial atención a las fechas y a lo ocurrido en cada una de ellas:

- marzo/2001: K.L. resulta embarazada a los 17 años.
- junio/2001: la autora acudió al Hospital Nacional Arzobispo Loayza para realizarse una ecografía, tras la cual se identificó que el feto era anencefálico.
- 03/julio/2001: Ygor Pérez Solf, médico gineco-obstetra del mencionado hospital, informó a la autora sobre lo riesgo del embarazo y le comentó que podía continuar con el mismo o interrumpirlo, pero sugirió que la autora opte por lo segundo, lo cual ella hizo y por eso se le practicaron los exámenes médicos necesarios.
- 19/julio/2001: la autora acudió al hospital esperando ser internada, pero el médico mencionado le indicó que primero debía solicitarse la autorización a Maximiliano Cárdenas Díaz, director del establecimiento. Como se indicó, la autora era menor de edad, por lo cual su madre es quien hizo la solicitud.
- 24/julio/2001: Cárdenas rechazó la solicitud argumentando que la interrupción del embarazo era penada por el artículo 120 del CPP y que el artículo 119 del mismo indicaba que solo se permitía el aborto si era el único medio para salvar la vida de la madre o evitar daños en su salud. En otras palabras, el director no consideró que la condición de anencefalia repercutía de manera perjudicial no solo para el feto sino para la gestante.
- 16/agosto/2001: Amanda Gayoso, asistente social adscrita al Colegio de Asistentes Sociales del Perú indicó que continuar con el embarazo tendría graves consecuencias, como angustia e inestabilidad emocional, para la autora.
- 20/agosto/2001: Marta B. Rendón, médico psiquiatra adscrita al Colegio Médico Peruano, indicó en su informe médico psiquiátrico que se estaba forzando a la autora a llevar a cabo un embarazo que se sabía terminaría con la muerte inevitable del feto, lo que desencadenó un cuadro de depresión en la autora.
- 13/enero/2002: la autora dio a luz a una bebé anencefálica que murió días después.

La narración de los hechos evidencia la inaplicación del artículo 119 del CPP, en virtud del cual las mujeres pueden solicitar que se les practique el aborto terapéutico. Es decir, dada la regulación de inicios de los 2000, se mantenía el rol pasivo de las mujeres en ámbitos que son estrictamente de su interés: las peruanas solo podían “solicitar” y esperar que se les realice, o no, el procedimiento. Tomando en cuenta la existencia de las guías de 2014 y 2020, se observa que ahora existen entidades clínicas que permiten la realización de los abortos terapéuticos sin que media el visto bueno de ningún actor extra.

⁹⁷ CCPR/C/85/D/1153/2003 del 22 de noviembre de 2005.

De vuelta al caso, la fecha de aprobación del dictamen fue 2005, lo que nos permite afirmar que desde entonces el Perú debió acatar lo dispuesto por el Comité y no solo indemnizar a K.L. sino adoptar medidas en pro de evitar que ocurran casos similares, pero es aquí donde debemos recordar el CCPR/CO/70/PER⁹⁸ pues el Comité ya le había solicitado al Perú aquello último 5 años atrás. En otras palabras, si el Perú hubiera cumplido de manera oportuna con las observaciones del Comité probablemente no tendríamos un caso que reseñar. Ahora, esa conducta se ha repetido a lo largo del tiempo pues ha sido recién en el 2014 que se dio a conocer la Guía y ya en el 2020 es que se permiten más escenarios para solicitar el aborto terapéutico.

Dado el antecedente de K.L., se hubiera esperado que la Guía de 2014 incluya a la salud mental como una causal para la ejecución del aborto terapéutico, pero aquello se hizo recién en el 2020. Al respecto, la psiquiatra Marta Rondón señala que “la depresión es una enfermedad grave, crónica, incapacitante que conlleva un riesgo de muerte por suicidio” y que “el [TC] dice que la salud mental es indispensable para la vida digna, por tanto, le compete al Estado protegerla” (Promsex 2015). En ese sentido, al no considerar que un diagnóstico de tipo psicológico o psiquiátrico puede aquejar gravemente a las peruanas es peligroso, por lo cual la 13° entidad clínica en la guía de 2020 es una acción positiva que supera la redacción del 2014 en cuya 11° entidad clínica señalaba “cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente *fundamentada por la Junta Médica*” (el énfasis es propio).

Resulta fundamental establecer la importancia de la salud mental de las gestantes como un bien que merece protección pues en el fundamento 6.3 de la decisión se indicó que “el Comité ha señalado en su Observación General No.20 que el derecho protegido en el artículo 7 del Pacto no solo hace referencia al dolor físico, sino también al sufrimiento moral y que esta protección es particularmente importante cuando se trata de menores”, por lo cual, por un lado, debe establecerse que el estado Peruano sometió a K.L. a un trato cruel, inhumano e incluso degradante en mérito del mencionado artículo 7⁹⁹ y, por otro lado, no incluir la salud mental en la Guía de 2014 puede calificarse como una decisión premeditada que refuerza el estigma y el rol de la mujer como sujeto pasivo.

3.1.2 Caso L.C.¹⁰⁰

La CEDAW entró en vigor el 13 de octubre de 1982 y su Protocolo Facultativo el 10 de julio de 2001, siendo desde entonces que ha tenido una influencia positiva en el Perú, no solo a nivel jurídico con el reconocimiento progresivo de los derechos de las mujeres, las cuotas de participación política por género¹⁰¹, la Ley N° 28983 sobre la Igualdad de Oportunidades entre varones y Mujeres, entre otros, sino también a nivel institucional pues hizo posible la creación de la Escuela de Oficiales Mujeres de la Policía Nacional, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Comisión de la Mujer del Congreso de la República, la Defensoría Adjunta de los Derechos de la Mujer en la Defensoría del Pueblo, la Comisión de los Derechos de la Mujer Policía, y muchas otras cuyo objetivo es velar por la protección de los derechos de las peruanas (CLADEM 2007). En ese sentido, la CEDAW ha hecho más que emitir las observaciones revisadas en el capítulo anterior: ha tenido un impacto material en el Perú.

Sin embargo, no logró cambiar la regulación lo suficiente como para evitar lo ocurrido con L.C. Así, en el 2009, T.P.F., representada por el Centro de Derechos Reproductivos y el Centro de

⁹⁸ Ver 1.1.5.

⁹⁹ “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos”.

¹⁰⁰ CEDAW/C/50/D/22/2009 del 25 de noviembre de 2011.

¹⁰¹ En el Gráfico 1 de publicación titulada “Paridad y alternancia. Elecciones generales 2021. Avances hacia una democracia paritaria” de la ONPE se exhibe el progreso de las cuotas de género y los “Hitos de la participación política de la mujer en Perú”. La publicación está disponible en <https://www.onpe.gob.pe/modEducacion/Publicaciones/DT-paridad-alternancia.pdf>.

Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, señaló que el estado peruano era responsable de la vulneración de los artículos 1, 2.c, 2.f, 3, 5, 12, y 16.e de la CEDAW - en perjuicio de su menor hija L.C. Los hechos fueron los siguientes:

2005

- L.C. tiene 11 años. J.C.R. de aproximadamente 34 años empieza a abusar sexualmente de ella

2007

- El 31 de marzo, L.C. tiene 13 años y estaba embarazada, situación que, junto a su cuadro de depresión, la condujo a intentar quitarse la vida al lanzarse de un edificio. Tras haber sido trasladada al hospital Daniel Alcides Carrión se le diagnosticó con traumatismo vertebromedular cervical, luxación cervical y sección medular completa, con riesgo de discapacidad permanente y riesgo de deterioro de la integridad cutánea resultante de la inmovilidad física; los datos fueron tan graves que L.C. requería ser operada urgentemente para evitar que se agrave el daño, por lo cual su intervención quirúrgica se agendó para el 12 de abril.
- El 13 de abril se reúne la autora con el médico y este le informa que la cirugía había sido suspendida por el embarazo de L.C. Asimismo, le indicó las autoridades
- El 18 de abril, la autora presentó la solicitud de aborto terapéutico contenido en el artículo 119 del CPP ya que días antes se le había comentado que la cirugía a la columna no se realizaría por el embarazo.
- El 7 de mayo, la Comisión de Alto Nivel de Salud Reproductiva del Colegio Médico del Perú, a solicitud de la defensora adjunta para los derechos de la mujer de la Defensoría del Pueblo, concluyó en un informe que existían argumentos suficientes para afirmar que continuar con el embarazo la “la salud física y mental de la niña está en grave riesgo, por lo que se justificaría un aborto terapéutico si este es solicitado por la parte interesada”.
- El 30 de mayo la junta médica del hospital desestima la solicitud pues consideraron que la vida de L.C. no estaba en peligro.
- El 7 de junio, la autora presentó un recurso de reconsideración ante la junta médica y adjuntó el informe del colegio médico.
- El 16 de junio L.C. sufrió un aborto espontáneo.
- El 27 de junio el director del hospital respondió la solicitud de reconsideración señalando que “no se admite reconsideración ya que son decisiones tomadas por los diversos especialistas que evaluaron a la menor”.
- El 11 de julio, casi 4 meses después de cuando se produjeron sus lesiones, L.C. fue operada de la columna.
- El 10 de diciembre con lamentable retraso comenzaron sus terapias.

Actualidad

- L.C se encuentra paralizada desde el cuello para abajo y solo ha recuperado parcialmente la movilidad de las manos. Asimismo, se encuentra conectada a una sonda que le deben cambiar cinco veces al día en condiciones higiénicas de esterilización total, lo que le impide acudir a un centro de enseñanza

A diferencia del caso de K.L., el cual se caracterizó por la falta de cualquier información del Estado parte, el estado peruano respondió que la comunicación presentada por la autora debía ser declarada inadmisibles por falta de agotamiento de recursos internos ya que T.P.F o la presunta víctima pudieron interponer un recurso de amparo o solicitar una indemnización por daños y perjuicios por no haber recibido el tratamiento médico oportunamente. Al respecto, se respondió enfatizando que “la efectividad de un recurso descansa en que este se adapte a la situación de vulnerabilidad de la víctima, las circunstancias del caso determinado y el objetivo a resolver según el derecho vulnerado” y los plazos de los recursos de amparo requerían una espera de 2 meses, por lo cual no era un recurso efectivo dada la situación de L.C.

Asimismo, la autora citó la decisión contenida en el caso de K.L. a la luz de cual destaca que el estado peruano no implementó medidas o modificaciones para que no se repitan casos similares. En esa misma línea, incluyó el CEDAW/C/PER/CO/6 de fecha 2 de febrero de 2007, en cuyo artículo 24 el Comité de la CEDAW expresó su preocupación debido a que el “Estado Parte no aplicó las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra el Perú” y observó con preocupación la relación entre el aborto ilegal y la tasa de mortalidad materna. Así, se refuerza el patrón ya identificado: se informa al estado sobre cifras y hechos que explican cómo la regulación vigente es lesiva, pero este la mantiene.

Sobre el fondo, el estado peruano sostuvo que no se vulneraron ninguna de las Convenciones alegadas, que el aborto está penalizado siendo la única excepción es el artículo 119 del CPP, que “la *gravedad* de su estado de salud está directamente relacionada con el acto que *ella misma realizó* (el intento de suicidio) y no con los efectos fisiológicos que la gestación pudo haber tenido en ella”, que “el aborto es ilegal como regla general y solo se permite por vía de excepción en los casos de aborto terapéutico [el cual no es determinado] unilateralmente la gestante sino los médicos, como efectivamente ocurrió en este caso por considerar que no representaba un riesgo para L. C.” y que “la búsqueda *oportuna* de apoyo por parte de la familia hubiera permitido proporcionar un tratamiento que, en alguna medida, habría contribuido a desarrollar y fortalecer en la niña habilidades sociales y competencias emocionales como factores protectores frente al abuso sexual y otras formas de maltrato, así como disminuir los efectos negativos de la violencia sufrida y controlar terapéuticamente los pensamientos suicidas”, entre otros argumentos (el énfasis en propio).

Sobre la decisión, el Comité consideró que no era razonable exigirle a “la autora que acudiera ante las autoridades judiciales para intentar un procedimiento cuya duración era impredecible” y que la indemnización por daños y perjuicios - propuesta por el estado peruano como una solución— “tampoco es un recurso susceptible de brindar un remedio efectivo a la autora, pues en ningún caso hubiera podido prevenir ni reparar el perjuicio irreparable causado a la salud de L. C”. Ahora, sobre el tema de fondo, el Comité señaló que “debido a su condición de mujer embarazada, L. C. no tuvo acceso a un procedimiento eficaz y accesible que le permitiese establecer su derecho a los servicios de atención médica que su estado de salud física y mental requería”. Ahora, es importante recordar que L.C. era una adolescente, por lo cual su derecho a la salud requería un enfoque interseccional: menor, de escasos recursos, posiblemente víctima de abuso sexual, con lesiones en su salud mental (intento de suicidio), por lo que no podía solo negársele (lo que se hizo) u ofrecerle las prestaciones de salud (aborto), sino que debía atenderse verdaderamente los aspectos de su salud que exigían atención.

Con todo, se determinó que el estado peruano transgredió los artículos 12 y 5 de la CEDAW, dejando de ser necesario pronunciarse sobre la posible violación del artículo 16 de la misma. De igual manera, el Perú transgredió los artículos 2.c y 2.f, junto con el artículo 3, ya que L.C. no contó con un recurso efectivo al que acudir, lo que aunado a la demora de la respuesta del director del hospital tuvo “consecuencias nefastas para la salud física y mental de L. C”. Así, en arreglo al artículo 7.3 del Protocolo Facultativo de la CEDAW, el Comité concluyó que el estado peruano violó los derechos de L.C. contenidos en los artículos 2.c, 2.f, 3, 5 y 12, así como el 1 de la CEDAW. Finalmente, ordenó medidas de reparación en favor de L.C. así como diversas pautas encaminadas a revisar la regulación peruana sobre aborto y aplicar lo sugerido. Así, destaca que el Estado pretendió desconocer las pretensiones de fondo y optó por trasladarle la responsabilidad de lo ocurrido a L.C. (Alvarez Alvarez 2018). Así, parece ser que el Perú no encuentra compatibilidad entre su marco normativo (artículo 119 CP) y la realidad pues no deja que el primer se materialice en la segunda.

3.1.3 Camila

Se observa que a nivel teórico, normativo e incluso jurisprudencial como parte acusada de transgredir derechos, el estado peruano no ha podido cederle a las mujeres un rol activo en la regulación de sus derechos sino lo opuesto: se le ha relegado y obligado a lidiar con dichas

consecuencias. En ese sentido, cabe agregar un caso extra para demostrar qué ocurre cuando se reportan problemas y se escoge hacer nada al respecto: caso Camila.

La negación del aborto terapéutico a Camila captó la atención tanto de Naciones Unidas como de Promsex (Naciones Unidas, 2023; Promsex, 2020). Se trata de una menor nacida en Huanipaca, Apurímac, que fue víctima de violencia sexual por parte de su padre desde los 9 años de edad. En el 2017, como resultado de dicha violación a su indemnidad y libertad sexual, resultó embarazada a los 13 años de edad. Así, en múltiples ocasiones manifestó su deseo de no continuar con el embarazo (había manifestado que quería quitarse la vida en repetidas ocasiones), por lo cual Camila y su madre solicitaron la interrupción legal del embarazo, a lo cual nunca se dio respuesta.

Acto seguido, Camila fue ingresada al hospital de la zona por una amenaza de aborto que terminó en un diagnóstico de aborto incompleto, por lo cual se le realizó un legrado uterino de emergencia y se le entregaron los restos a la madrina de Camila. Luego de haber sido dada de alta del hospital, personal del centro de salud, que no había sido informado de aquello, acudió a casa de Camila para su control prenatal, siendo dicha visita rechazada, por lo cual dicho personal acudió al día siguiente acompañado de personal policial, situación que se repitió luego. Dicho panorama fue observado por los vecinos de Camila, quienes cuestionaban el por qué era visitada por la policía, lo que generó que la menor se sienta estigmatizada, tras lo cual esta dejó de asistir a la escuela.

Ahora, lo resaltante es que sí se llegó a presentar una denuncia por el abuso sexual del que fue víctima la menor, pero el resultado fue opuesto al esperado por ella: a pesar de que el imputado (su padre) aceptó los cargos, el fiscal provincial solicitó que Camila sea procesada por el delito de autoaborto, recibiendo la condena correspondiente¹⁰². Así, representada por Promsex, Camila presentó su caso ante el Comité de los Derechos del Niño, el cual concluyó “que los hechos descritos revelan una violación de los derechos de la autora reconocidos en los artículos 6 y 24 de la Convención” (párr. 8.7), entre otros argumentos que detallan la violación a otros artículos, por lo cual “el Estado parte debe otorgar una reparación efectiva a la autora por las violaciones sufridas, que incluya una indemnización adecuada por el daño sufrido y un apoyo para recomponer su vida, entre otros aspectos para proseguir sus estudios” (párr. 9), tal y como se detalla en el dictamen.

Así, se observa que el aborto terapéutico no ha sido una figura eficaz, lo que justifica la existencia de los casos revisados. Si bien se ha concedido a Camila el reconocimiento de la responsabilidad del estado, resulta imperativo recordar que tanto ella como L.C. eran adolescentes cuando resultaron 1) embarazadas, 2) impedidas de acceder al aborto terapéutico y 3) obligadas a continuar con gestaciones que no fueron prósperas¹⁰³, características que deben incentivar el cuestionamiento del modelo normativo.

Es pertinente traer a colación lo siguiente sobre la interseccionalidad: en Estados Unidos, cuando las mujeres afrodescendientes son abusadas sexualmente por hombres blancos, no son víctimas por su condición de mujeres, sino por ser mujeres *afrodescendientes*. Si bien al ser mujeres se encuentran potencialmente más expuestas a abusos sexuales, su condición como afrodescendientes las despojó de protección alguna¹⁰⁴. En mérito a este ejemplo, el análisis sobre los casos expuestos en el apartado sobre el Sistema Interamericano adquiere un nuevo cariz. Así, L.C. no es solo una *mujer* a quien se le negó el aborto terapéutico, sino que se trata de 1) una víctima de abuso sexual, 2) con daño psicológico/emocional, 3) menor de edad, 4) de recursos limitados, 5) embarazada y 6) discapacitada.

¹⁰² Se debe indicar que, como se detalla en el Dictamen aprobado por el Comité en relación con el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, respecto de la comunicación núm. 136/2021, “el 17 de junio de 2019, la Sala Mixta de Abancay de la Corte Superior de Justicia de Apurímac declaró fundado el recurso, revocó la sentencia condenatoria y dispuso el archivo definitivo de la causa” (párr. 2.28) (Comité de los derechos del niño 2023).

¹⁰³ Entiéndase aquello como el hecho que ninguna de ellas dio a luz.

¹⁰⁴ “When Black women were raped by white males, they were being raped not as women generally, but as Black women specifically: Their femaleness made them sexually vulnerable to racist domination, while their Blackness effectively denied them any protection” (Crenshaw 1989, p. 158-159)

Al evidenciar dichas características se materializa el enfoque interseccional pues su objetivo es visibilizar a los grupos marginados y entender su interacción con la sociedad. De esta manera, en palabras de Crenshaw, el propósito es lograr la inclusión¹⁰⁵ de dichos grupos, identificando y eliminando las prácticas discriminatorias y lesivas en su contra, para poder emplear la dicotomía de manera positiva: cuando *ellos* participan, *todos* participamos. Siguiendo esto, lo ocurrido con L.C. y Camila son un reflejo de la aplicación -o falta de esta- de una regulación que no ha sido cambiada a pesar del antecedente de K.L.

De esta manera, la manera de resolver los casos de K.L., L.C. e incluso el de Camila demuestra que la línea argumentativa interamericana concibe al aborto como una práctica legítima a la cual debieron haber accedido todas apenas lo solicitaron, para proteger sus derechos como mujeres y, por ende, como sujetos de derecho. Así, la respuesta que recibieron de parte de los centros de salud nos permite resaltar la importancia de cumplir con cubrir y salvaguardar el núcleo del derecho a la salud pues este se vio no solo transgredido sino removido ya que brindar el servicio de atención no puede limitarse a tener centros de salud y llevar el control prenatal: debió darse atención a las solicitudes de aborto terapéutico dentro de un plazo adecuado. En simple, los casos comentados son la materialización de la falta de una regulación orientada a salvaguardar los derechos de las mujeres.

3.2 En el Perú

En este subpunto se presentarán dos instancias del desarrollo jurisdiccional en el Perú. Para empezar, se expondrá el desarrollo jurisprudencial de un caso resuelto por el TC y, luego, se expondrá la línea argumentativa a la que se ha ceñido el Poder Judicial en sus sentencias relacionadas al aborto. Así, primero se analizará la distribución de la AOE ya que el desarrollo de este caso se relaciona con el aborto porque se ofrecen valoraciones sobre la práctica. Para complementar el análisis del mencionado caso, se presentará como antecedente la producción de informes de la Defensoría del Pueblo. Finalmente, se exhibirá cómo se han resuelto y abordado los casos de aborto que arriban al sistema judicial del Perú; aquello se hará, por un lado, según los resultados contenidos en la Carta N° 000522-2022-SG-GG-PJ sobre nuestra solicitud de acceso a la información y, por otro lado, según las apreciaciones ha tenido la Corte Suprema.

3.2.1 La Anticoncepción Oral de Emergencia y el Tribunal Constitucional

Según la OMS, “la anticoncepción de urgencia se refiere a los métodos anticonceptivos que pueden utilizarse para prevenir un embarazo después de una relación sexual. Se recomienda su uso dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual, pero cuanto antes se utilicen después de la relación, mayor es su eficacia”. Asimismo, dicho organismo internacional postula que todas las mujeres con capacidad de procrear pueden ingerirla para evitar embarazos no deseados pues “no tiene ninguna contraindicación médica ni tampoco ningún límite de edad”, por lo cual tanto una adolescente como una adulta pueden solicitarla (2021).

Así, la anticoncepción de urgencia admite 4 tipos de métodos¹⁰⁶, siendo las píldoras las más frecuentes, incluso en el Perú, territorio en el cual la terminología más común es “la píldora del día siguiente” o “la pastilla del día siguiente”. Es importante agregar, además, que la OMS ha recalado que este tipo de anticoncepción “debería integrarse en los servicios de salud que se prestan a las poblaciones con mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección, incluida la atención posterior a una agresión sexual y los servicios dirigidos a mujeres y niñas que viven en entornos de emergencia o de ayuda humanitaria”, lo que se alinea con el estándar construido a partir de la producción documentaria del Comité de la CEDAW, del PIDCP y la Corte IDH.

¹⁰⁵ “The goal of this activity should be to facilitate the inclusion of marginalized groups for whom it can be said: "When they enter, we all enter" (1989, p. 167).

¹⁰⁶ Píldoras anticonceptivas de urgencia que contienen acetato de ulipristal; píldoras anticonceptivas de urgencia que contienen levonorgestrel; píldoras anticonceptivas orales combinadas; dispositivos intrauterinos de cobre.

Satisfecha la explicación, en líneas generales, sobre qué es la AOE, se puede comunicar que el primer subpunto de esta sección compartirá y analizará los aportes que ha ofrecido la Defensoría del Pueblo sobre la anticoncepción. Esto nos permitirá observar, por un lado, si esta institución se decanta hacia la distribución o la prohibición de la AOE y, por otro lado, cómo interpreta y aplica los aparatos normativos. Luego, en el segundo subpunto se detallará cronológicamente el desarrollo del caso, así como los aspectos más resaltantes de cada decisión judicial, extremo en el cual se podrá constatar cómo lidian las autoridades locales con casos en los que el aborto tiene un rol importante y cómo aplican los aparatos normativos internacionales y nacionales.

3.2.1.1 Antecedentes: el rol de la Defensoría del Pueblo

La Defensoría del Pueblo emite diversas publicaciones, entre las cuales destacan los informes que pueden ser anuales, defensoriales o de adjuntía. Al revisarlos, se aprecia que esta organización ha logrado emitir opiniones sobre diferentes ejes temáticos, siendo los problemas que aquejan a las mujeres uno de los más constantes¹⁰⁷. Entonces, dado que la AOE está estrictamente enfocada en las mujeres, se puede afirmar que es un tema relevante para las peruanas, lo que justifica el compromiso de la Defensoría con ellas, hecho que se evidencia en 5 informes defensoriales emitidos entre 1999 y 2003. A continuación, se va a presentar cada uno de esos informes junto con sus principales aportes en un cuadro.

Tabla 14. Informes Defensoriales sobre políticas públicas de planificación familiar

N°	Título	Año	Contenido
7	Anticoncepción quirúrgica voluntaria I. Casos investigados por la Defensoría ¹⁰⁸	1998	Se investigaron diversos casos en los que las mujeres afirmaron haber sido esterilizadas no necesariamente en condiciones óptimas o con su consentimiento. Tras ahondar en cada caso y en la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) como programa, se concluyó lo siguiente: para empezar, no existieron garantías para la libre elección; las campañas de planificación familiar estaban destinadas exclusivamente a la ligadura de trompas y no a la vasectomía pues el Estado privilegiaba los métodos definitivos de en desmedro de los temporales; el MINSA destinó sus metas de cobertura de métodos de planificación familiar exclusivamente a las mujeres y en ningún caso a los hombres. Ante ese panorama, las recomendaciones estaban orientadas a modificar el “Manual de Normas y Procedimientos para la AQV” y que el MINSA reformule la estructura de sus campañas, entre otras apreciaciones.
25	Observaciones a la 3ra edición del Manual de Normas y Procedimientos para Actividades de AQV ¹⁰⁹	1999	Se analiza el Manual ¹¹⁰ y expone como principales problemas los siguientes: se confunde la orientación en salud reproductiva con la promoción de la planificación familiar y los métodos anticonceptivos; la promoción y orientación sobre planificación no es correctamente diferenciada; la razón fundamental para decidir una esterilización quirúrgica radica en la presencia de un alto riesgo reproductivo; entre otros. Frente a esto, la Defensoría recomendó que se elabore un Manual que atienda las confusiones e inexactitudes señaladas.
27	La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II ¹¹¹	1999	Se expone el análisis de nuevos casos de mujeres esterilizadas en el régimen de la AQV y, a diferencia del informe N° 7, en este se añade la perspectiva médica e información estadística que denota un inadecuado manejo de las intervenciones quirúrgicas. En ese sentido, las conclusiones no fueron diferentes al informe N° 7 sino que las cifras y la intensidad de los casos reportados incrementaron pues se evidenció la falta de consentimientos informados, que no se garantizó la salud de las personas y que se brindó un trato deplorable a las personas analfabetas pues ni firmaron el consentimiento informado ni contaron con testigos del procedimiento, entre otros.
69	La aplicación de la	2002	Resaltan dos aspectos. Por un lado, se señaló que los métodos anticonceptivos no estaban siendo explicados o distribuidos de manera adecuada. Al respecto, la

¹⁰⁷ Tómese como ejemplo a la siguiente serie de informes de adjuntía: N.º 0001-2022-DP/ANA de mayo de 2022, “La protección de los derechos de niñas, niños y adolescentes migrantes de nacionalidad venezolana en el Perú”; N.º 002-2022-DP/ADM de enero de 2022, “Supervisión de las estrategias estatales sobre masculinidades para prevenir la violencia contra las mujeres”; N.º 024-2021-DP/ADM de diciembre de 2021, “Proceso de formulación de la estrategia nacional de prevención de la violencia de género contra las mujeres” y el N.º 019-2021-DP/ADM del mismo mes titulado “Violencia contra las mujeres: cuando las herramientas judiciales son utilizadas indebidamente por los agresores”; N.º 001-2021-DP/ADM de noviembre de 2021, “Autonomía física Femicidios en pandemia: análisis de casos ocurridos”; entre otros.

¹⁰⁸ https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe_7.pdf

¹⁰⁹ https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe_25.pdf

¹¹⁰ El del título, aprobado mediante la Resolución Directoral N° 019-DGSP, 10 diciembre de 1998.

¹¹¹ https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe_27.pdf

	anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III ¹¹²		Defensoría registró casos en los que se limitó o negó el acceso a los mismos y en las visitas de supervisión se identificó que no se brindaba la información debida sobre aquellos. Por otro lado, se reconoció la falta de incorporación de “pastillas de [AOE]” la cual fue incorporada en los protocolos de atención del MINSA recién en el 2001 ¹¹³ . Además, en este informe se señala que la AOE no es abortiva: “La Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, mediante Oficio N° 07-CMP/SPOG suscrito por el presidente y el secretario de dicho organismo, señala que la [AOE] no es un método abortivo” (p. 58).
78	La anticoncepción oral de emergencia ¹¹⁴	2003	En el 2001 se ordenó que se distribuya la AOE como parte de los protocolos del MINSA, pero en el 2002 se presentó una queja ante la Defensoría que denunciaba el incumplimiento de aquello. Así, en el 2003, el MINSA expresó su rechazo hacia dicha indicación argumentando que, a su juicio, no existía certeza sobre los mecanismos de acción, efectos secundarios y peligros vinculados a la AOE. Para empezar, se debe comentar que se le dedica todo un subpunto al reconocimiento internacional de los derechos reproductivos, por lo cual se menciona la trascendencia de la Convención y la CEDAW, entre otras. De igual, se establece una línea de tiempo sobre la AOE que deja entrever que la decisión del MINSA sobre no distribuir la AOE en los centros de salud público afecta directa y exclusivamente a las mujeres de escasos recursos ya que el medicamento es vendido en farmacias. Entonces, desde el 2001 hasta la emisión del informe no se distribuyó la AOE, con la excepción del ámbito privado, lo que significa que durante 2 años solo cierto tipo de peruanas no accedieron a la misma. Ante ese panorama, la principal recomendación que emitió la Defensoría fue cumplir con distribuirla para “garantizar el derecho de las personas a decidir cuándo y cuántos hijos tener, eligiendo el método de planificación familiar que consideren más adecuado” (p. 46).

Nota. Elaboración propia.

Se aprecia que los 3 primeros se relacionan estrictamente con la AQV. Asimismo, destaca que la propuesta del estado carecía de una adecuada ejecución, lo que explica los casos que investigó la Defensoría y la relevancia de los mismos se respalda en lo que fue conocido como el “caso de las esterilizaciones forzadas”¹¹⁵. Es decir, estos 3 informes defensoriales permiten observar que el estado tenía problemas ejecutando políticas de planificación familiar y las principales, sino únicas, afectadas eran las mujeres. Esta premisa se aplica en los dos últimos informes pues destaca el rol de la AOE y su falta de implementación dentro de las campañas y políticas de planificación familiar, con lo cual, dada la naturaleza de la anticoncepción, las afectadas son las peruanas.

Entonces, los informes de 1998 y 1999 se construyen como un antecedente de la política de estado que se ha aplicado, hasta la fecha, en perjuicio de las mujeres. Por ejemplo, la “planificación” se construye alrededor de las mujeres; segundo, se opta por recurrir a métodos agresivos para conseguir el objetivo planteado; y, tercero, se hace caso omiso a los estándares y normativas internacionales, así como a las observaciones nacionales. A su vez, si se toman esas premisas como antecedentes y se emplean para analizar los últimos 2 informes, es evidente que la no distribución de la AOE en centros de salud del MINSA afecta a las mujeres.

Asimismo, para imponer que “la AOE no sería incorporada a los métodos de planificación familiar que distribuye el [MINSA porque no son] claros los mecanismos de acción y los efectos secundarios y peligros que este método representaba a la vida humana” (p. 6¹¹⁶) afecta a las mujeres sin poder adquisitivo; y, se hace caso omiso de los Informes N° 68 y N° 78 emitidos por la Defensoría, la opinión de expertos, de la OMS y las recomendaciones de la CEDAW. Como se enunció, se cumple con cada una de las premisas y esto deja entrever que existe un problema que requiere una solución dado el lesivo impacto que tienen decisiones como esa en la vida y desarrollo de las mujeres peruanas.

¹¹² https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe_69.pdf

¹¹³ Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM de 13 de julio de 2001.

¹¹⁴ https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1190698/informe_7820200803-1197146-1yu9edd.pdf

¹¹⁵ Se acusó al expresidente de Perú, Alberto Fujimori, por la presunta comisión de diversos delitos en el marco de la aplicación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar por el cual se llevaron a cabo anticoncepciones quirúrgicas presuntamente forzadas. Al respecto, Novoa Curich afirma que “según las investigaciones realizadas hasta [entonces], el número al que ascenderían los procedimientos de esterilización forzada sería de 314 605 mujeres. De este gran número, serían varias las mujeres que habrían encontrado la muerte debido a la mala praxis de dichos procedimientos quirúrgicos no consentidos.” (2014, p.11).

¹¹⁶ Informe N° 78.

Ahora, nos corresponde enunciar ciertos aspectos de la AOE en los términos expuestos en los informes del 2002¹¹⁷ y 2003. Para empezar, el primero advertía la existencia de la Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM¹¹⁸ de 13 de julio de 2001, en la cual se incorporó a la AOE como parte de los anticonceptivos orales que debían ser proporcionados. A su vez, se postuló que “no actúa como abortivo pues no interrumpe un embarazo ya existente” (p.2) y se estableció un programa de seguimiento para acompañar y aconsejar a las mujeres. Es más, como parte de la resolución se aprecia una bibliografía especializada en la anticoncepción, lo que significa que cualquier duda sobre lo que la AOE representa para la vida humana pudo haber sido resuelta revisando alguno de los artículos citados.

En esa misma línea, en el segundo informe se adjunta un reporte científico-médico y jurídico elaborado por la Comisión de Alto Nivel, constituida por Resolución Suprema N° 007-2003-SA, encargada de analizar y emitir un informe sobre la AOE, cuyas conclusiones serán compartidas a continuación:

- “1. La evidencia científica actual ha establecido claramente *que los mecanismos de acción de la AOE, impiden o retardan la ovulación e impiden la migración de los espermatozoides [...]. Por lo tanto, actúan antes de la fecundación.*
2. Se ha probado que tales mecanismos no tienen acción adversa alguna sobre el endometrio, por lo que *no se puede asignar efecto abortifaciente a la AOE.*
3. La AOE, incorporada a las Normas de Planificación Familiar mediante la RM N° 399-2001-SA/DM, *posee pleno sustento constitucional y legal.*
4. La disponibilidad de la AOE en los servicios del MINSA para la población de menores recursos debe ser libre, voluntaria e informada, *idéntica a la que se ofrece a las usuarias de mayores recursos en las farmacias privadas de todo el país [...]*”

(el énfasis es propio)

La importancia de este informe es que permite desbaratar las dudas que el MINSA. Es más, la Defensoría resalta la importancia del cumplimiento de la RM N° 399-2001-SA/DM pues entregar las pastillas de AOE en los establecimientos administrados por el MINSA significa que las mujeres que no podían comprarlas en farmacias podían acceder de todas formas a las mismas al acudir, por ejemplo, a un hospital pública. Es decir, el no contar con recursos económicos no iba a impedirles el acceso a dichas pastillas. Ahora, lo explicado por la Defensoría y el Comité permiten entrever un punto que, hasta ahora, se ha explicado implícitamente: si el MINSA tenía dudas sobre los efectos abortivos de la AOE, ¿por qué restringir la distribución de la AOE única y exclusivamente en sus centros de salud?

Con todo, se ha expuesto una política de estado¹¹⁹ que resulta lesiva para las mujeres en tanto afecta su acceso a medicamentos que forman parte de la planificación familiar a la cual, se supone, deben tener acceso irrestricto. Asimismo, se anticipó que lo explicado en este punto construye el antecedente que se debe tener en cuenta al presentar lo ocurrido con la AOE a nivel judicial. En ese sentido, lo más resaltante en este subpunto debe ser que la Defensoría del Pueblo expuso innumerables argumentos e importantes informes que fueron desatendidos no solo por el MINSA, sino por las autoridades judiciales, tal y como se presentará a continuación.

3.2.1.2 Desarrollo de la AOE en los juzgados, el Tribunal Constitucional y en la actualidad

Se va a desarrollar un análisis sobre los argumentos más resaltantes en el denominado “caso AOE”, el mismo que contiene 4 fallos de diferentes instancias judiciales, los que serán presentados y comentados en orden cronológico. Para empezar, se van a cubrir los aspectos formales (v.gr. demandante, demandado, proceso); luego, se presentarán los detalles más

¹¹⁷ Adicionalmente, resulta interesante compartir que en dicho Informe N° 69 se incluyó a los cobros indebidos como una problemática de mayor magnitud. En esa misma línea, también se reconoció como problema la suspensión de la distribución de preservativos de parte del MINSA.

¹¹⁸ https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/283864/255650_RM399-2001.pdf

¹¹⁹ Cabe agregar que en una rueda de prensa de junio del 2023, al ser cuestionado sobre el fallo del Comité de los Derechos del Niño en contra del Perú en el caso de Camila (ver punto el defensor del pueblo señaló que “para el estado [sería lo más fácil] permitir el aborto y con eso solucionar el problema, no, el problema no es ese; el problema es que hemos desprotegido a nuestra niñez” (TV Perú Noticias). Aquello, como ha sido reportado por medios de comunicación como La República (2023), se ha interpretado como una

relevantes del desarrollo de cada caso; finalmente, se compartirán los argumentos que fueron empleados en cada decisión.

3.2.1.2.1 Sentencia del Exp. N.º 7435-2006-PC/TC¹²⁰

El 18 de septiembre de 2002, Susana Chavez Alvarado y otras interpusieron una demanda de cumplimiento contra el MINSA con el objetivo que este efectúe lo dispuesto en las RM N.º 465-99-SA/DM¹²¹ y N.º 399- 2001-SA/DM para que, consecuentemente, se cumpla con garantizar la previsión e información sobre la AOE en los centros salud a su cargo. Según las demandantes, se configuraba el incumplimiento pues a pesar de las resoluciones citadas, los servicios del MINSA no brindaban o informaban sobre la AOE.

El 16 de junio de 2004, el Séptimo Juzgado Especializado en lo Civil de Lima, declaró fundada la demanda, ordenando que se cumpla lo contenido en dichas resoluciones. Sin embargo, el Procurador Público a cargo de los asuntos judiciales del MINSA apeló indicando que la resolución cuyo cumplimiento se solicita había sido cumplida al haberse expedido la RM N.º 668-2004/MINSA¹²², la misma que aprobó las “Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Reproductiva” en las cuales se incluyó la AOE como un método parte del documento.

El 23 de marzo de 2006, la Tercera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, sin pronunciarse sobre el fondo, declaró la sustracción de la materia y el archivo de la causa. Esto pues la Sala consideró que mediante la RM N.º 536-2005-MINSA¹²³ se había dejado sin efecto la RM N.º 465-99-SA/DM. En ese sentido, se concluyó que no existía un mandato vigente como para que la demanda sea amparada.

El 16 de junio de 2006, las recurrentes interpusieron un recurso de agravio constitucional al considerar que la RM N.º 536-2005-MINSA mantenía el mismo mandato contenido en las RM cuyo cumplimiento se solicitaba en la demanda pues aquella nueva norma no derogaba el mandato, sino que lo desarrollaba. En ese sentido, al mantenerse vigente la orden que no era cumplida por el MINSA, no se produce la sustracción de la materia. Además, sostuvieron que, al declararse el archivamiento de la causa, la Sala no había resuelto la litis planteada ya que el problema seguía vigente.

El 13 de noviembre de 2006, el TC resolvió el recurso de agravio amparando la demanda de las recurrentes, es decir, ordenó que el MINSA cumpla con el mandato vigente. Esto pues, por un lado, el MINSA no había probado que la información era asequible para quienes solicitaban información sobre la AOE; y, por otro lado, las recurrentes acreditaron que el MINSA no había puesto a disposición de la ciudadanía los insumos de la AOE, premisa que respaldaron con un escrito en el cual se evidenció que diversos hospitales dependientes del MINSA no contaban con aquellos, a lo cual se sumó el aporte de la Defensoría del Pueblo, quien constató que entre abril y agosto del 2006, diversos centros de salud de Ayacucho, La Libertad y Piura no contaban con la AOE.

Ante dicho panorama, el TC concluyó que la desatención era a nivel nacional y que, consecuentemente, se concretaba una omisión material¹²⁴, la que es definida como “la realización por parte de la administración de cierta actividad, sin que con ello se cumpla el mandato de la norma” (§ 3). Según el TC, dicha omisión se satisfacía pues el MINSA ejecutaba una actividad mínima al idear Guías Nacionales que no cumplían el requisito de información masiva y al detener

¹²⁰ https://www.law.utoronto.ca/sites/default/files/documents/reprohealth/peru_2006_constitutional.pdf

¹²¹ Normas Técnico Administrativas del Programa de Planificación Familiar, http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/268_DGSP23.pdf

¹²² https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/281462/253178_RM668-2004.pdf20190110-18386-1gaih74.pdf

¹²³ En su artículo 5 se resuelve dejar sin efecto la RM N.º 465-99-SA/DM, http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/04/RM%20536-2005%20-%20NTS%20DE%20PLANIFICACIÓN%20FAMILIAR.pdf

¹²⁴ Dicho concepto es desarrollado en el fundamento 25 del Exp. N.º 09754-2005-PC/TC.

el reparto de un medicamento que, se supone, debía ser entregado si se solicitaba. Así, las pretensiones de las recurrentes fueron amparadas pues se evidenció que, tras 5 años y 3 meses de vigencia de los mandatos exigidos, el MINSA se mantenía renuente a su cumplimiento.

Siguiendo lo descrito, destaca que la decisión del TC se decantó por la correcta aplicación de las RM que regulaban y exigían tanto la información como distribución de la AOE. En esa misma línea, se podría señalar que los magistrados observaron los aparatos normativos internacionales y los aportes de expertos pues se tuvo como *amicus curiae*¹²⁵ a la Defensoría del Pueblo, la OMS y la OPS, Fondo de Población de las Naciones Unidas¹²⁶, la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología¹²⁷ y el Colegio Médico del Perú¹²⁸, quienes compartieron como idea principal que el acceso a la AOE es parte de nuestros derechos reproductivos y que esta no es abortiva. En otras palabras, diversos expertos e instituciones mostraron rechazo al argumento que ofrecía el MINSA para no informar o distribuir la AOE pues dicha institución sostenía que existía incertidumbre científica respecto a sus mecanismos de acción.

Entonces, esta decisión se muestra asertiva y sigue lo que las autoridades calificadas han explicado sobre la AOE, siendo que los argumentos esgrimidos por estas tienen aspectos científicos dada la naturaleza de dicho insumo. Adicionalmente, se debe comentar que la sentencia contiene el fundamento del voto del magistrado Mesía Ramírez y resulta relevante compartirlo por dos motivos. Por un lado, el magistrado expresa que la decisión puede “ser complementada y reforzada con un pronunciamiento desde la perspectiva de los derechos fundamentales” (p. 15), por lo cual elabora un análisis del caso en atención al derecho a la igualdad, a recibir información, a la autodeterminación reproductiva como un derecho implícito del libre desarrollo de la personalidad y autonomía, a la vida y a la integridad física, psíquica y moral de la mujer, y a la salud. Si bien no profundiza en cuál es el contenido constitucional de cada uno, sí deja entrever que las acciones del MINSA sobre la AOE no se limitan a esta, sino que tienen afectan negativa y perjudicialmente a más de un derecho. Por otro lado, resulta interesante cómo lo que plantea en esta sentencia es antagónicamente suplantado en la decisión que se revisará a continuación.

3.2.1.2.2 Sentencia del Exp. N.º 02005-2009-PA/TC¹²⁹

El 29 de octubre de 2004, la ONG “Acción de Lucha Anticorrupción” interpuso una demanda de amparo contra el MINSA para que este se abstenga, primero, de iniciar la distribución de la AOE y, segundo, de distribuir bajo etiquetas promocionales proyectos que el Poder Ejecutivo pretenda aprobar y ejecutar respecto a la AOE sin consultarle previamente al Congreso de la República. La demandante sostuvo que su objetivo era evitar que se vulnerara el derecho a la vida del concebido.

La Procuradora Pública a cargo de los asuntos judiciales del MINSA se apersonó y señaló, sobre el fondo de la demanda, que esta debía ser declarada improcedente o infundada pues el MINSA conformó un Comité de Alto Nivel encargado de emitir un informe Científico Médico y Jurídico, siendo su principal conclusión que la AOE posee pleno sustento legal, tal y como se adelantó hace unas líneas¹³⁰. Es más, siguiendo aquello es que se emitió la RM N.º 668-2004/MINSA y, en esa misma línea, figura el Informe Defensorial N.º 78, cuyo eje temático es la AOE, en los términos expuestos previamente. Con todo, la procuradora sostuvo que dicho insumo es un asunto de salud

¹²⁵ También se presentó la Asociación Acción de Lucha Anticorrupción “Sin componenda”, mas solo hizo compartió su “su rechazo a la distribución de la ‘píldora del día siguiente’ y al aborto, así como su posición contraria a la Defensoría del Pueblo” (p. 4).

¹²⁶ “El acceso a la AOE es un asunto de derechos humanos pues los derechos reproductivos garantizan que las personas cuenten con la información y puedan acceder a la más amplia gama de métodos anticonceptivos” (p. 5).

¹²⁷ “[...] con base en la evidencia científica de nuestra época el AOE no tiene efectos sobre endometrio o que tenga efectos abortivos” (p. 5).

¹²⁸ “[...] considera que la incorporación de la AOE en los Programas de Planificación Familiar que desarrolla el [MINSA] resulta médica y legalmente procedente, en razón de que los estudios han ratificado que la AOE no tiene carácter abortivo” (p. 5).

¹²⁹ <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-AA.pdf>

¹³⁰ Ver 2.2.1.1.

pública por lo cual su restricción le impediría a las mujeres de escasos recursos acceder a un anticonceptivo para evitar embarazos no deseados.

El 17 de agosto de 2005, el Vigésimo Noveno Juzgado Especializado en lo Civil de Lima declaró fundada en parte la demanda pues consideró que la ejecución del Programa de Distribución Pública de la AOE podría amenazar el derecho a la vida del concebido al no haberse descartado el efecto abortivo del fármaco. No obstante, desestimó la demanda en el extremo referido a la solicitud de consulta previa al Congreso de la República.

El 27 de noviembre de 2008, la Segunda Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, revocó la sentencia apelada y, reformándola, la declaró fundada solo en parte, por lo cual limitó la decisión a la vulneración del derecho a la información. Sustentó aquello en el hecho que no se ha establecido que la AOE produzca alteraciones en el endometrio o que impida la implantación.

Asimismo, se debe comentar que en diversos momentos se apersonaron diversos *amicus curiae*: la Defensoría¹³¹, la Academia de Salud¹³², la OPS¹³³, el Colegio Médico del Perú¹³⁴, DEMUS, INNPARES y PROMSEX¹³⁵ siendo la idea principal en común que la AOE no amenaza ni viola la vida del concebido, lo que significa que dicho insumo no tiene efectos ni mecanismos de acción abortivos. En esa misma línea, dichas organizaciones expresaron la importancia de la AOE en la planificación familiar. Asimismo, también se presentaron 4 organizaciones que respaldaron la demanda pues, a su parecer, “de generalizarse el uso del anticonceptivo oral de emergencia se correría el riesgo de condenar a muerte a un vasto sector de seres humanos cuyo único delito sería no haber llegado a tiempo para implantarse en el útero de la madre” (p. 4).

El 16 de octubre de 2009, el TC declaró fundada la demanda y, consecuentemente, le ordenó al MINSa que se abstenga de desarrollar como política pública la distribución gratuita de la píldora del día siguiente. Asimismo, se ordenó que los laboratorios que produzcan aquella debían incluir en la posología del medicamento una advertencia referida a que su producto podría inhibir la implantación. Entonces, nos corresponde ubicar los argumentos que defienden ambas premisas, por lo cual se presentarán en las siguientes líneas.

Para sostener que debía detenerse la distribución gratuita de la AOE se presentaron 2 argumentos: primero, tanto la ciencia médica como el mundo jurídico se encuentran divididos respecto al inicio de la vida, por lo cual el TC, libremente, tomó partida por la idea de la concepción de un nuevo ser humano como el momento en el que se produce la fusión de las células materna y paterna con lo cual se da origen a una nueva célula; y, segundo, de la revisión de los medicamentos que conforman la AOE, los magistrados entendieron que esta podía inhibir la implantación y, ante eso, se puede señalar que existen dudas sobre la misma, por lo cual el derecho a la vida del concebido podría verse afectado por el mencionado producto.

Lo primero se respalda en que, a juicio del TC, la ciencia médica ofrece diversas teorías sobre el inicio de la vida, siendo la teoría de la fecundación y de la anidación las que más destacan. Mientras una señala que “la fecundación es un proceso que dura algunas horas, y se inicia con la penetración del espermatozoide en el óvulo, y concluye luego con la interacción bioquímica con la formación del cigoto que es la célula que resulta de la fusión de los pronúcleos masculino y

¹³¹ Reiteró el contenido de su Informe Defensorial N° 78.

¹³² “[El AOE] es un método anticonceptivo científicamente reconocido, efectivo y seguro [...] por lo que garantizar su accesibilidad es un asunto de salud pública que compete al Estado” (p. 3).

¹³³ “[El AOE] no es abortivo y no impide la implantación de un óvulo fecundado ya que no tiene efectos sobre el endometrio, siendo por otro lado un asunto de salud pública” (p. 3).

¹³⁴ “La política de Estado destinada a garantizar el acceso al anticonceptivo oral de emergencia de las mujeres pobres y extremadamente pobres constituye la respuesta más adecuada que el Estado pueda dar a la sociedad para atender el problema que suponen los embarazos no deseados y los abortos inducidos, garantizando el derecho a la planificación familiar” (p. 3).

¹³⁵ “[El AOE] no amenaza ni viola la vida del concebido. Agregan que las normas que obligan al [MINSa] a distribuir dicho método son plenamente constitucionales y por tanto aplicables” (p. 4).

femenino”, la otra postula que “el inicio del ser humano sólo es posible afirmarlo a partir de la anidación del óvulo fecundado (cigoto) en la parte interior” (párrafo 14.i).

Sin embargo, comenta el TC que ni la normativa internacional ni nacional han determinado cuándo inicia la concepción, pero han coincidido en que la vida se protege desde ese instante. Luego, contraviniendo parcialmente esto, el TC afirma que sí existe una norma que detalla desde cuándo se debe brindar protección al ser humano: “La Salud Integral; Compromiso de Todos – Modelo de Atención Integral de Salud”, aprobado por Resolución Ministerial N.º 729-2009-SA/DM de 20 de junio de 2003, en cuyo contenido se detalla como “Niño por nacer: desde la fecundación hasta antes del nacimiento” (fundamento 21). Si bien no se señala que la decisión se toma con base a dicha norma, resulta interesante que se mencionen 2 teorías, que no hay consenso en la comunidad científica y mucho menos en la jurídica, para que luego se tomó una RM como referencia para sostener cuándo ocurre la concepción.

Lo segundo resulta cuestionable pues, como se compartirá, el TC parece haber hecho una lectura selectiva de los fragmentos que escogió revisar. Se aprecia lo siguiente:

“GLANIQUE (Levonorgestrel) 0.75 o 1.5 [...] **Podría impedir igualmente la implantación de un óvulo**, pero es ineficaz si el proceso de implantación ha comenzado
[...]
POSTINOR 2 (Levonorgestrel) 0,75 m [...] **Consecuentemente, previene la fecundación e implantación en el ciclo luteal**. Por el contrario, no es eficaz una vez iniciado el proceso de implantación
[...]
Farmacología clínica [...] **Adicionalmente, puede inhibir la implantación (por alteración del endometrio)**. No es efectiva una vez que el proceso de implantación ha comenzado”

Como se aprecia, el TC enfatizó todas las premisas que advertían sobre la inhibición de la implantación, pero no leyó las mismas en armonía con la oración que les seguía pues esta afirmaba que la AOE no era efectiva si la implantación había comenzado, es decir, no se trata de un medicamento con propiedades abortivas. En ese sentido, la argumentación expuesta por el TC en este extremo parece alinearse con la prohibición del aborto, lo que explica porqué se plantea como duda razonable algo que puede ser fácilmente aclarado con lo que obra en la misma sentencia, que es lo que cada *amicus curiae* sostuvo: la AOE no es abortiva. Ahora, en defensa de la referida duda, el TC desarrolló brevemente el principio *pro homine, pro debilis* y, con mayor énfasis, el principio precautorio, siendo este el usado para afirmar que “hay suficientes elementos que conducen a una duda razonable respecto a la forma en la que actúa el AOE sobre el endometrio y su posible efecto antimplantatorio” (fundamento 51).

Ahora, para sostener que las farmacéuticas debían advertir sobre los posibles efectos de la AOE en la implantación se dispuso que “los posibles efectos derivados de la libre Comercialización desinformada de la AOE representan una amenaza concreta” (fundamento 55), por lo cual se habló brevemente del consumidor y de los mercados perfectos, mas solo se arribó a la conclusión que el consumidor debía disponer de “información suficiente sobre la seguridad y efectividad del producto” (fundamento 62), lo que, a juicio del TC, se satisface ordenando que se coloquen advertencias en el producto. Es decir, se decidió suspender la distribución gratuita de un medicamento sobre el cual hay dudas pues podría ser abortivo, pero la restricción aplica únicamente en los centros de salud del MINSA y para las mujeres que acuden a los mismos ya que las peruanas que pueden comprar el mismo medicamento en las farmacias podrán efectivamente acceder a estos en el sector privado pues, tal y como comentó Landa años después, “si el TC consideraba que la AOE posiblemente tenía un efecto abortivo y se atuvo al principio de precaución, debió ser consistente en su decisión y no solo afectar a los sectores pobres del país” (2012, p. 235), lo que implica que dicha sentencia hubiera sido más coherente si restringía la distribución e información de la AOE a nivel general en el país.

No obstante, se debe recordar que en el 2006 se declaró fundada la acción de cumplimiento ya analizada, en la cual se consideraba como “desatención” y omisión material el que no se cumpla con informar y distribuir la AOE. Entonces, ¿por qué el fallo en el 2009 se alejó por completo de

lo señalado en el 2006? Al respecto, en el fundamento de su voto, el magistrado Vergara Gotelli comenta que “si bien declaramos fundada la demanda de cumplimiento, esto fue en atención a la naturaleza del proceso en el que la pretensión del demandante perseguía [...] en consecuencia no se podría señalar que realizamos un pronunciamiento fondal que pudiera contradecir nuestra actual posición (fundamento 5). De igual manera, el magistrado Mesía Ramírez reconoce que en la sentencia de 2006 compartió la tesis de que la AOE tenía efectos anticonceptivos, pero ahora había cambiado de opinión.

Como se ha dejado entrever, la sentencia resulta cuestionable pues los efectos de su decisión se circunscriben exclusivamente a las mujeres que pretenden acceder a la AOE de manera gratuita, pero en el análisis no se da cuenta de aquello pues, en concreto, se habla de que dicho medicamento podría incidir en el derecho a la vida del concebido, sin tomar en cuenta que, de ser cierto, aquello se sigue concretando al poder acceder a la pastilla del día siguiente en farmacias sin siquiera necesitar una receta médica.

En sus votos singulares, los magistrados Landa Arroyo y Calle Hayen mencionan no estar de acuerdo ni con los argumentos ni con el fallo en mayoría pues “asegurar el acceso del AOE a quienes carecen de recursos económicos no tiene nada de arbitrario sino que es un modo sensato, directo e indiscutible de hacer viable la igualdad material como objetivo esencial del ordenamiento” (fundamento 43) dado que “en el acceso a los [métodos anticonceptivos] adquiere un papel gravitante el Estado, sea para informar adecuadamente de su existencia y alcances, sea para garantizar su disponibilidad a las personas interesadas, principalmente, a aquellas con menores o más escasos recursos” (fundamento 26).

Asimismo, en los fundamentos 34, 35, 36 y 39 se da cuenta de que la AOE no tiene efectos abortivos, tal y como han señalado diversas organizaciones autorizadas. De igual manera, es importante recalcar la importancia del fundamento 49 pues aquí se critica el uso del principio precautorio en la decisión de la mayoría pues esta parece haber obviado que aquel “debe fundamentarse no sólo en una duda razonable sobre la supuesta violación de derechos constitucionalmente protegidos; sino que requiere de un test mínimo de razonabilidad o proporcionalidad consagrado en la jurisprudencia constitucional (STC N° 06089-2006-AA, STC N° 045-2004-AI, STC N° 0012-2006-AI, STC N° 00007-2006-AI)”. En ese sentido, el voto de ambos magistrados exigía declarar infundada la demanda reseñada.

Siguiendo lo expuesto, se aprecia que el voto en mayoría se alinea con la penalización del aborto y, consecuentemente, de cualquier práctica que lo facilite, mientras que el voto singular de 2 magistrados del TC se decanta no por la despenalización del mismo sino por la debida aplicación de los aparatos normativos y del óptimo goce de los derechos, lo que nos permite señalar que, a juicio de ambos, el voto en mayoría no realizó una debida valoración de los hechos del caso, de la normativa vigente o de los aportes de los *amicus curiae*. A pesar de la decisión tomada en mayoría, el caso de la AOE continúa vigente y las siguientes dos decisiones se asemejan a las hasta ahora revisadas: mientras que en una se ordena la ejecución de normas que resultan vigentes y aplicables, en la otra se prefiere seguir la restricción para que los centros de salud del MINSA no faciliten la AOE, como se verá a continuación.

3.2.1.2.3 Resolución N° 47 del Exp. N.º 30541-2014-0-1801-JR-CI-01¹³⁶

En el 2014, Violeta Gomez presentó, por un lado, una demanda de amparo contra el MINSA para que este informe y distribuya gratuitamente la AOE en los centros de salud que administra y, por otro lado, solicitó una medida cautelar¹³⁷ para que se ejecute la distribución del mencionado insumo, lo que fue concedido en el año 2016.

¹³⁶ https://static.legis.pe/wp-content/uploads/2019/07/Exp.-30541-2014-0-1801-JR-CI-01-Legis.pe_.pdf

¹³⁷ “El juez del Primer Juzgado Especializado en lo Constitucional de la Corte Superior de Justicia de Lima, David Suárez Burgos, aclaró que declaró fundada Medida Cautelar que ordena al demandado, MINSA, distribuya gratuitamente de manera provisional el AOE Levonorgestrel” (2016).

En el 2019, mediante la Resolución N° 47, el Primer Juzgado Especializado en lo Constitucional de Lima decidió inaplicar los fundamentos de la STC N° 2005-2009-PA/TC que definían la concepción al ser contrarios a los estándares actuales establecidos por la Corte IDH, los cuales logran disipar la duda razonable establecida en aquella sentencia de 2009. Es decir, se declaró fundada la demandada y se ordenó al MINSA informar y distribuir la AOE en sus centros de salud.

La decisión del juzgado siguió la siguiente estructura: para empezar, se recordó que el fundamento 52 de la sentencia de 2009 señalaba que con nuevos elementos sobre los presuntos efectos abortivos del Levonorgestrel, el TC podría cambiar su posición. Esto conlleva al juzgado a afirmar que el presente es un caso *sui generis* pues “el mismo se encuentra subsumido en el supuesto excepcional planteado en [el citado fundamento]” (fundamento octavo). Ahora, para que la decisión ahí contenida sea mutable, el juzgado compartió el caso de Artavia Murillo y otros vs Costa Rica, en el cual se “dispuso, conforme se desprende de sus fundamentos de derecho 186, 187, 189, que el embrión [...] no puede ser considerado como persona [...] puesto que dicha situación comienza cuando el mismo se implanta en el útero de la madre [...] adoptando así la Teoría de la Anidación del concebido como sujeto de derecho de titular de los mismos” (fundamento noveno). El juzgado sostiene que lo enunciado por la Corte IDH es aplicable en el caso de autos debido al control de convencionalidad¹³⁸.

Así, se aprecia un desencuentro entre la postura adoptada por el TC (teoría de la fecundación) y la de la Corte IDH (teoría de la implantación), frente a lo cual el Juzgado optó por lo segundo al ser vinculante la interpretación que realiza la Corte del artículo 4 de la Convención. Satisfecho aquel punto, el Juzgado procedió a analizar si aún existían elementos que mantuvieran vigente la duda razonable que enfrentaba el TC en la sentencia del 2009 en referencia a los supuestos efectos antimplantarios del Levonorgestrel. Al respecto, argumentó que la Food and Drugs Administration (FDA) había aprobado en el 2013 la AOE para uso sin receta médica al considerarla “como un método anticonceptivo ya que previene el embarazo y su único mecanismo de acción es detener la ovulación” (fundamento décimo sexto), a lo cual se sumó que “diversas marcas de Levonorgestrel que se comercializan en nuestro país [descartaron] el supuesto “tercer efecto” del que se hacía referencia en la Sentencia N° 02005-2009-PA/TC” (fundamento décimo octavo). En ese sentido, el juzgado concluyó que existía suficiente evidencia científica para afirmar que la AOE no se podía considerar abortiva.

Asimismo, se debe agregar que se presentaron como *amicus curiae* la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Defensoría del Pueblo. La primera enfatizó que la AOE con Levonorgestrel no es abortiva, no afecta al óvulo fecundado y mucho menos su implantación, sino que retrasa o inhibe la ovulación. La segunda enfatizó que la OMS y la OPS han afirmado categóricamente que la píldora del día siguiente no tiene efecto abortivo pues no actúa luego de haber ocurrido la implantación del óvulo fecundado.

Siguiendo lo expuesto, destaca que el Juzgado siguió puntualmente el estándar internacional orientado a defender los derechos reproductivos, lo que requiere de medicamentos como la AOE para que puedan ser ejercidos plenamente. Asimismo, se aprecia que la argumentación expuesta concretizó la importancia de los dispositivos normativos y jurisprudenciales interamericanos, no solo por el contenido de estos, sino por su vinculación en el sistema nacional. Sin embargo, la Corte Superior difirió.

3.2.1.2.4 Resolución N° 9 del Exp. N.º 30541-2014-0-1801-JR-CI-01¹³⁹

¹³⁸ Ver 1.1.6

¹³⁹ <https://img.lpderecho.pe/wp-content/uploads/2020/11/Exp.-30541-2014-0-LP.pdf>

El 16 de septiembre de 2020, tras un recurso de apelación contra la Resolución N° 47, la Primera Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de Lima, mediante la Resolución N° 09, revocó lo contenido en aquella y, reformándola, declaró improcedente la demanda interpuesta. Así, esta instancia calificó al presente caso como singular debido a “dos condiciones: la primera es respecto a la posibilidad que el TC variase de criterio respecto a su sentencia dictada en el expediente Nro.2005-2009-PA/TC; y la segunda es la aplicación de la doctrina de la convencionalidad” (fundamento V.1.4.1). De esta manera, lo primero se sustentaba en que el fundamento 52 de la revisada sentencia de 2009 permitía que el TC cambie de opinión y lo segundo exigía que se analice el control difuso de convencionalidad. Con todo, la sala resumió su postura en la siguiente premisa: “este Colegiado no se encuentra habilitado para aplicar el control de convencionalidad que se ha postulado en esta demanda de “amparo contra amparo” (fundamento V.1.4.2.cuarto).

Es decir, esta instancia no hizo un análisis extenso como el contenido en la Resolución N° 47 ni aplicó aparatos normativos nacionales e internacionales sistemáticamente sino que se limitó en afirmar que la según la “Ley Orgánica del Tribunal Constitucional y del precedente vinculante 4853-2004-PA/TC [se] estima que 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 Nro.2005-2009PA/TC” (fundamento quinto). Sin embargo, en el fundamento sexto de la Resolución N° 09 comentada se indicó que “la parte demandante tiene a su alcance el recurso de agravio constitucional el cual, posibilitará la elevación del presente expediente para conocimiento del propio Tribunal Constitucional”, lo que da mérito a la STC 197/2023 del EXP. N.° 00238-2021-PA/TC del 21 de marzo 2023 que será presentada luego.

De esta manera, destaca que esta instancia fue, en cierto sentido, más formalista que la primera y su decisión incidió directamente en el *status* jurídico de la información y distribución de la AOE en los últimos años ya que hasta hace unos meses no se tenía una decisión del TC o del aparato judicial que brinde certeza no solo sobre la distribución de la AOE sino sobre sus implicancias en los derechos de las mujeres.. Por eso, esta resolución se alinea con la sentencia de 2009 ya que ambas comparten el mismo efecto al no ofrecerles protección a las mujeres y, por ende, no adecuarse al estándar internacional.

3.2.1.2.5 Sentencia 197/2023 del EXP. 00238-2021-PA/TC¹⁴⁰

Este recurso de agravio constitucional fue interpuesto contra la Resolución N° 9 comentada líneas arriba. Así, como antecedentes, debe recordarse que doña Violeta Cristina Gómez Hinostroza, la parte demandante, sostuvo que en la actualidad existía consenso sobre el *status* no abortivo de la AOE, por lo cual dicho consenso científico debería recaer en el contenido del expediente 02005-2009-PA/TC. Asimismo, enfatizó que prohibir la distribución gratuita de la AOE tiene como consecuencia directa e inmediata que únicamente las mujeres con solvencia económica puedan adquirirla. Así, el petitorio en la demanda interpuesta “se dirige a que el Minsa cumpla con informar y distribuir gratuitamente la AOE —comúnmente denominado como píldora del día del siguiente [levonorgestrel]— en todos los centros de salud del Estado” (fundamento 1). Al respecto, el TC elaboró los siguientes fundamentos sobre la cuestión procesal previa:

“4. (...) tanto el *a quo* como el *ad quem*, no obstante diferir en sus conclusiones, consideran que se configura un *sui generis* proceso de amparo promovido contra otro amparo resuelto en última instancia por el Tribunal Constitucional en la sentencia recaída en el Expediente 02005-2009-PA/TC. Ello, sin lugar a dudas, exige un previo esclarecimiento de este Colegiado sobre la situación procesal graficada (...) en particular de una de las reglas establecidas en el precedente recaído en el Expediente 04853-2004-PA/TC y su ulterior desarrollo *jurisprudencial* [la regla según la cual no cabe el amparo contra amparo contra las decisiones emitidas por el Tribunal Constitucional].

“6. Sin embargo, aunque está claro que conforme a la jurisprudencia precitada no sería procedente la interposición de un proceso de amparo contra lo resuelto por este Supremo Intérprete de la Constitución, este Colegiado está persuadido que el *a quo* y el *ad quem* han incurrido en un error de percepción

¹⁴⁰ <https://tc.gob.pe/jurisprudencia/2023/00238-2021-AA.pdf>

“8. Algo que debe quedar perfectamente establecido y que va de la mano con lo señalado precedentemente es que (...) en el fundamento 52 de la citada sentencia, que ordenó al Minsa abstenerse de la distribución de la también denominada píldora del día siguiente, expresó enfáticamente que “la decisión de ninguna manera podría pretender ser inmutable (...)”

“11. 1. Sobre la base de lo expuesto, hay que decirlo enfáticamente, *no se está, en el caso, ante un supuesto de amparo contra amparo, sino ante una demanda constitucional*”

(énfasis agregado)

Los fragmentos citados evidencian los parámetros dentro de los cuales el TC está enmarcando el petitorio, los cuales abordan dos niveles: primero, de forma ya que se esclarece que el recurso de agravio constitucional es válido y, segundo, de fondo ya que es fundamental recordar el fundamento 52 de la comentada sentencia dado que reconocer el carácter mutable de una situación exige un nuevo pronunciamiento. Así, el fundamento 8 citado es sumamente relevante ya que evidencia la necesidad de recurrir a un agravio constitucional para atender el petitorio de la demandante: la decisión emitida previamente admitía la posibilidad de modificación.

Superado el análisis sobre la admisibilidad del recurso de agravio constitucional, resulta trascendente analizar el fundamento 30 de la presente sentencia pues en aquel se exhibe la postura del TC respecto del derecho a la vida ya que se indica lo siguiente:

“este Tribunal Constitucional deja en claro que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado, y por ende *el derecho a la vida debe ser el bien jurídico tutelado por excelencia; y si según la evidencia científica y conclusiones a las que han arribado el Minsa, la OMS, la OPS y la FDA, en el sentido de que la AOE no es abortiva, el Tribunal Constitucional hace suyas dichas conclusiones*”.

(énfasis agregado)

Como se observa, el TC expone 2 directrices: por un lado, que el derecho a la vida es el bien jurídico que se concibe como el quid de la sociedad y, por otro lado, que la cualidad no abortiva de la AOE es adoptada por el TC dada la opinión especializada y autorizada de expertos. En otras palabras, el órgano competente autorizado por el aparato estatal peruano admite y valida las apreciaciones científicas, las cuales incorpora de manera directa al ordenamiento jurídico al señalarlas como fundamento suficiente para resolver una controversia. Debe recordarse que, en el fundamento 52 de la sentencia de 2009, el TC había anticipado que podría cambiar su posición si surgían nuevos elementos sobre los presuntos efectos abortivos del Levonorgestrel.

De esta manera, destaca la trascendencia no solo de la información científica, sino del rol de las organizaciones y especialistas competentes, como lo es la OMS y la comunidad médica, cuyos informes y recomendaciones adquieren un especial grado de relevancia dada la postura del TC sobre los mismos. Aquello nos permite señalar que la postura de la OMS sobre el aborto, la cual se elabora a partir de información científica y técnica que se encuentra plasmada en múltiples manuales, también puede incorporarse al aparato estatal peruano dado su origen (especialidad médica) y su implicancia a nivel jurídico (derechos de las mujeres).

El TC también se pronuncia sobre los derechos reproductivos, los cuales define como “derechos fundamentales de la persona -de la mujer en el ámbito sexual y reproductivo” (fundamento 40), siendo que en este caso en particular aquellos “se circunscriben al reconocimiento de las personas, en este caso de la mujer (...) Es decir, se está ante determinadas manifestaciones que comprenden los derechos reproductivos, lo que presupone la capacidad de planificar qué familia se desea formar” (fundamento 41). Aquello permite afirmar que el TC reconoce explícitamente que estos derechos tienen un rol peculiar cuando las mujeres son las titulares de los mismos dada la relación ineludible entre estas y su capacidad de reproducción.

Así, el TC concluye que “corresponde ordenar que el Minsa incluya a la AOE en los métodos de planificación familiar que pone a disposición de la población como política pública, a fin de que toda mujer, adolescente o niña pueda consumirla, en caso lo requiera” (fundamento 46) ya que el Estado tiene procurar que se trate “igual a todas las mujeres, adolescentes y niñas independientemente del estrato socioeconómico al que pertenezcan” (fundamento 47), concretando, de esa manera, la prohibición de no discriminación a las personas por su condición económica. Siguiendo la línea argumentativa, el TC señaló que, dada su naturaleza, “el suministro

de dicha información es importante, puesto que (...) la decisión sobre consumir la AOE o no hacerlo dependerá de la persona, mujer y/o de los padres, tutores o quien se haga cargo de ellas de corresponder” (fundamento 52), con lo cual se tutela el derecho a recibir información.

Con todo, se observa que esta decisión finaliza el denominado “caso AOE”, siendo la conclusión que el estado peruano, específicamente el MINSA, tiene la obligación tanto de distribuir como de informar sobre la AOE, permitiendo, de esta manera, que todas las mujeres peruanas accedan a la misma. No obstante, dado que dicha decisión final fue emitida en el presente año, la situación vigente anteriormente incidió directamente en la vida de muchas peruanas, lo que nos introduce al caso de María, el cual fue presentado ante la Comisión Internacional de Derechos Humanos¹⁴¹, el cual será expuesto brevemente.

El mencionado caso se puede resumir de la siguiente manera: en el 2014, María fue víctima del delito de violación sexual y, mientras se encontraba en el hospital, se le negó el acceso a la AOE, lo que transgredió su “derecho a controlar autónomamente y en libertad su capacidad reproductiva. Aduce que, como parte de las garantías debidas sin discriminación, y como parte de los servicios de salud brindados a víctimas de violencia sexual, tal denegación constituyó una violación de sus derechos” (fundamento 1). Es mas, “sus familiares la llevaron al Hospital Público Hermilio Valdizan Medrano, donde permaneció hasta el 26 de marzo. Ahí el personal informó a los padres que para atenderla debían sentar la denuncia penal, retrasando de esta manera la atención a su salud cuando se trataba de una situación de emergencia” (fundamento 3) y recién 48 horas después de la violación sexual se le recetó la AOE, mas no se le brindó información sobre la misma ni la oportunidad de hacer preguntas al respecto. Asimismo, dado el panorama de no distribución de la AOE en centros de salud del MINSA, los familiares de María tuvieron que conseguir dicho insumo en una farmacia privada.

La Comisión declaró admisible el caso de María el 22 de marzo de 2020 y, a la fecha, se está a la espera de una decisión. Este caso es relevante pues nos permite señalar que el desarrollo del caso AOE en el Perú ha tenido efectos perjudiciales en las mujeres pues, como adujo María, sus derechos se vieron lesivamente afectados. Todo lo expuesto se puede resumir en lo siguiente: el *frame* caracterizado por rechazar el aborto ha servido como hilo conductor para que se escoja vetar un medicamento por miedo a su posible injerencia (medicamento se determinó que no ocurre aquello) en el derecho a la vida de otro sujeto de derecho, optando por considerar que aquel es absoluto y puede, por ende, válidamente afectar el derecho a la salud las mujeres.

Con todo, el recuento del caso de la AOE es otra expresión del *frame* que defiende el absolutismo del derecho a la vida del concebido en desmedro de, por ejemplo, el derecho a la salud de las mujeres. Y es que el análisis interseccional tiene resultados lamentables: no se está afectando al universo de mujeres con la prohibición de distribución a nivel MINSA, sino a las mujeres de escasos recursos en tanto solo se permitía comprar dicha pastilla en el sector privado. Es decir, la transgresión es incluso mayor pues se crean dos grupos según la capacidad adquisitiva, logrando que el grupo con menores recursos reciba una afectación mayor de sus derechos.

En simple, si la decisión del 2009 hubiera sido diferente y, por ende, la AOE distribuida en centros de salud, lo más probable es no tendríamos un caso ante la Comisión por no entregar un medicamento que, a nivel interamericano, se ha considerado como elemental en la anticoncepción y como parte de los derechos sexuales de las mujeres. En otras palabras, si nuestro marco jurisprudencial buscara la conservación del derecho a la salud, no se atentaría contra el mismo ni a nivel teórico (absolutismo del derecho a la vida), normativo (penalización del aborto) y mucho menos jurisprudencial.

3.2.2 El aborto en los tribunales de justicia peruana

¹⁴¹ <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/2020/pead449-16es.pdf>

En este subpunto se abordará el desarrollo que ha tenido el aborto como delito, en cualquiera de sus modalidades, en el sistema de justicia del Perú. Así, en el primer subpunto se analizarán los resultados obtenidos producto de una solicitud de acceso a la información y, luego, en el segundo subpunto se expondrá cómo ha resuelto la Corte Suprema los casos en los que el aborto ha sido la única o una de las pretensiones. Con todo, la información y su correspondiente análisis nos permitirá identificar si los casos de aborto, al judicializarse, son resueltos en atención al estándar impuesto por la normativa y jurisprudencia interamericana, si lo contravienen como en el caso de la AOE o si siguen otra tendencia.

3.2.2.1 Los casos de aborto en el Poder Judicial del Perú

El 17 de junio de 2022 se presentó una solicitud de acceso a la información (Anexo 03) sobre “el registro, entendido como las cifras, estadísticas y/o información relacionada al número y estado de expedientes por el delito de aborto en cualquiera de sus formas (según lo contemplado en el CP, artículos 114, 115, 116, 117, 118 y 120)¹⁴². Luego, el 20 de junio, Trámite Documentario y Archivo informó que “la Solicitud S/N-2022, se ha registrado con el Expediente 23763-2022-TDA-SG. Posteriormente, el 12 de julio se respondió la solicitud mediante la Carta N° 000522-2022-SG-GG-PJ (Anexo 04) y se adjuntaron 3 documentos¹⁴³, dentro de los cuales se encuentra el archivo con las “estadísticas de ingreso a calificación de procesos judiciales de aborto, periodo: 2012-2022 (abril)” (Anexo 7), el cual procederemos a presentar y analizar.

Como se aprecia en el Anexo 7, las cifras proporcionadas por el Poder Judicial nos brindan, desde el 2012 hasta el 2022, el total de casos registrados del delito de aborto en todas las modalidades solicitadas, archivados de forma definitiva/en trámite/en ejecución y personas con sentencia condenatoria por tipo de delito de aborto según su género. Ahora, se presentará una tabla informativa con los subtotales de cada cuadro para analizar las cifras de manera general. No obstante, para evaluar la judicialización de los casos de aborto, se presentará primero, y como referencia, el contenido del Anexo 2¹⁴⁴ sobre el registro del MINSA de casos de aborto para comparar y apreciar si los casos de aborto normal o extraordinariamente son penalizados.

Tabla 15. Abortos por etapas de vida y según departamentos acorde a los registros de hospitalización del MINSA y los gobiernos regionales del país

	2018	2019	2020	2021
Registro de hospitalizaciones	34 829	35 353	22 469	25 006

Nota. Fuente Anexo 2.

Como se observa, tanto en el 2020 como en el 2021 hubo una considerable disminución de hospitalizaciones por aborto. Es importante recordar que la pandemia originada por el covid-19 originó que los peruanos acaten el aislamiento social obligatorio desde el 15 de marzo, lo que significó el cierre de establecimientos tanto público como privados, restricciones en los servicios (v. gr. aforo) y, lo más significativo desde una perspectiva social, que las personas permanecieron en casa como regla y mandato estatal¹⁴⁵. Entonces, no resulta desatinado asociar al coronavirus la evidente disminución de más de 10,000 casos entre 2019 y 2020.

¹⁴² Asimismo, en la solicitud se especificó que no se requería “la información personal (eg. Nombres, direcciones) de las partes involucradas sino de los casos ya que es de mi interés conocer qué tantos procesos hay sobre el aborto y cuál es la naturaleza de los mismos”.

¹⁴³ Se adjuntó el Memorando N° 000769-2022-GP-GG-PJ (Anexo 5) y el Memorando N° 000366-2022-SE-GP-GG-PJ (Anexo 6).

¹⁴⁴ Se recomienda ver pie de página N° 1 así como el anexo 02 ya que la información proporcionada por el MINSA es sumamente detallada y permita observar el registro de casos según no solo las regiones sino también la edad, siendo el rango más inferior entre 0 y 11 años.

¹⁴⁵ Se pueden revisar las medidas tomadas por el estado peruano en la siguiente dirección web: <https://www.parlamentoandino.org/images/actualidad/informes-covid/Peru/Principales-medidas-adoptadas-por-el-gobierno-peruano.pdf>

Asimismo, las cifras expuestas deben evaluarse tomando en cuenta que se trata de los casos sobre los que se tiene conocimiento y registro, los que comparten como elemento en común que se trata de mujeres que acudieron a los centros de salud y terminaron siendo hospitalizadas por presentar como diagnóstico un aborto. En otras palabras, son mujeres que se practicaron abortos inseguros, los cuales causan “alrededor de 39.000 muertes al año y hacen que millones de mujeres más sean hospitalizadas por complicaciones” (2022) (el énfasis es propio). Teniendo en cuenta la ilegalidad de la práctica y, potencialmente, la peligrosidad de las condiciones en las que se lleva a cabo, se procederá a analizar cuál ha sido el desarrollo del delito en el sistema judicial.

Tabla 16. Registro de casos de aborto en el Poder Judicial

Clasificación	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ingreso a calificación de procesos judiciales de aborto	116	75	106	144	120	131	102	113	54	102	22
Procesos judiciales de aborto archivados de forma definitiva en trámite y en ejecución	22	24	37	17	12	11	16	28	18	11	5
Personas con sentencia condenatoria por tipo de delito de aborto según género	-	-	-	-	53	43	51	41	14	9	-

Nota. Fuente Anexo 7.

Tomando en cuenta los años 2019 y 2021, se observa que las cifras registradas en el 2020 disminuyeron, siguiendo la tendencia observada en la Tabla 8. No obstante, si tomamos como referencia dicho cuadro informativo, destaca que los casos judicializados no representan ni el 10% de hospitalizaciones por alguna de las modalidades del delito de aborto. Ahora, como se indica en el Anexo 7, ninguna de las cifras hace referencia a casos en mérito del artículo 119 (la única opción legal de aborto). Es decir, los números contenidos en la Tabla 9 abarcan todos los casos penados de aborto y, en cuanto a cifras, son insignificantes si se compara con las hospitalizaciones producto de abortos, presumiblemente incompletos, que han sido atendidos en los centros de salud del MINSA.

Asimismo, resulta interesante valorar la cuarta fila de la Tabla 9 pues las cifras evidencian una clara disminución en cuanto al total de personas que han sido procesadas por haber cometido alguna de las modalidades del delito de aborto. En esa misma línea, si se interpreta dicha fila con la segunda, se aprecia que desde en el 2020 y 2021, los condenados por el mencionado delito representan el 25.9% y el 8.8% respectivamente. De esta manera, resulta factible señalar que no existe un alto porcentaje ni de casos judicializados de aborto ni de sujetos condenados. Sin embargo, cabe preguntarse si alguno ha llegado a instancias máximas y qué opinión sobre dicho delito se ha emitido en aquellas, por lo cual se pasará a analizar dicho panorama en el siguiente subpunto.

3.2.2.2 Los aportes de la Corte Suprema de la República del Perú

En las siguientes líneas se compartirán las definiciones y apreciaciones emitidas por la Corte Suprema de Justicia de la República del Perú sobre el aborto para identificar si estas se limitan a lo enunciado en el CP o si dicha corte se decanta por la aplicación de la normativa o jurisprudencia

interamericana. Asimismo, se debe señalar que se ha optado única y especialmente por la Corte Suprema dada su relevancia y su rol en la creación de jurisprudencia. En ese sentido, se recurrió al buscador de jurisprudencial penal y en “palabras clave” se completó “aborto”, siendo 86 resultados proporcionados por la plataforma web¹⁴⁶. Al revisarlos, se aprecia que 14 de las resoluciones tuvieron como pretensión al delito de “aborto sin consentimiento”, es decir, la mujer no era el sujeto activo del ilícito sino la víctima.

De los 14 casos en los que el aborto figura como pretensión, 7 de estos casos comparten como pretensión la violación sexual; 1, asociación ilícita y omisión de socorro y peligro; 1, ejercicio ilegal de la medicina; 1 parricidio y lesiones leves; 1 asesinato. Sin embargo, en los 72 resultados restantes no se incluye el aborto como pretensión, pero sí forma parte del contenido de las resoluciones, siendo la mayoría de aquellos delitos los de violación sexual de menor, lo que nos permite señalar que existe una clara vinculación entre el aborto y la violación de la indemnidad sexual de menores.

Tras analizar las 14 resoluciones en las que el aborto aparece como pretensión, se aprecia que solo 3 abordan su comisión como único delito. Es decir, de los 86 resultados, solo en esos escenarios se puede esperar que la Corte esgrima argumentos sobre dicho delito, ya sea para definirlo, presentar sus elementos, entre otros aspectos que pueden formar parte del contenido de la decisión. En ese sentido, se van a compartir las apreciaciones de la corte en cada uno de esos casos para, luego, analizar el enfoque que han seguido los magistrados.

➤ Recurso de Nulidad N° 000268-2009¹⁴⁷

Fecha: 29 de abril de 2010

“la culpabilidad del citado imputado por delito de aborto no consentido se encuentra acreditada con la sindicación de la víctima, quien señaló [...] que el acusado lo llevó a la ciudad de Sullana y no le confesó que le iban a practicar un aborto, pues solo le indicó que le normalizarían su periodo menstrual” (fundamento quinto)

“el acusado Flores Machare la llevó a un médico de la ciudad de Sullana y le colocaron una inyección; agregó que denunció el hecho, trasladó a la menor al médico legista y determinaron que presentaba restos fetales, siendo internada en el Hospital de Solidaridad para que le efectúen un legrado” (fundamento sexto)

“(i) el certificado médico legal [...]; (ii) el informe ecográfico [...] que estableció que presentaba aborto incompleto; (iii) el documento del Sistema Metropolitano de la Solidaridad de Sullana [...] que afirmó que la menor agraviada presentaba aborto incompleto; (iv) el Informe Médico del Hospital de ‘Apoyo III de Sullana’ [donde] se le diagnosticó aborto incompleto, hospitalizándose para la realización de un legrado uterino” (fundamento séptimo)

(el énfasis es propio)

Aunque no se enuncia en la resolución, este caso sigue los parámetros contenidos en el Acuerdo Plenario N° 2-2005/CJ-116 de 30 de septiembre de 2005, en cuyo fundamento 10 se detallan las “garantías de certeza” de las declaraciones de un agraviado: ausencia de incredulidad subjetiva, verosimilitud y persistencia en la incriminación. Si bien se podría argumentar que existe resentimiento entre la víctima y el imputado dados los hechos, lo cierto es que el testimonio de aquella y los otros instrumentales satisfacen la segunda y tercera garantía, lo que nos permite afirmar que lo sindicado por la víctima se trata de un hecho real, probado y valorado como tal por la instancia judicial revisada.

➤ Recurso de Nulidad N° 000227-2013¹⁴⁸

Fecha: 06 de mayo de 2014

¹⁴⁶ En la página web se apreciaba “De un total de 264744 resoluciones, se obtuvieron 86 resultados”.

¹⁴⁷ Se decidió que no había nulidad “en el extremo que condenó a Luis ALBERTO FLORES MACHARE por delito contra la vida, el cuerpo y la salud -aborto no consentido- en perjuicio de la menor agraviada”.

¹⁴⁸ Se decidió declarar nula la sentencia que absolvió a Tomiko Liliana Futagaki Lazo por el delito de aborto.

Resumen del caso: Según la acusación fiscal. El imputado Saulo Chuma Taco, reo ausente, al enterarse que la menor R.L.C. de 16 años -quien reconoció que estaba embarazada producto de haber mantenido relaciones sexuales con el imputado- estaba gestando, “se puso de acuerdo con la encausada Futagaki Lazo, administradora de la farmacia “Farmazavala” quien le suministró una inyección a la menor y luego le entregó pastillas indicando que “perdería al bebé en ocho horas” (fundamento segundo).

“Es claro que la víctima sostiene un aborto no consentido y, luego, que tuvo que practicársele un legrado uterino. El aborto está probado. No se trató, según el curso de los sucesos narrados, de un aborto natural, sino de uno inducido. Dado el tiempo que transcurrió entre el aborto y la hospitalización *es evidente que toda evidencia* de inyecciones o pastillas abortivas *se borró, para tal situación no puede juzgarse aisladamente* sin tomar en cuenta el contexto y la prueba persona” (fundamento quinto).

(el énfasis es propio)

Se observa que el razonamiento es similar al expuesto en la primera resolución pues el testimonio de la víctima tiene un rol fundamental. No obstante, esta resolución nos permite identificar otro aspecto: lo enunciado por la víctima no es únicamente la guía para valorar otros medios probatorios, sino que permite interpretar ciertos hechos como, por ejemplo, la fuga del coimputado. Esta premisa se respalda en el hecho que la Corte no ofrece un análisis sobre los medios probatorios pues, como se indica en el fundamento quinto, estos no fueron recabados por el factor tiempo. Sin embargo, la sindicación firme y constante de la víctima permiten interpretar que la fuga del imputado y la defensa de la acusada dan cuenta de la comisión del delito.

Aunque no se menciona el Acuerdo Plenario N° 2-2005/CJ-116, se debe agregar que el fundamento 10.b tendría una aplicación difícil debido a la falta de “corroboraciones periféricas, de carácter objetivo que le doten de aptitud probatoria”. Como se adelantó, en este caso no obran medios probatorios como informes médicos o similares que respalden el uso de las inyecciones o pastillas a las que se les atribuye el aborto en perjuicio de la víctima. No obstante, resulta importante pues la argumentación de la Corte nos permite afirmar que el testimonio de la víctima puede llegar no solo a guiar el caso o a justificar alejarse de los parámetros del referido acuerdo plenario, sino que el resto de las valoraciones deben realizarse según aquel y esto resulta aplicable a hechos trascendentes ocurridos en mérito del caso.

➤ Recurso de Nulidad N° 003150-2013¹⁴⁹

Fecha: 23 de marzo de 2015

Resumen: el encausado Urquiza Argandoña señala que “el dicho de la agraviada respecto a que se le practicó un aborto es insuficiente para acreditar su comisión, ya que no acreditó primero la existencia del embarazo; segundo, que fue interrumpido por maniobras abortivas; y, tercero, que el aborto lo ejecutó el recurrente” (fundamento primero)

“En la acusación fiscal [...] se consigna que la menor [...] mantuvo relaciones sexuales en reiteradas oportunidades con José Luis Chávez Soria (con quien tenía una relación sentimental), producto de las cuales quedó embarazada. Cuando el imputado Chávez Soria conoció de tal circunstancia condujo a la víctima a un tópico [...] donde fue atendida por el obstetra Heber Richard Urquiza Argandoña, quien le dio una pastilla y una infusión [...] para después inyectarle una ampolla que le generó vómitos, mareos y el aborto del hijo que esperaba” (fundamento segundo).

“Los *informes* emitidos por el médico ginecoobstetra [...] quienes coinciden en señalar que si bien los medicamentos Cloranfenicol e Ibuprofeno (prescritos por el encausado), no son abortivos; no obstante, admitieron la posibilidad de que se puedan Recetar frente a un cuadro infeccioso generado a consecuencia de una práctica abortiva” (fundamento cuarto).

“con relación al agravio de que no está acreditada la preexistencia del embarazo de la víctima, se debe desestimar porque *para este Supremo Tribunal es suficiente la incriminación de la agraviada*, que guarda *coherencia y solidez* con el suceso criminal” (fundamento sexto)

(el énfasis es propio)

La relevancia de esta resolución se evidencia en que la sindicación de la víctima de un aborto sin consentimiento es sumamente relevante pues guía cómo se deben interpretar los medios

¹⁴⁹ Se declaró que no había nulidad en la sentencia que condenó a Heber Richard Urquiza Argandoña como autor del delito contra la vida, el cuerpo y la salud, en la modalidad de aborto sin consentimiento.

probatorios y, por otro lado, se observa que permite calificar el actuar de las partes involucradas. Así, en esta resolución se evidencia que la sindicación de la víctima fue constante y fue valorada no solo junto a los informes ginecobstetras sino también con el sometimiento del acusado y la declaración del recurrente. Es decir, la línea argumentativa expuesta por la Corte ha sido constante y esto no solo crea, sino que refuerza el estándar sobre cómo abordar casos de aborto sin consentimiento u otros en los que se aprecien elementos similares.

Con todo, las apreciaciones emitidas por la Corte Suprema de Justicia del Perú evidencian que la argumentación de los magistrados no refleja una aplicación de conceptos, elementos o estándares del sistema interamericano. Sin embargo, aquello no ha significado una violación de los derechos de las víctimas afectadas pues la Corte ha adecuado su razonamiento a los aparatos normativos del foro nacional (CP y el Acuerdo Plenario N° 2-2005/CJ-116), lo que ha significado la debida protección de las menores agraviadas, lo que supone una basta diferencia con lo resuelto a nivel TC en el caso de la AOE.

Este apartado evidencia lo siguiente: primero, que no ha existido una línea jurisprudencial firme, lo que justifica el desarrollo del caso de la AOE; segundo, que la sociedad civil ha tenido un gran rol en los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres pues ha sido esta la que dio inicio al caso de la AOE; tercero, que no existe una persecución o interés en la sanción del aborto, por lo cual no existen cifras considerables sobre condenas por dicho delito; y, cuarto, en mérito a esto último es que el artículo 119 del CP y el resto de tipos penales relacionados a la penalización del aborto no cuentan con un desarrollo jurisprudencial, a pesar de las altas cifras de abortos clandestinos en el Perú, lo que nos lleva a cuestionar la naturaleza de la aplicación del marco normativo dado que este es quien establece los parámetros empleados en el ámbito jurisprudencial y en las políticas públicas.

Asimismo, debe destacarse que las cifras reportadas en la introducción, en el capítulo 1 y en el Anexo 2 no cuadran. Es decir, los casos resueltos por el poder judicial no se igualan a las alarmantes cifras reportadas sobre abortos. En primer plano, aquello evidencia que la tipificación del delito no se traduce en la sanción efectiva del mismo, lo que resalta y valida la comisión de abortos clandestinos que no son perseguidos. Entonces, el *ius imperium* se queda en el CP y la vulneración a la conservación y restablecimiento del derecho a la salud de las mujeres se plasma cada vez que se practican abortos en condiciones inseguras pues estos son una respuesta a la falta de tutela de la disponibilidad, accesibilidad, calidad y satisfacción del derecho en cuestión. Es decir, se les impide un acceso racional al mismo y se permiten intromisiones lesivas al mismo de manera clandestina.

Conclusiones

En el marco teórico se abordaron conceptos fundamentales que guían el desarrollo jurídico de esta investigación, tanto a la luz del CC como del CP, concluyendo principalmente que no existen derechos o bienes jurídicos absolutos. Luego, en el marco normativo se expuso la postura de la comunidad interamericana y del estado peruano sobre el aborto y su impacto en el derecho a la salud, evidenciando que las mujeres tienen un rol pasivo; luego, en el marco jurisprudencial se evidenció que la falta de aplicación oportuna de las recomendaciones y observaciones de la comunidad interamericana se tradujo en la violación constante de derechos de las mujeres.

El objetivo principal de esta investigación fue determinar cómo la condición de ilegalidad del aborto incide negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas, por lo cual la hipótesis propuesta fue que dicha ilegalidad del aborto incidía negativamente en la realización del derecho a la salud de las mujeres peruanas, en la medida que la penalización de dicha práctica las perjudica al negar o restringir el uso, goce y/o disfrute del derecho del cual son titulares. Al respecto, la conclusión principal a la que se ha arribado tras el análisis es que la penalización del aborto tiene consecuencias negativas e incluso lesivas para las mujeres porque son sujetos pasivos de derechos sobre los que teóricamente ejerce titularidad, que se sustenta en lo siguiente:

Como se abstrae del capítulo 1, el aborto es un procedimiento o práctica médica no lesivo para las mujeres. Como indica la OMS, si se siguen las recomendaciones -que van de la mano con los principios de conservación y restablecimiento del derecho a la salud- se asegura no solo el derecho a la vida de la mujer (si corporalmente se despoja a la mujer de su vida entonces pierde dicho derecho y todos los demás de los que es titular) sino también su derecho a la salud (disponibilidad de recursos, accesibilidad, calidad y satisfacción). Es vital para la investigación determinar que el aborto no representa peligro alguno para la mujer y ha sido en ese camino que se identificó que la peligrosidad del mismo radica no en su naturaleza, sino en su aplicación, la cual es determinada por la regulación.

Luego, según se indica en el capítulo 2, existen mecanismos que permiten evidenciar nuevos aspectos de problemas, situaciones y otros, no solo dinamizando el debate sino permitiendo comprender mejor el objeto de estudio o circunstancia de nuestro interés. De esta manera, se identificó que el enfoque feminista era la herramienta ideal para estudiar el desarrollo del derecho a la salud respecto de la regulación del aborto porque dicho enfoque emplea términos desde género y sexo hasta métodos orientados a identificar a la mujer y no como una expresión del género femenino. Así, el feminismo y sus herramientas resultan aplicables para nuestro objeto de estudio, por lo cual su aplicación deviene en pertinente.

Finalmente, en el capítulo 3 se condensa lo revisado pues se usan las herramientas del capítulo 2 para deconstruir el marco jurídico de la figura del capítulo 1. De esta manera, y por partes, determinamos que el derecho a la salud cuenta con un núcleo esencial que exige puntualmente 4 instancias para asegurar su correcto desarrollo. Sin embargo, a nivel teórico, normativo e incluso jurisprudencial se ha observado que la conservación y restablecimiento de tal derecho han sido relegados. En ese sentido, se pudo determinar lo siguiente:

- A nivel teórico

En primer lugar, se determinó que en la doctrina existen dos *frames* muy marcados que se diferencian según su postura respecto de la penalización del aborto. Así, tenemos a quienes se muestran a favor y a quienes están en contra. Para los primeros, el derecho a la vida, por ejemplo, es absoluto cuando se trata del concebido, por lo cual no admite injerencias lesivas como la terminación de un embarazo pues significaría su fenecimiento dado que sin vida corpórea no hay derechos. Sin embargo, para los segundos ningún derecho es absoluto, por lo cual sí es posible evaluar la pugna por la titularidad del derecho a la vida entre el concebido y la mujer.

En segundo lugar, se determinó que el derecho a la salud exige conservación y restablecimiento para que puedan darse los 4 elementos que componen su contenido esencial. Asimismo, se indicó que a nivel constitucional existe un vasto desarrollo jurisprudencial para definir su contenido constitucionalmente protegido, por lo cual a nivel nacional existe un marco teórico suficiente para asegurar el debido ejercicio de dicho derecho.

- A nivel normativo

Para empezar, se identificó que los *frames* descritos tienen eco a nivel interamericano y nacional. Así, la comunidad interamericana se identifica con la despenalización del aborto en tanto su producción normativa postula aquello, mientras que a nivel nacional las normas, empezando por el CP y terminando por la LGS, se inclinan hacia la ilegalidad de la práctica.

Asimismo, se pudo identificar una sólida línea argumentativa (informes, observaciones, recomendaciones) que desde los 90 identificó al aborto y al derecho a la salud como situaciones que exigían una pronta revisión de parte del estado. Paralelamente, se determinó la falta de mejoras oportunas, lo que se evidencia con la fecha de emisión de las guías y la penalización del aborto que se mantiene vigente.

- A nivel jurisprudencial

Por un lado, se evidenció que el *frame* de ilegalidad del aborto ha sido plasmado tanto en las normas locales como a nivel jurisprudencial, siendo prueba de aquello el desarrollo del caso de la AOE. La decisión de prohibir su distribución en los centros de salud del MINSA, pero permitir su venta en el sector privado lesiona el núcleo esencial del derecho a la salud dado que se incumple con la disponibilidad del medicamento, la accesibilidad al mismo, la calidad de aquel (inexistente al no tener el producto) y la aceptabilidad de los sujetos, a quienes no se les debe negar arbitrariamente la satisfacción de los mencionados, siendo esto lo principal.

Por otro lado, se demostró que a pesar de la penalización postulada en el CP y defendida a nivel doctrinario por cierto sector, el poder judicial no ha sancionado a tantas personas por dicho delito como se esperaría al revisar las cifras presentadas por la OMS y recopiladas en nuestra solicitud de acceso a la información. En ese sentido, resulta sencillo abstraer que la tipificación del delito consigue reproducir el estigma hacia las mujeres dado que no se les sanciona, pero se busca limitar la disposición de, por ejemplo, su derecho a la salud.

Así, resalta lo naturalmente compatibles que son tanto el derecho a la salud como el derecho a la vida con la práctica del aborto. Sin embargo, la adversidad entre el marco normativo y la línea jurisprudencial de la comunidad interamericana y el escenario nacional ha incidido directa y negativamente en los derechos de las mujeres peruanas, tanto en los casos de aborto terapéutico como en la distribución de la AOE: la principal consecuencia de aquello ha sido encasillar a las mujeres a un rol pasivo, mermando sus derechos e impidiéndoles hacer uso irrestricto de su derecho a la salud.

La casuística (casos K.L., L.C., Camila, María) y las cifras de aborto clandestinos son pruebas objetivas de lo inadecuada que es la penalización de la terminación del embarazo en el Perú. Partiendo de aquello, el feminismo nos permitió reconocer que al preguntarnos por las mujeres las ubicamos no solo lejos de disponer sobre sus derechos, sino que no forman parte de la conversación en la cual se determina el uso que podrán ejercer sobre aquellos. Y es que se pudo confirmar la hipótesis de este trabajo desde el capítulo cuando se expuso que la OMS consideraba que el derecho a la salud como un estado de bienestar completo, siendo que los servicios de salud ofrecidos deberían incluir una atención integral para los casos de aborto. Si una organización especializada y autorizada en el tema emite dicha afirmación, ¿por qué jurídicamente se pretendería cuestionarla y potencialmente afectar ese derecho, que se traduce en afectar a las mujeres?

Con todo, la naturaleza del aborto exige abordar el derecho a la salud en tanto su contenido esencial y constitucional mencionan que este significa brindar atención, entre otros requisitos, a las afectaciones que puedan presentar los sujetos. En ese sentido, se ha descubierto que ese nexo no es respetado ni a nivel teórico, normativo o jurisprudencial (la sentencia del 2023 del caso AOE revierte esto, pero dado el desarrollo del caso nos inclinamos a defender que se mantiene el germen de la penalización de prácticas abortivas), por lo que se erige una suerte de bloque que blindo no solo al concebido y lo vuelve titular absoluto del derecho a la vida, sino que del otro lado de la figura se encuentran los restos del derecho a la salud de las mujeres, a quienes se les quita la posibilidad de experimentar cabalmente la titularidad plena de aquel derecho.

Entonces, si se ha determinado que 1) el aborto no es un procedimiento médico lesivo para las mujeres, 2) la comunidad internacional respalda su despenalización, 3) la regulación actual vigente (aborto terapéutico legal) ha sido insuficiente al nivel que ya se ha declarado la responsabilidad del estado en 2 casos emblemáticos, resulta sencillo afirmar que se está limitando arbitrariamente la titularidad del derecho a la salud de las mujeres. En ese sentido, es menester exigir un cambio sustancial, que empiece por el CP y termine en el desarrollo de políticas públicas con enfoque feminista. En simple, situaciones como el aborto exigen hacernos la pregunta por la mujer y regular tomando en cuenta que en estas intervenciones médicas su derecho a la salud tiene un desarrollo distinto propio de su condición de mujer y es que la figura es simple: las mujeres pueden potencialmente ser madres y no serlo no debería significar encontrarse con un marco legal que incida negativamente en su ejercicio del derecho a la salud.

En simple, la penalización del aborto es lesiva para las mujeres pues ese tipo de regulación se traduce en volver inexistente la disponibilidad del servicio de abortos, lo que justifica por qué el acceso al mismo se logra, pero en situaciones clandestinas que se traduce en una mala calidad del servicio y deviene en la insatisfacción de las usuarias, que muchas veces se traduce en muertes o severas lesiones a su integridad física y/o psicológica. En otras palabras, la penalización del aborto significa impedir que las mujeres decidan sobre cómo ejercer la titularidad de su derecho a la salud pues es el estado peruano quien suprime aquel de su catálogo de derechos.

Recomendaciones

Atendiendo al desarrollo de la investigación y las conclusiones, se recomienda un plan de acción de 3 niveles, el cual se caracteriza por estar encaminado a regular y proteger el catálogo de derechos del que son titulares y que entran a tallar cuando analizamos el aborto. De esta manera, los niveles son los siguientes:

1. Nivel normativo

El primer nivel deberá ser el normativo, siendo la primera tarea la modificación del CP, no solo del artículo 119 sino de todo el apartado dirigido al aborto. Dado que las recomendaciones de la comunidad interamericana es la despenalización del aborto, el estado peruano podría acatar aquello y eliminar toda tipo de tipificación del delito del aborto o acercarse poco a poco a dicha meta mediante la imposición del sistema de causales o de plazos.

La importancia de la modificación normativa es apremiante pues aquella esboza la línea jurisprudencial y de políticas públicas. En ese sentido, con la modificación en pro de la despenalización y la respectiva incorporación de las recomendaciones y aportes de la comunidad interamericana se evita la repetición casos de la AOE, K.L., L.C. y Camila.

Asimismo, un nuevo marco normativo permite y exige la modificación y/o implementación de guías que brinden información detallada al personal de salud. En otras palabras, se fomentaría la producción y constante modificación de protocolos a seguir para casos de terminación de embarazos o similares como guías sobre cómo manejar los efectos secundarios de abortar con pastillas, de manera quirúrgica, etc. Es decir, existiría a nivel nacional una producción documentaria inspirada en la de la OMS, consiguiendo regular la práctica y brindándole una mejor atención a las usuarias.

2. Nivel institucional – sector salud

El segundo nivel está dirigido a los centros y al personal de salud, dada la indiscutible naturaleza médica del aborto. Dada la relevancia de tanto la objeción de conciencia como de los derechos de las mujeres, se deberá asegurar que exista la cantidad necesaria de médicos que estén capacitados y dispuestos a atender a las peruanas que soliciten la terminación de sus embarazos.

Como la despenalización puede ser total o parcial, el estado deberá asegurar los protocolos mínimos que hubieran evitado los casos de K.L., L.C. y Camila. Por ejemplo, se podría dinamizar y agilizar tanto la solicitud de aborto terapéutico como la realización del mismo.

3. Políticas públicas

El tercer nivel, siguiendo las recomendaciones de la OMS, la comunidad interamericana y organismos nacionales, exige brindar información a la población sobre la salud sexual, siendo menester la inclusión de los métodos anticonceptivos y de los derechos de los cuales gozan tanto

las mujeres como los hombres. El objetivo de esto es informarles a los sujetos sobre sus derechos así como del catálogo de servicios que ofrece el estado para tutelar aquellos.

Finalmente, debe recordarse que la implementación de los 3 niveles en los que se han ideado estas recomendaciones no son excluyentes, por lo cual pueden implementarse simultáneamente, siendo esto lo más recomendable dado lo expuesto. Con todo, estas recomendaciones buscan solucionar la problemática expuesta en esta investigación, por lo cual pueden agregarse otras que sigan la hoja de ruta trazada desde el inicio: la protección de los derechos de las mujeres.

Bibliografía

Alvarez Alvarez, B. I. (2018). L. C. vs. Perú. Memoria del litigio. La disputa jurídica por el derecho al acceso al aborto legal de las niñas víctimas de violación sexual. PROMSEX. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2018/11/MemoriaLC.pdf>

Amnistía Internacional (2021, septiembre 28). Datos clave sobre el aborto. <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/blog/historia/articulo/datos-clave-sobre-el-aborto/>

Ancí, N. (2018, 10 de agosto) ¿Importa seguir hablando del conflicto entre la libertad y la vida? Ius 360. <https://ius360.com/importa-seguir-hablando-del-conflicto-entre-la-libertad-y-la-vida/>

Arrieta Caro, José (2018, 10 de agosto). La Tipificación del Aborto en Latinoamérica. Ius 360. <https://ius360.com/la-tipificacion-del-aborto-en-latinoamerica-jose-arrieta/>

Asociación Médica Mundial (2022). Historia. <https://www.wma.net/es/quienes-somos/historia/>

Bearak, J., Popinchalk, A., Ganatra, B., Moller, A., Tunçalp, Ö., Beavin, C., Kwok, L. & Alkema, L. (2020). Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. *The Lancet*, 8 (9), e1152-e1161. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30315-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30315-6)

BBC NEWS MUNDO (2022, 22 de febrero). Aborto en América Latina: en qué países es legal, está restringido o prohibido. BBC NEWS. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-45132307>

Bbc Mundo (2021, 20 de marzo). Aborto en Chile: la mujer chilena que quiere que le dejen interrumpir su embarazo tras tomar anticonceptivos defectuosos. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-56447130>

Benedicto, C. (2018). Malestares de género y socialización: el feminismo como grieta. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(134), 607-625. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000200014>

Bergallo, P. (Comp.), *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 155-166) (1.ª ed.). Siglo XXI Editores Argentina.

Burton, J. (2021). Los estudios sobre aborto en Argentina. Un estado de la cuestión. *Cadernos Pagu*, 63, pp. 1-22. <https://doi.org/10.1590/18094449202100630014>

Burton, J. y Peralta, G. T. (2021). Un aborto feminista es un aborto cuidado. *Prácticas de cuidado en el socorrismo patagónico. Estudios Feministas*, 29 (2), pp. 1-13. <https://www.jstor.org/stable/48628351>

Bracamonte, L. (2009). Derroteros feministas en la Argentina a principios del siglo XX: Una aproximación desde la prensa de Bahía Blanca. *Mora* (Buenos Aires), 15(1). http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-001X2009000100003&lng=es&tlng=es

Bregaglio, R. (2008). Sistema universal de protección de derechos humanos. En Bregaglio, R y CHAVEZ, C. (Eds.), *El sistema universal de protección de los derechos humanos. Cambios en la organización de Naciones Unidas y el papel de la sociedad civil, Guía práctica para defensores de derechos humanos*, pp. 91 – 129. CNDDH/CEDAL.

Calambas Tunubala, A., Riccardi, D. y Romero Tenorio, J. M. (2021). COMUNICACIÓN COMUNITARIA Y CONSTRUCCIÓN ETNOGENÉRICA DE LAS INDÍGENAS DEL CAUCA (COLOMBIA) FRENTE A LOS CONFLICTOS TERRITORIALES. *Diálogo Andino*, 66, 377-387. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812021000300377>

Calle, G. (2022, 17 de abril). El alarmante incremento de casos de abuso sexual a menores en el Perú. *El Búho*. <https://elbuho.pe/2022/04/el-alarante-incremento-de-casos-de-abuso-sexual-a-menores-en-el-peru/>

CARTABIA GROBA, S. (2021). JUSTICIA Y POLICÍA: POR QUÉ NO PUEDEN PROTEGERNOS. *Anfibia*. <https://www.revistaanfibia.com/justicia-policia-no-pueden-proteger-nos/>

Caso Gonzales Lluy y Otros vs. Ecuador (2015, 01 de septiembre). Corte Interamericana de Derechos Humanos. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_298_esp.pdf

Caso Poblete Vilches y Otros vs. Chile (2018, 08 de marzo). Corte Interamericana de Derechos Humanos. https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_349_esp.pdf

Castillo, L. (2017). El valor jurídico del concebido por nacer, en particular sobre su derecho a la vida en Perú. <http://garantismoyderechoshumanos.com.mx/imagenes/Archivo%20%20Castillo%20C%3%B3rdova,%20Luis%20Fernando%20Web.pdf>

Castillo Córdova, L. (2015). El significado del contenido esencial de los derechos fundamentales. *Foro Jurídico*, pp. 143 – 154. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3331524.pdf>

Cavani, Renzo (2015). Todavía sobre Huatuco: “control de convencionalidad” e “independencia judicial” como excusas para desacatar un precedente del Tribunal Constitucional peruano (parte I). *IUS 360*. <https://ius360.com/todavia-sobre-huatuco-control-de-convencionalidad-e-independencia-judicial-como-excusas-para-desacatar-un-precedente-del-tribunal-constitucional-peruano-parte/>

Chavez, A. (2021). Relación entre la maternidad intensiva y burnout parental en madres que trabajan [[Trabajo de suficiencia profesional para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional de la Universidad de Lima. <https://repositorio.ulima.edu.pe/handle/20.500.12724/13199>

CLADEM (2007). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CLADEM. <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/d94dba804954252a85ccf5cc4f0b1cf5/Convenci%C3%B3n+sobre+la+Eliminaci%C3%B3n+de+todas+las+formas+de+discriminaci%C3%B3n+contra+la+Mujer.pdf?MOD=AJPERES#:~:text=La%20CEDAW%20es%20un%20Tratado,tiene%20vigencia%20a%20nivel%20nacional.>

Colegio Médico del Perú. (2020). Código de ética y deontología. <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1993, 12 de marzo). INFORME SOBRE LA SITUACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN PERU. <https://cidh.oas.org/countryrep/Peru93sp/indice.htm>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (1998, 13 de octubre). INFORME DE LA COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS SOBRE LA CONDICIÓN DE LA MUJER EN LAS AMÉRICAS. <https://www.cidh.org/women/Mujeres98/Mujeres98.htm>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2017, 23 de octubre). CIDH exhorta a todos los Estados a adoptar medidas integrales e inmediatas para respetar y garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Organización de los Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2017/165.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2018). INFORME No. 153/18. CASO 13.069. INFORME DE FONDO. <http://www.oas.org/es/cidh/decisiones/corte/2019/13069FondoEs.pdf>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2021). Guía Práctica para la eliminación de la violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes. https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/01_GuiaPractica_MV_V1_SPA.pdf

Comisión Interamericana DE Derechos Humanos (2022, 11 de enero). CIDH presenta caso de El Salvador ante la Corte IDH sobre prohibición absoluta del aborto. <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2022/011.asp>

Comisión Interamericana de Derechos Humanos (2023, 31 de enero). CIDH llama a avanzar en el reconocimiento y protección de los derechos reproductivos en la región. <https://www.oas.org/es/CIDH/jsForm/?File=/es/cidh/prensa/comunicados/2023/011.asp>

Comisión de Justicia y Derechos Humanos periodo anual de sesiones 2014-2015. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2011/com2011jusderhum.nsf/746aabb1ed76b49a05257a6900618267/2492105d537d128905257e28006e0ff1/\\$FILE/Predict3839.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/comisiones/2011/com2011jusderhum.nsf/746aabb1ed76b49a05257a6900618267/2492105d537d128905257e28006e0ff1/$FILE/Predict3839.pdf)

COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO (2016). Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú. <https://www.unicef.org/peru/media/1606/file/Observaciones%20finales%20del%20Comit%C3%A9%20de%20los%20Derechos%20del%20Ni%C3%B1o%20al%20Estado%20Peruano.pdf>

Congreso de la Republica. (22 de mayo de 2015). Dictamen de la Comisión de Justicia y Derechos Humanos recaído en el Proyecto de Ley 3839/2014-IC, mediante la cual se propone la Ley que despenaliza el aborto de casos embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de ovulo no consentidas.

Congreso de la República. (2021, 10 de diciembre). Proyecto de ley que propone la Ley que despenaliza el aborto en Casos de embarazos como Consecuencia de violación sexual. <https://wb2server.congreso.gob.pe/spley-portal/#/expediente/2021/954>

Consejo de Europa (2022). Padres fundadores. <https://www.coe.int/es/web/about-us/founding-fathers>

Cornejo Amoretti, L. (2019). El derecho a la salud: apuntes desde una reflexión interdisciplinaria. JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS, 4, pp. 59 – 89. https://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2020/01/REVISTA_compressed.pdf

Cook, R., Alvarez Alvarez, B., Burneo Labrín, J., Luque Armestar, L., Cárdenas, M., Chávez Alvarado, S. y Guerrero Vásquez, R. (2018). L. C. vs. Perú. Memoria del litigio. La disputa jurídica por el derecho al acceso al aborto legal de las Niñas víctimas de violación sexual. PROMSEX. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2018/11/MemoriaLC.pdf>

Coronado Mestre, R., Álvarez Pineda, A. B., Yero Castañeda, M. & Matos Ross, O. (2006). Aborto séptico: síndrome de Mondor. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 35(4). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400009&lng=es&tln=es.

Corrales, M. (2022, 08 de diciembre). Policía allana local en Arequipa donde mujer falleció por presunto aborto clandestino. *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/2022/12/08/policia-allana-local-en-arequipa-donde-mujer-fallecida-se-habria-practicado-un-aborto-lrsd>

Corte Interamericana de Derechos Humanos (2020). ABC CORTE INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. El cómo, cuándo, dónde y por qué de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. https://www.corteidh.or.cr/sitios/libros/todos/docs/abc_corteidh_2020.pdf

Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics. *University of Chicago Legal Forum*, 8, pp. 139 – 167. <https://chicagounbound.uchicago.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1052&context=uclf>

Crenshaw, Kimberlé W. (1991). Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review*, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier Sáez. <https://www.uncuyo.edu.ar/transparencia/upload/crenshaw-kimberle-cartografiando-los-margenes-1.pdf>

Cruz Neyra, L. y Mendoza Ramírez, A. (2009). Fecundación, el concebido y el derecho a la vida. *Biotempo*, 9, pp. 55 – 60.

Dador Tozzini, M. J. (2012). El aborto terapéutico en el Perú. PROMSEX. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/483>

Cuesta Noguerales, G. (2022). Reseña de Rodó-Zárate, M. (2021). Interseccionalidad. Desigualdades, lugares y emociones. Editorial Bellaterra, 231 pp. Número 49, pp. 139-142.

Davis, A. (2021). Angela Davis: An Autobiography. *Haymarket Books*. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=88YrEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT7&dq=Angela+Davis&ots=jUaf-FR9ZH&sig=0hPxisosuygri0GRlK6bM0kzJrU#v=onepage&q&f=false>

De Beauvoir, Simone (1949). El segundo sexo. *Epulibre*. https://www.solidaridadobrera.org/ateneo_nacho/libros/Simone%20de%20Beauvoir%20-%20El%20segundo%20sexo.pdf

Defensoría del Pueblo (2020). Problemática en la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia sanitaria por covid-19.

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán (2006). Informe Alternativo al Sexto Informe Periodico del Estado Peruano al Comité de la CEDAW emitido por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán en 2006. (Informe). http://www.flora.org.pe/pdfs/InformeAlternativo_2006.pdf

Defensoría Del Pueblo (2022, 13 de mayo). Centros de salud de Lima registran graves problemas de infraestructura y falta de personal médico. <https://www.defensoria.gob.pe/centros-de-salud-de-lima-registran-graves-problemas-de-infraestructura-y-falta-de-personal-medico/>

Díaz, Á. P. (2012). Estatus del no nacido en la Convención Americana: Un ejercicio de interpretación. *Revista Ius et Praxis*, 1 (61), pp. 61 – 112. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r29196.pdf>

Díaz Colchado, J. C. (2018). Los derechos sexuales y reproductivos en el debate de la despenalización del aborto. *Ius 360*. <https://ius360.com/los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-el-debate-de-la-despenalizacion-del-aborto/>

El Comercio (2017, 05 de septiembre). Piura: médicos levantaron la huelga luego de más de dos meses. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/piura/piura-medicos-levantaron-huelga-luego-dos-meses-noticia-455918-noticia/>

El Comercio (2022, 04 de mayo). Chimbote: denuncian que niña de 3 años fue ultrajada en colegio inicial. <https://elcomercio.pe/lima/chimbote-denuncian-que-menor-de-3-anos-fue-ultrajada-por-hijo-del-vigilante-de-un-colegio-inicial-rmmn-noticia/?ref=ecr>

Enfoque Derecho (2020, 14 de mayo). Entrevista a César Landa | Semana Temática de Medicina. <https://www.enfoquederecho.com/2020/05/14/entrevista-a-cesar-landa-semana-tematica-de-medicina/>

Fernández Revoredo, M. (2006). Usando el género para criticar al Derecho. *Derecho PUCP*, (59), 357-369. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.200601.016>

Fernández Sessarego, C. (1995). Tratamiento jurídico del concebido. En Universidad Externado de Colombia (Eds.) *En La persona en el sistema jurídico latinoamericano* (pp. 185 – 233). Universidad Externado de Colombia.

Fernández Sessarego, C. (2002). El concebido en la doctrina y en la legislación peruana del siglo XX. En Universidad Femenina del Sagrado Corazón (Eds.) *En Bioética y biojurídica: la unidad de la vida* (pp. 37 – 70). Jurídica Unifé.

Fowks, J. (2021, 16 de febrero). La economía en Perú cayó un 11% en 2020, el mayor retroceso en 30 años. *El País*. <https://elpais.com/economia/2021-02-16/la-economia-en-peru-cayo-un-11-en-2020-el-mayor-retroceso-en-30-anos.html>

Francke, Pedro (2018). Derecho a la salud, cáncer y política fiscal en el Perú. Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/126777/Derecho%20a%20la%20salud%2c%20c%3%a1ncer%20y%20pol%3%adtica%20fiscal%20en%20el%20Per%3%ba.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Ganatra, B., Gerdt, C., Rossier, C., Johnson, B. R. Jr, Tunçalp, Ö., Assifi, A., Sedgh, G., Singh, S., Bankole, A., Popinchalk, A., Bearak, J., Kang, Z. & Alkema, L. (2017). Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010-14: estimates from a Bayesian hierarchical model. *The Lancet*, 390 (10110), 2372-2381. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31794-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31794-4)

Galli, B. (2018). Reflexiones sobre el estigma social y la violencia institucional en procesos judiciales de mujeres y adolescentes “culpables” de aborto en el estado de Río de Janeiro. En Bergallo, P. (Comp.), *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 333-350) (1.ª ed.). Siglo XXI Editores Argentina.

García, P. (2013, 21 de junio). No a la despenalización del aborto. Universidad de Piura. <https://www.udpe.edu.pe/hoy/2013/06/no-a-la-despenalizacion-del-aborto/>

García Ramírez, Sergio (2016). Sobre el control de convencionalidad. *Pensamiento Constitucional*, 2016, pp. 173-186. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/18704/18945>

García Romero, E., Huamán Flores, F., & Palomino Moreno, H. (2021). Framing periodístico sobre el aborto en el Perú (2015-2019): un análisis comparativo entre la prensa de las regiones Lima metropolitana y Piura. *Revista de Comunicación*, 20(2), 189-206. <https://dx.doi.org/10.26441/rc20.2-2021-a10>

Gianella, C., Rodríguez de Assis, M., y Goppen, S. (2017, 9 de diciembre). Determinantes políticos de los objetivos de desarrollo sostenible. *The Lancet*, 390, 2545-6.

Goldblatt, B. (2019). Violence against women and social and economic rights: deepening the connections. *Research handbook on feminist engagement with International Law*, pp. 359-378. Edward Elgard Publishing.

González, A. I. (1995). Crimen y Castigo: El aborto en la Argentina. En González Montes, S. (Ed.), *Las mujeres y la salud* (1ª. ed., pp. 167-198). El Colegio de México. <https://doi.org/10.2307/j.ctv512s4d.10>

Gonzales, Gorki (2018). Los extremos de un debate necesario contra la injusticia. *IUS 360*. <https://ius360.com/los-extremos-de-un-debate-necesario-contra-la-injusticia/>

GUTTMACHER INSTITUTE (2022). Embarazo no planeado y aborto a nivel mundial. <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/factsheet/fs-aww-es.pdf>

Hidalgo D. (2017). El consentimiento informado. Una visión desde el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. *Rev Peru Ginecol Obstet.*, 63(4), 573-579.

Iizarbe Pizarro, C. (Coord.) (2019). *Pobreza y democracia en el Perú: una jornada de análisis y diálogo público*. PUCP, HSS. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/169025/18342%20Pobreza%20y%20democracia%20interiores.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021). Perú: nacidos vivos de madres adolescentes 2019-2020.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2022, 17 de enero). Lima supera los 10 millones de habitantes al año 2022. [https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/lima-supera-los-10-millones-de-habitantes-al-ano-2022-13297/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20sexo%2C%20en%20Lima%2C%20el,millones%20783%20mil%20386\)%20hombres.](https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/lima-supera-los-10-millones-de-habitantes-al-ano-2022-13297/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20sexo%2C%20en%20Lima%2C%20el,millones%20783%20mil%20386)%20hombres.)

Instituto Nacional de Estadística e Informática (2020). Estado de la población peruana 2020. INEI. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf

Kant, I. (1939). *Fundamento de la metafísica de las costumbres*. Excelsior 146. Santiago de Chile: Editorial Ercilla.

La Rosa Calle, J. y Rivas, G. (2018). *Teoría del conflicto y mecanismos de solución*. Fondo Editorial PUCP. <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/170690>

Lamadrid Alvarez, S. y Benitt Navarrete, A. (2019). Cronología del movimiento feminista en Chile 2006-2016. *Revista Estudios Feministas*, Florianópolis, 27 (3), e54709. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2019v27n354709>

Landa Arroyo, C. (2002). Teorías de los derechos fundamentales. *Cuestiones*, 6, pp. 49 - 71. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/13662a.pdf>

Landa Arroyo, C. (2012). Los derechos sociales en la jurisprudencia constitucional de América Latina. *IUS EST VERITAS*, p. 228 – 241. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/12000/12568>

Landa Arroyo, C. (2017) Los derechos fundamentales. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/170363/Los%20derechos%20fundamentales.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Levín, S. (2018). ¿Salud sexual y salud reproductiva sin libertad?: El conflicto por el aborto en Argentina. *Salud Colectiva*, 14(3), 377-389. <https://doi.org/10.18294/sc.2018.2011>

McCubbin, R. (2022, 12 de octubre). Paro de médicos en Perú EN VIVO: últimas noticias, dónde no hay atención y más de la huelga. *La República*. <https://larepublica.pe/sociedad/2022/10/12/paro-de-medicos-en-peru-ultimas-noticias-donde-no-hay-atencion-hoy-12-de-octubre-por-que-y-mas-de-la-huelga-nacional-minuto-a-minuto-essalud-en-directo-editado>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2019). DECRETO SUPREMO N° 008-2019-MIMP. DECRETO SUPREMO QUE APRUEBA LA POLÍTICA NACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds_008_2019_mimp.pdf?v=1554389372

Ministerio de Salud (2007). *Guías de práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria: guía técnica*. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Lima.

Ministerio de Salud (27 de junio de 2014). Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/201667/198435_RM486_2014_MINSA.pdf20180926-32492-173opqg.pdf

Morales Godo, J. (2005). El estatus del concebido y la problemática de la fecundación asistida. *Derecho PUCP* (58), 409 – 432.

Naciones Unidas (s/f). Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. <https://www.ohchr.org/es/treaty-bodies/cedaw>

Naciones Unidas (2023, 13 de junio). Peru violated child rape victim's rights by failing to guarantee access to abortion and criminally prosecuting her for self-abortion, UN Committee finds. <https://www.ohchr.org/en/press-releases/2023/06/peru-violated-child-rape-victims-rights-failing-guarantee-access-abortion>

Novoa Curich, Y. (2014). El archivamiento del caso Esterilizaciones Forzadas: una mirada desde el Derecho Penal. IDEHPUCP. https://idehpucp.pucp.edu.pe/opinion_1/el-archivamiento-del-caso-esterilizaciones-forzadas-una-mirada-desde-el-derecho-penal/

O'Donoghue, A. y Houghton, R. (2019). *Can global constitutionalisation be feminist?* En S. Harris Rimmer y K. Ogg (Eds), *Research handbook on feminist engagement with International Law*, pp. 103-117. Edward Elgard Publishing.

Oficina de prensa e imagen institucional (2016, 23 de agosto). Juzgado declara fundada medida cautelar sobre anticonceptivo oral de emergencia. Poder Judicial del Perú. https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/cortesuperiorlimapjcs/s_csj_lima_nuevo/as_inicio/as_imagen_prensa/as_noticias/csji_n_juzgado_declara_fundada_medida_cautelar_anticonceptivo_oral_emergencia_230816

Organización Mundial de la Salud (s/f). La OMS mantiene su firme compromiso con los principios establecidos en el preámbulo de la Constitución. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud (2017, 28 de septiembre). En todo el mundo se producen aproximadamente 25 millones de abortos peligrosos al año. <https://www.who.int/es/news/item/28-09-2017-worldwide-an-estimated-25-million-unsafe-abortion-occur-each-year>

Organización Mundial de la Salud (2020). Documentos básicos: cuadragésima novena edición (con las modificaciones adoptadas hasta el 31 de mayo de 2019). https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud (2021, 9 de noviembre). Anticoncepción de urgencia. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>

Organización Mundial de la Salud (2021, 25 de noviembre). Aborto. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>

Organización Mundial de la Salud (2022, 9 de marzo). La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas. <https://www.who.int/es/news/item/09-03-2022-access-to-safe-abortion-critical-for-health-of-women-and-girls>

Organización Mundial de la Salud (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen ejecutivo". <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352351/9789240045767-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Mundial de la Salud (2022). Se publican las primeras estimaciones nacionales sobre embarazos imprevistos y abortos. <https://www.who.int/es/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion>

Organización Mundial de la Salud (2022, 28 de septiembre). Episode #80 – Abortion. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/media-resources/science-in-5/abortion>

Organización Mundial de la Salud (2022). El aborto es atención de salud. [Infografía]. <https://www.who.int/es/multi-media/details/abortion-is-health-care>

Organización Mundial de la Salud (2022). *La atención para el aborto de calidad es*. [Infografía]. <https://www.who.int/es/multi-media/details/quality-abortion-care-includes>

Organización Mundial de la Salud (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto Resumen ejecutivo*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349316>

Organización Panamericana de la Salud (2015). Boletín Informativo: El Aborto como problema de Salud Pública. OPS.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54202#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,ambas%20cosas%20a%20la%20vez.>

Organización Panamericana de la Salud (2022). Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú. OPS. <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>

Organización Panamericana de la Salud (2022, 9 de marzo). La OMS publica nuevas directrices sobre el aborto para ayudar a los países a prestar una atención que salve vidas. <https://www.paho.org/es/noticias/9-3-2022-oms-publica-nuevas-directrices-sobre-aborto-para-ayudar-paises-prestar-atencion>

Penchansky, M. C. (2021). Reflexiones en torno a la propiedad del cuerpo en clave feminista. *Reflexiones en torno a la propiedad del cuerpo en clave feminista. La ventana. Revista de estudios de género*, 6(53), 111-146 <https://www.scielo.org.mx/pdf/laven/v6n53/1405-9436-laven-6-53-111.pdf>

Perassi, M. P. y Ochoa Almanza, J. M. (2021). El discurso del “ser mujeres” en la Duitama de mediados del siglo xx. *Conrado*, 17(81), 102-111. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442021000400102&lng=es&tlng=es

Pighi, P. (2020, 28 de agosto). Coronavirus en Perú: 5 factores que explican por qué es el país con la mayor tasa de mortalidad entre los más afectados por la pandemia. BBC NEWS. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-53940042>

Planned Parenthood (2022). Roe v. Wade Overturned: Supreme Court Gives States the Right to Outlaw Abortion. <https://www.plannedparenthoodaction.org/issues/abortion/roe-v-wade>

Planned Parenthood [@PPFA] (2022, 2 de julio). El impacto de la eliminación del aborto en nuestras vidas [Twee]. Twitter. https://twitter.com/PPFA/status/1543384113943568386?ref_src=twsrc%5Egoogle%7Ctwcamp%5Eserp%7Ctwgr%5Etweet

Plataforma digital única del Estado Peruano (2023). Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud. <https://www.gob.pe/10423-derechos-de-las-personas-usuarias-de-los-servicios-de-salud>

Prado Saldarriaga, V. (2017). Derecho penal. Parte especial: los delitos. Fondo editorial PUCP. <https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/170685/27%20Derecho%20penal%20Parte%20especial%20con%20sello.pdf>

Prandini Assis, M. (2019). Frames of violence and the violence of frames: setting a feminist critical agenda for transnational rituals of speaking. *Research handbook on feminist engagement with International Law*, pp. 463-478. Edward Elgard Publishing.

Prialé, J. (2021, 20 de mayo). Hospitales con condiciones inadecuadas subieron de 51% a 96% durante pandemia. *Gestión*. <https://gestion.pe/peru/hospitales-con-condiciones-inadecuadas-subieron-de-51-a-96-durante-pandemia-noticia/>

PROMSEX (2015, 02 de octubre). ¿Cómo se está cumpliendo el protocolo del aborto terapéutico? <https://promsex.org/como-se-esta-cumpliendo-el-protocolo-del-aborto-terapeutico/>

PROMSEX (2018). El aborto en cifras: Encuesta a mujeres en el Perú [encuesta]. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/02/EncuestaAbortoDiptico.pdf>

PROMSEX (2020, 12 de octubre). El caso de Camila, una niña indígena abusada sexualmente que enfrentó un embarazo forzado, llega al Comité de Derechos del Niño de la ONU. <https://promsex.org/el-caso-camila-llega-al-comite-de-derechos-del-nino-de-la-onu/>

Quijano-Caballero, Ó., & Munares-García, Ó. (2016). Protección de derechos en salud en el Perú: experiencias desde el rol fiscalizador de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 529-534. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.333.2303>

https://revistas.uam.es/relacionesinternacionales/issue/view/relacionesinternacionales2022_49/730

Ramji-Nogales J. (2019). Revisiting the category “women”. En S. Harris Rimmer y K. Ogg (Eds), *Research handbook on feminist engagement with International Law*, pp. 240-252. Edward Elgard Publishing.

Redacción EC (2023, 22 de febrero). Piura: reportan que niña de 10 años embarazada dio a luz por cesárea. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/piura/piura-ministerio-de-la-mujer-investigara-caso-de-nina-de-10-anos-embarazada-y-que-dio-a-luz-por-cesarea-agresion-sexual-abuso-de-menores-noticia/?ref=ecr>

Redacción RPP (2021, 23 de junio). Aumento de muertes maternas en la pandemia se reduciría con implementación del aborto terapéutico. *RPP*. <https://rpp.pe/peru/actualidad/aumento-de-muertes-maternas-en-pandemia-se-reduciria-con-implementacion-del-aborto-terapeutico-noticia-1343780?ref=rpp>

Redacción RPP (2020, 05 de septiembre). Una mujer murió tras someterse a un aborto clandestino en Jesús María. *RPP*. <https://rpp.pe/lima/policiales-crimenes/jesus-maria-una-mujer-murio-tras-someterse-un-aborto-clandestino-noticia-1290812?ref=rpp>

Reyes Murillo, E. B. (2020). La despenalización del aborto por causal de Violación sexual en el distrito judicial de lima, durante el periodo julio 2014 - febrero 2016. [Tesis de doctorado, Universidad Nacional Federico Villarreal]. Repositorio UNFV. <http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/4412/REYES%20MURILLO%20EM%203%2089RITA%20BENITA%20-%20DOCTORADO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rodriguez de Assis Machado, M. y Bracarense, A. (2018). El movimiento pro y antiaborto en el Supremo Tribunal brasileño. Marcos y estrategias argumentativas utilizados en la audiencia pública referente al feto anencefálico. En Bergallo, P. (Comp.), *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 111 -138) (1.^a ed.). Siglo XXI Editores Argentina.

Rubio, M. (2011). La norma jurídica. En *El Sistema Jurídico. Introducción al Derecho*, (10^a edición, pp. 75-106). Fondo Editorial PUCP.

Santillán Santa Cruz, R. (2014). La situación jurídica del concebido en el derecho civil peruano: una interpretación histórico-legislativo y teleológica (1.a ed.). Motivensa.

Saco Chung, V. (2010). *El Derecho a la Salud en el Derecho Internacional: Un Mínimo Común Denominador Universal y las Obligaciones que de este Emanan*. *Derecho & Sociedad*, (35), 305-312. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/derechoysociedad/article/view/13309>

Sánchez Calderon, S., Mere del Castillo, J., Pacora Portella, P., Chávez Alvarado, S., Guerrero Vásquez, R., Barrientos Pachere, M., & Jiménez Sánchez, M. (2015). Opiniones, percepciones y prácticas de médicos ginecoobstetras respecto a informar de las pacientes con aborto inducido a la policía. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 61(3), pp. 227-235.

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000300004&lng=es&tlng=es

Sebastiani, M. (2018). El aborto como un bien social. *Revista de Bioética y Derecho. Perspectivas Bioéticas*, 43, pp. 33 – 43.

Serie Informes Especiales N° 021-2020-DP. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/07/Serie-Informes-Especiales-N%C2%BA-021-2020-DP.pdf>

Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L. & Onda, T. (2018). *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*. Guttmacher Institute. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

Sisniegas, R. (2021, Enero 10). ¿Es necesario despenalizar el aborto en el Perú? Propuestas de lege ferenda que solucionan el conflicto. *IUS 360*. <https://ius360.com/es-necesario-despenalizar-el-aborto-en-el-peru-propuestas-de-lege-ferenda-que-solucionan-el-conflicto-roger-sisniegas-rodriguez/>

Sociedad LR (2022, 12 de octubre). Villa El Salvador: hallan feto en la vía frente al mercado Las Dunas. *La Republica*. <https://larepublica.pe/sociedad/2022/10/12/villa-el-salvador-hallan-feto-en-la-via-frente-al-mercado-las-dunas>

Solis Peña, V. (2021). Despenalización del aborto voluntario en el Perú: Claves desde el constitucionalismo latinoamericano y los sistemas de derechos humanos [Trabajo académico para optar el título de Segunda Especialidad, Pontificia Universidad Católica del Perú]. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/21847>

Soria, J. y Tamés, R. (2018). ¿Liberalización total? Los retos del aborto en México. En Bergallo, P. (Comp.), *El aborto en América Latina. Estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras* (pp. 139-150) (1.ª ed.). Siglo XXI Editores Argentina.

Sosa Sacio, J. M. (2015). Crítica a la dignidad humana y la noción de “necesidades básicas” como un posible mejor fundamento para los derechos. *THEMIS Revista De Derecho*, (67), 87-99. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/themis/article/view/14459>

Sosa Sacio, J.M. (2018). La libertad constitucional. Tres modelos esenciales de libertad y tres derechos de libertad. *Pensamiento Constitucional*, 23, pp. 177-203. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/pensamientoconstitucional/article/view/20952>

STEINMETZ, K. (2020, 20 de febrero). She Coined the Term ‘Intersectionality’ Over 30 Years Ago. Here’s What It Means to Her Today. *Time*. <https://time.com/5786710/kimberle-crenshaw-intersectionality/>

Svenaesus, Fredrik, (2017). Phenomenology of Pregnancy and the Ethics of Abortion. *Medicine, Health Care and Philosophy. An European Journal*, 21 (1), 77-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28669128/>

Tarullo, R. & Sampietro, A. (2022). “No es tu cuerpo. No es tu derecho”: El argumentario visual del movimiento provida argentino en Instagram. *Revista de Comunicación*, 21(1), pp. 411-431. <https://dx.doi.org/10.26441/rc21.1-2022-a21>

Tang, L., León, F., Rodríguez, R., Cam, A., Távara, L., Ciudad, A., Gutiérrez, M., & Ingar, H. (1992). El aborto en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 38(13), 78-81. <http://www.spog.org.pe/web/revista/index.php/RPGO/article/view/1342/1294>

Taype-Rondan, A. & Merino-García, N. (2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿Qué dicen los números?. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (4), 829-30. <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n4/829-830/es#:~:text=El%20aborto%20seguro%20presenta%20menos,486%20%3D%2027%20166%20hospitalizaciones%20anualmente>

Tello Mendoza, J. A. (2019). La doctrina del Control de Convencionalidad. Un pretendido cambio de paradigma en la región americana. *Agenda Internacional*, Año XXVI, 37, pp. 159-181. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/agendainternacional/article/view/21268/20958>

Tomalá Bravo, A. (2015). La creación de juzgados especiales en el Ecuador como mecanismo efectivo para la protección del medio ambiente [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio Digital de Tesis y Trabajos de Investigación PUCP. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r36896.pdf>

Torres Zúñiga, N. (2013). Control de convencionalidad y protección multinivel de los derechos humanos en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos. *Derecho PUCP*, (70), 347-369. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.201301.016>

UN WOMEN (2016). Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW) for Youth. <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2016/12/cedaw-for-youth>

UNFPA (2022, 30 de marzo). Casi la mitad de todos los embarazos no son intencionales, una crisis mundial, afirma nuevo informe del UNFPA. *UNFPA*. <https://peru.unfpa.org/es/news/casi-la-mitad-de-todos-los-embarazos-no-son-intencionales-una-crisis-mundial-afirma-nuevo>

UNICEF (2021). Un año de pandemia. Un año de acción en el Perú. *UNICEF*. https://www.unicef.org/peru/sites/unicef.org/peru/files/2021-04/un-ano-pandemia-covid19-un-ano-accion-peru-unicef_2.pdf

Varsi, E. (2017). Clasificación del sujeto de derecho frente al avance de la genómica y la procreática. *Acta bioethica*, 23(2), 213-225. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2017000200213>

Varsi Rospigliosi, E. (1997). Derecho y manipulación genética: calificación jurídica de la clonación. Fondo de Desarrollo Editorial Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/5051>

Villanueva Flores, R. (1997). Análisis del Derecho y perspectiva de género. *Derecho PUCP*, (51), 485-518. <https://doi.org/10.18800/derechopucp.199701.017>

Villanueva Flores, R. (2003). El aborto: un conflicto de derechos humanos. Universidad Nacional de Colombia, Escuela de Estudios de Género, Grupo Mujer y Sociedad / Corporación Casa de la Mujer de Bogotá. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/53272>

Villanueva Flores, R. (2006). Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos. *Revista IIDH*, 43, pp. 391-450. <https://repositorio.iidh.ed.cr/handle/123456789/1116>

Villanueva, R. (2009). Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo. Palestra Editores.

Villaruel Quinde, C. (2017). El bien jurídico protegido por el delito de trata de personas en el ordenamiento jurídico peruano [Tesis de maestría, Pontificia Universidad Católica del Perú]. https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9736/Villaruel_Quinde_Bien_jur%C3%ADdico_protegido1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Villavicencio Terreros, F. (2019). Derecho penal básico. Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial.
<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/bitstream/handle/123456789/170674/03%20Derecho%20penal%20b%C3%A1sico%20con%20sello.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Viveros, M. (2016). La interseccionalidad: una aproximación situada a la dominación. *Debate Feminista*, (52), 1-17.

Varsi, R. E. (2014). Tratado de derecho de las personas. Lima: Gaceta Jurídica.

Wiener, G. (2020, 26 de mayo). Encerradas sin derecho a decidir. *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com/es/2020/05/26/espanol/opinion/aborto-cuarentena-peru.html>

Zapata, R. (2019, 10 de diciembre). Piura: policía detiene a médico que habría causado la muerte de una joven embarazada. *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/peru/piura/piura-policia-detiene-a-medico-que-habria-causado-la-muerte-de-una-joven-embarazada-noticia/?ref=ecr>



Anexos

Anexo 1. Solicitud de Acceso a la Información Pública – MINSA



		SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA <small>(Texto Único Ordenado de la Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 021-2019-JUS)</small>		(*) Datos Obligatorios N° DE SOLICITUD 22-001866 19/02/2022
FORMULARIO				
I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN				
II. DATOS DEL SOLICITANTE				
APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL	AYALA FRANCO, JIMENA YASUKO			*
TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	<input checked="" type="radio"/> D.N.I. <input type="radio"/> L.M. <input type="radio"/> R.U.C. <input type="radio"/> C.E. <input type="radio"/> OTRO			*
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	72239257			*
DOMICILIO Av / Calle / Jr / Psj	CALLE LOMA DE LAS ORQUIDEAS 166			*
N° / DPTO. / INT. URBANIZACIÓN	CASA			*
DEPARTAMENTO	LIMA			*
PROVINCIA	LIMA			*
DISTRITO	SANTIAGO DE SURCO			*
CORREO ELECTRÓNICO	ajjmena@gmail.com			
TELÉFONO	980606610			
III. INFORMACIÓN SOLICITADA				
SOLICITO SE ME BRINDE ACCESO A LAS CIFRAS, ESTADÍSTICAS, CUADROS Y SIMILARES RESPECTO A LOS CASOS DE ABORTO (V. G.R. TERAPÉUTICO) Y/O SITUACIONES SIMILARES EN EL PERIODO DE 2018-2021 O, EN SU DEFECTO, LA INFORMACIÓN MÁS RECIENTE DISPONIBLE //				500 *
IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN				
DESCONOZCO DEPENDENCIA				<input checked="" type="radio"/> MINSA <input type="radio"/> OTROS
V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN				
<input type="radio"/> COPIA SIMPLE <input type="radio"/> DISKETTE <input type="radio"/> CD <input checked="" type="radio"/> CORREO ELECTRÓNICO <input type="radio"/> OTRO				
VI. OBSERVACIONES				
HAGO LA PRESENTE SOLICITUD AL NO HABER PODIDO ACCEDER A CIFRAS OFICIALES //				200

NUMERO DE ABORTOS POR ETAPAS DE VIDA, SEGUN DEPARTAMENTOS - AÑO 2018							
DEPARTAMENTO	CATEGORIA	00a - 11a	12a - 17a	18a - 29a	30a - 50a	60a +	INIDENTIFICADA
AMAZONAS	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	51	271	189	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	11	59	50	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	7	6	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	2	4	-	-
	Total AMAZONAS	-	62	342	290	-	-
	ANCASH	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	56	506	489	-
004 - ABORTO MEDICO		-	-	4	2	-	-
005 - OTRO ABORTO		-	2	25	24	-	-
006 - ABORTO NO ESPECIFICADO		-	18	167	122	-	-
007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO		-	-	1	2	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR		-	-	2	1	-	-
Total ANCASH		-	96	906	840	-	-
APURIMAC		003 - ABORTO ESPONTANEO	-	20	222	208	1
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	4	6	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	10	29	24	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	1	10	9	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	4	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	-	-	-	-
	Total APURIMAC	-	32	277	261	1	-
	AREQUIPA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	42	728	589	-
004 - ABORTO MEDICO		-	1	5	2	-	-
005 - OTRO ABORTO		-	-	-	1	-	-
006 - ABORTO NO ESPECIFICADO		-	17	412	325	-	-
007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO		-	-	1	-	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR		-	-	-	-	-	-
Total AREQUIPA		-	60	1,146	919	-	-
AYACUCHO		003 - ABORTO ESPONTANEO	-	22	224	167	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	8	5	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	22	25	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	1	46	271	241	1	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	2	4	6	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	-	-	-	-
	Total AYACUCHO	1	94	520	444	1	-
	CAJAMARCA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	82	482	486	-
004 - ABORTO MEDICO		-	5	14	12	-	-
005 - OTRO ABORTO		-	1	10	6	-	-
006 - ABORTO NO ESPECIFICADO		-	42	245	177	-	-
007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO		-	1	6	4	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR		-	-	-	-	-	-
Total CAJAMARCA		-	131	759	685	-	-
CALLAO		003 - ABORTO ESPONTANEO	-	5	20	18	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	-	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	9	16	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	22	181	107	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	5	-	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	-	-	-	-
	Total CALLAO	-	41	417	347	-	-
	CUSCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	84	811	760	-
004 - ABORTO MEDICO		-	-	2	2	-	-
005 - OTRO ABORTO		-	2	20	19	-	-
006 - ABORTO NO ESPECIFICADO		-	17	121	120	-	-
007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO		-	-	4	2	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR		-	-	9	2	-	-
Total CUSCO		-	104	977	916	-	-
HUANCAVELICA		003 - ABORTO ESPONTANEO	-	41	296	166	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	4	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	4	2	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	1	10	4	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	4	1	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	4	1	-	-
	Total HUANCAVELICA	-	42	316	177	-	-
	HUANUCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	62	182	152	-
004 - ABORTO MEDICO		-	-	-	1	-	-
005 - OTRO ABORTO		-	-	12	10	-	-
006 - ABORTO NO ESPECIFICADO		-	15	88	78	-	-
007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO		-	-	2	1	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR		-	-	1	1	-	-
Total HUANUCO		-	77	486	444	-	-
ICA		003 - ABORTO ESPONTANEO	-	4	57	22	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	14	7	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	2	6	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	81	861	622	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	1	2	6	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	1	5	-	-
	Total ICA	-	87	929	699	-	-
	JUNIN	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	86	692	480	-
004 - ABORTO MEDICO		-	-	4	1	-	-
005 - OTRO ABORTO		-	2	60	24	-	-
006 - ABORTO NO ESPECIFICADO		-	47	325	289	-	-
007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO		-	-	2	1	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR		-	1	11	4	-	-
Total JUNIN		-	137	1,096	809	-	-

LA LIBERTAD	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	8	69	67	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	1	2	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	10	5	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	75	622	509	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	1	2	4	-	-
Total LA LIBERTAD		-	86	708	608	-	-
LA MBAYESQUE	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	35	245	178	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	2	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	2	1	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	42	292	196	-	-
Total LA MBAYESQUE		-	77	541	376	-	-
LEMA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	2	261	2.527	1.958	1	1
	D04 - ABORTO MEDICO	-	2	8	7	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	14	10	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	199	2.159	1.808	-	1
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	1	-	10	18	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	6	102	64	-	-
Total LEMA		3	468	4.810	3,858	1	2
LORETO	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	76	421	214	-	1
	D04 - ABORTO MEDICO	-	4	6	7	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	6	12	19	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	26	112	89	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	-	2	-	-
Total LORETO		-	112	552	332	-	1
MADRE DE DIEZ	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	2	48	22	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	20	185	122	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	1	-	-	-
Total MADRE DE DIEZ		-	22	234	144	-	-
MOQUEGUA	D05 - OTRO ABORTO	-	2	91	67	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	77	51	-	-
Total MOQUEGUA		-	4	168	118	-	-
PABCO	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	21	149	122	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	2	2	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	1	9	4	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	2	2	-	-
Total PABCO		-	23	163	130	-	-
PIURA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	24	197	110	1	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	2	5	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	12	9	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	42	195	184	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	4	1	-	-
Total PIURA		-	69	413	304	1	-
PUNO	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	29	219	275	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	2	26	27	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	7	46	27	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	12	96	95	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	-	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	6	2	-	-
Total PUNO		-	51	389	426	-	-
SAN MARTIN	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	42	220	177	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	2	11	5	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	107	592	426	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	1	2	-	-
Total SAN MARTIN		-	153	824	615	-	-
TACNA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	16	260	266	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	-	1	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	-	1	4	-	-
Total TACNA		-	16	261	271	-	-
TUMBE	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	-	4	5	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	26	274	196	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	5	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	2	4	1	-	-
Total TUMBE		-	28	284	208	-	-
UCAYALI	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	26	188	175	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	11	6	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	26	181	155	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABOR	-	2	4	2	-	-
Total UCAYALI		-	55	385	339	-	-
Total general		8	2,148	18,084	14,807	4	2

NUMERO DE ABORTOS POR ETAPAS DE VIDA, SEGUN DEPARTAMENTOS - AÑO 2019							
DEPARTAMENTO	CATEGORIA	00a - 11a	12a - 17a	18a - 26a	30a - 59a	60a >	INIDENTIFICA
AMAZONAS	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	45	277	235	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	1	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	11	79	71	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	10	7	-	-
	Total AMAZONAS	-	60	267	214	-	-
ANCASH	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	64	678	632	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	5	7	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	29	16	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	20	226	195	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	2	2	-	-	
Total ANCASH	-	86	641	852	-	-	
APURIMAC	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	22	242	217	1	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	16	6	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	15	22	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	11	5	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	-	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	2	1	-	-	
Total APURIMAC	-	28	288	251	1	-	
ARQUIPA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	51	804	710	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	2	1	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	22	196	191	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	2	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	-	1	-	-
Total ARQUIPA	-	73	1,204	1,045	-	-	
AYACUCHO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	29	257	259	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	6	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	12	17	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	2	40	122	279	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	6	6	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	8	6	-	-	
Total AYACUCHO	2	82	608	573	-	-	
CAJAMARCA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	72	412	406	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	12	9	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	10	4	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	27	197	170	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	6	5	-	-
Total CAJAMARCA	-	113	629	594	-	-	
CALLAO	003 - ABORTO ESPONTANEO	1	11	120	72	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	2	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	2	-	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	24	128	259	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	2	1	-	-
Total CALLAO	1	35	465	325	-	-	
CUSCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	2	95	782	772	1	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	14	9	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	48	44	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	8	12	-	-
Total CUSCO	2	98	854	829	1	-	
HUANCAVELICA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	27	222	176	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	6	2	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	12	6	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	1	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	2	2	-	-
Total HUANCAVELICA	-	28	242	189	-	-	
HUANUCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	71	267	220	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	5	22	19	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	9	84	68	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	1	1	1	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	6	2	-	-	
Total HUANUCO	-	86	482	411	-	-	
ICA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	12	172	121	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	6	1	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	84	847	622	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	6	2	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	-	1	-	-	
Total ICA	-	97	1,025	769	-	-	
JUNIN	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	84	698	550	-	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	2	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	12	7	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	65	180	121	-	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	1	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	2	8	7	-	-	
Total JUNIN	-	154	1,102	867	-	-	

LA LIBERTAD	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	10	77	62	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	2	2	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	2	8	2	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	66	561	450	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	1	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	-	2	-	-
Total LA LIBERTAD		-	79	624	520	-	-
LAMBAYEQUE	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	47	294	229	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	2	7	10	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	6	4	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	21	219	205	-	-
Total LAMBAYEQUE		-	21	326	248	-	-
LEMA	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	284	2,829	2,268	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	1	12	9	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	16	24	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	2	127	1,728	1,431	1	2
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	2	5	5	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	9	82	46	-	-
Total LEMA		2	423	4,671	3,763	1	2
LORITO	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	98	481	405	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	1	2	9	8	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	10	7	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	24	195	182	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	2	2	-	-
Total LORITO		1	124	607	604	-	-
MADRE DE DIOZ	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	8	26	24	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	24	224	152	-	-
Total MADRE DE DIOZ		-	22	251	176	-	-
HOGUENUA	D05 - OTRO ABORTO	-	1	27	17	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	7	122	94	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	-	1	-	-
Total HOGUENUA		-	8	149	112	-	-
PARCO	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	6	91	48	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	-	2	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	17	16	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	5	4	-	-
Total PARCO		-	8	113	70	-	-
PIURA	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	22	219	167	2	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	4	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	2	12	6	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	20	211	188	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	1	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	9	2	-	-
Total PIURA		-	25	455	365	2	-
PUNO	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	27	276	224	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	2	29	27	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	5	28	26	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	7	71	75	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	-	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	-	8	2	-	-
Total PUNO		-	41	314	354	-	-
SAN MARTIN	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	68	212	252	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	2	1	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	1	1	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	86	527	407	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	6	5	-	-
Total SAN MARTIN		-	157	758	667	-	-
TACNA	D01 - ABORTO ESPONTANEO	4	16	261	244	1	-
Total TACNA		4	16	261	244	1	-
TUMESA	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	9	21	25	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	2	-	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	2	-	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	21	260	147	-	-
Total TUMESA		-	20	283	172	-	-
UCAYALI	D01 - ABORTO ESPONTANEO	-	48	228	202	-	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	2	-	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	27	146	124	-	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL AB	-	1	2	5	-	-
Total UCAYALI		-	76	380	332	-	-
Total general		12	2,214	18,287	18,020	7	2

NUMERÓ DE ABORTOS POR ETAPAS DE VIDA, SEGÚN DEPARTAMENTOS - AÑO 2020						
DEPARTAMENTO	CATEGORIA	00a - 11a	12a - 17a	18a - 29a	30a - 59a	IN IDENTIFICA
AMAZONAS	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	53	204	175	1
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	10	7	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	9	42	25	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	2	-	-
Total AMAZONAS		-	42	259	208	1
ANCASH	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	48	305	375	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	12	4	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	9	13	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	23	185	180	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	3	-	
Total ANCASH		-	74	596	575	-
APURIMAC	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	13	183	149	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	5	10	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	12	10	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	1	8	9	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	3	3	-
Total APURIMAC		-	16	191	181	-
AREQUIPA	003 - ABORTO ESPONTANEO	1	14	318	249	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	4	2	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	22	413	385	3
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	3	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	1	-
Total AREQUIPA		1	26	741	623	3
AYACUCHO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	49	242	204	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	7	7	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	21	158	182	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	3	8	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	3	2	8	-
	Total AYACUCHO		-	76	411	395
CAJAMARCA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	53	324	305	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	8	5	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	2	4	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	5	51	32	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	4	4	-
Total CAJAMARCA		-	58	370	348	-
CALLAO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	2	25	21	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	1	-	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	20	181	174	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	3	3	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	1	-
Total CALLAO		-	22	211	200	-
CUSCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	55	838	838	-
	005 - OTRO ABORTO	-	3	35	29	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	5	87	35	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	1	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	11	12	-
Total CUSCO		-	63	749	714	-
HUANCAVELICA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	24	191	185	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	8	3	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	8	2	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	8	4	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	1	-
Total HUANCAVELICA		-	25	210	175	-
HUANUCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	48	330	335	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	3	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	8	9	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	12	59	85	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	2	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	1	3	1	-
Total HUANUCO		-	63	401	413	-
ICA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	8	123	77	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	3	2	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	53	310	424	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	-	2	2	-
	Total ICA		-	63	640	507
JUNEN	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	88	512	470	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	-	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	3	17	13	-
	008 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	54	237	195	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	1	-
	008 - COMPU CACIONES CONSECUTIVAS	-	2	5	7	-
Total JUNEN		-	136	792	694	-

LA LIBERTAD	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	10	49	25	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	8	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	9	2	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	24	174	143	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	1	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	-	-
Total LA LIBERTAD		-	46	241	183	-
LAMBAYEQUE	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	2	13	12	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	4	-	-
Total LAMBAYEQUE		-	4	17	12	-
LIMA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	158	1,927	1,654	1
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	27	12	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	18	6	1
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	1	57	945	890	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	1	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	28	20	-
Total LIMA		1	217	3,942	3,583	2
LORETO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	49	222	169	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	-	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	22	144	119	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	1	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	1	1	4	-
Total LORETO		-	75	369	297	-
MADRE DE DIOS	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	4	28	25	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	4	22	28	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	12	112	92	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	-	-
Total MADRE DE DIOS		-	21	174	147	-
MOQUEGUA	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	16	12	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	7	96	74	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	-	1	-
Total MOQUEGUA		-	7	113	87	-
PASCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	7	27	26	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	-	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	11	12	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	2	-	-
Total PASCO		-	8	51	39	-
PIURA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	18	156	129	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	2	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	2	2	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	12	120	105	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	1	1	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	1	4	1	-
Total PIURA		-	35	295	239	-
PUNO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	18	264	211	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	27	15	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	20	21	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	9	88	72	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	5	6	-
Total PUNO		-	31	415	325	-
SAN MARTIN	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	56	224	208	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	2	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	54	221	225	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	-	-
Total SAN MARTIN		-	110	551	436	-
TACNA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	11	154	154	1
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	-	1	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	-	1
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	-	1	2	-
Total TACNA		-	11	155	160	2
TUMBES	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	7	86	55	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	6	42	24	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	4	46	19	-
Total TUMBES		-	17	175	100	-
UCAVALI	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	9	47	44	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	6	4	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	20	165	128	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS	-	1	2	8	-
Total UCAVALI		-	31	220	185	-
Total general		2	1,274	11,278	9,907	8

NUMERO DE ABORTOS POR ETAPAS DE VIDA, SEGUN DEPARTAMENTOS - AÑO 2021						
DEPARTAMENTO	CATEGORIA	06a - 11a	12a - 17a	18a - 26a	27a - 30a	IN IDENTIFICADA
AMAZONAS	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	54	268	242	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	-	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	10	2	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	19	72	86	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	1	2	1	-
Total AMAZONAS		-	74	352	332	-
ANCAASH	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	41	274	416	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	7	8	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	8	2	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	24	212	208	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	1	-	-
Total ANCAASH		-	67	502	634	-
APURIMAC	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	21	189	192	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	2	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	1	2	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	16	20	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	1	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	5	5	-	
Total APURIMAC		-	24	213	222	-
AREQUIPA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	6	164	151	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	4	2	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	22	481	486	8
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	1	-	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	1	2	2	-	
Total AREQUIPA		-	31	652	622	8
AYACUCHO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	45	281	260	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	5	-
	005 - OTRO ABORTO	-	5	25	42	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	27	222	202	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	6	7	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	1	1	7	-	
Total AYACUCHO		-	78	536	516	-
CAJAMARCA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	51	257	290	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	10	5	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	21	66	82	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	2	1	-
Total CAJAMARCA		-	74	337	365	-
CALLAO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	6	21	21	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	2	-	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	19	186	174	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	2	1	-	
Total CALLAO		-	24	236	277	-
CUSCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	1	41	215	208	1
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	2	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	11	14	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	9	67	56	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	2	7	-	
Total CUSCO		1	53	302	287	1
HUANCAVELICA	003 - ABORTO ESPONTANEO	1	24	151	122	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	6	-	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	9	4	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	25	26	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	2	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	1	7	2	-	
Total HUANCAVELICA		1	28	204	154	-
HUANUCO	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	52	247	240	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	-	1	4	-
	005 - OTRO ABORTO	-	2	11	14	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	1	12	82	85	-
	008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	7	6	-
Total HUANUCO		1	67	328	349	-
ICA	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	9	116	76	1
	004 - ABORTO MEDICO	-	1	1	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	59	685	522	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	2	-	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	-	9	5	-	
Total ICA		-	69	819	607	1
JUNIN	003 - ABORTO ESPONTANEO	-	76	525	507	-
	004 - ABORTO MEDICO	-	2	1	2	-
	005 - OTRO ABORTO	-	1	12	10	-
	006 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	54	267	202	-
	007 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	1	-
008 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO	-	2	2	2	-	
Total JUNIN		-	135	812	729	-


LA LIBERTAD	D03 - ABORTO ESPONTANEO	1	16	82	59	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	7	7	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	7	49	56	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	60	288	224	1
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	7	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	1	2	7	-
Total LA LIBERTAD		1	84	824	688	1
LAMAYQUE	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	-	2	5	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	6	7	-
Total LAMAYQUE		-	-	8	12	-
LEMA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	200	2.149	2.076	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	1	77	19	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	2	16	4	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	1	86	961	894	1
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	2	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	1	47	22	-
Total LEMA		1	290	3.393	3.017	1
LORITO	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	84	205	227	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	7	5	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	2	15	15	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	1	21	174	128	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	1	1	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	-	4	1	-
Total LORITO		1	112	508	398	-
MADRE DE DIOZ	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	8	42	52	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	15	142	109	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	-	1	1	-
Total MADRE DE DIOZ		-	23	185	162	-
MOQUEGUA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	-	-	1	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	1	-	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	1	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	7	129	117	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	-	2	-	-
	Total MOQUEGUA		-	8	132	118
PARCO	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	1	20	26	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	-	1	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	10	2	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	-	2	1	-
	Total PARCO		-	3	32	31
PIURA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	1	44	248	269	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	-	7	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	4	2	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	17	168	129	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	-	7	1	-
	Total PIURA		1	62	627	608
PUNO	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	25	281	246	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	27	24	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	17	16	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	7	109	87	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	1	1	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	1	5	7	-
Total PUNO		-	34	438	376	-
SAN MARTIN	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	66	229	218	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	7	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	2	2	4	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	64	240	295	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	1	-	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	1	1	-	-
Total SAN MARTIN		-	134	687	617	-
TACNA	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	-	70	84	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	-	-	1	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	-	2	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	2	20	18	-
	D07 - INTENTO FALLIDO DE ABORTO	-	-	-	1	-
	Total TACNA		-	2	92	104
TUMBES	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	9	102	98	-
	D04 - ABORTO MEDICO	-	4	16	25	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	-	1	-	-
Total TUMBES		-	13	119	123	-
UCAYALI	D03 - ABORTO ESPONTANEO	-	-	1	-	-
	D05 - OTRO ABORTO	-	1	1	-	-
	D06 - ABORTO NO ESPECIFICADO	-	18	95	97	-
	D08 - COMPLICACIONES CONSECUTIVAS AL ABORTO, AL EMBARAZO I	-	-	-	1	-
Total UCAYALI		-	19	97	98	-
Total general		7	1,827	12,382	11,308	13

Anexo 3. Solicitud de Acceso a la Información Pública (Poder Judicial)

 <p>PODER JUDICIAL</p>	<p>SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (TEXTO ÚNICO ORDENADO DE LA LEY N° 27806, LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA, APROBADO POR DECRETO SUPREMO N° 043-2003-PCM) E-MAIL:</p>		<p>N° DE REGISTRO</p>
<p>I FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN</p>			
<p>II DATOS DEL SOLICITANTE</p>			
<p>MARCAR CON UN "X"</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Persona Natural <input type="checkbox"/> Persona Jurídica</p>		<p>TELEFONO / E-mail</p> <p>980606610/afjimena@gmail.com</p>	<p>N° RUC (Sólo para Personas Jurídicas)</p>
<p>APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL</p>			
<p>LE/DNI (Persona Natural)</p> <p>72239257</p>	<p>AV/CALLE/JIRÓN</p> <p>Av. Alcazar</p>	<p>N° /DPTO</p> <p>1100</p>	<p>DISTRITO</p> <p>Rimac</p>
		<p>PROVINCIA</p> <p>Lima</p>	<p>DEPARTAMENTO</p> <p>Lima</p>
<p>III INFORMACIÓN SOLICITADA</p>			
<p>Solicito se me brinde el registro, entendido como las cifras, estadísticas y/o información relacionada al número y estado de expedientes por el delito de aborto en cualquier de sus formas (según lo contemplado en el Código Penal, artículos 114, 115, 116, 117, 118 y 120).</p>			
<p>Agrego que no requiero la información personal (eg. nombres, direcciones) de las partes involucradas</p>			
<p>sino de los casos ya que es de mi interés conocer qué tantos procesos hay sobre el aborto y cuál es la naturaleza de los mismos</p>			
<p>IV DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN</p> <p>Poder Judicial</p>			
<p>V FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (MARCAR CON UN "X")</p>			
<p><input type="checkbox"/> Copia Simple <input type="checkbox"/> Copia Certificada <input type="checkbox"/> Diskette <input checked="" type="checkbox"/> Correo Electrónico</p>			
<p>APELLIDOS Y NOMBRES</p> <p>Ayala Franco, Jimena</p>		<p>FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN</p>	
<p></p> <p>FIRMA (SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL)</p>			
<p>LE / DNI 72239257</p>			
<p>FORMULARIO DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA - FORMULARIO DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA - FORMULARIO DE DISTRIBUCIÓN GRATUITA</p>			
<p>OBSERVACIONES:</p>			

NOTA:
 1. La forma de entrega estará sujeta a la capacidad técnica de la dependencia
 2. En caso de Representante Legal, deberá adjuntar copia simple del Documento que acredita la representación

Desglosable para el usuario

 <p>PODER JUDICIAL</p>	<p>SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN</p>		<p>N° DE REGISTRO</p>
<p>II DATOS DEL SOLICITANTE</p>			<p>FIRMA Y SELLO DE RECEPCIÓN</p>
<p>APELLIDOS Y NOMBRES (SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL)</p> <p>Ayala Franco, Jimena Yasuko</p>			



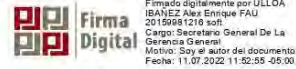


Gerencia General
Secretaría General de la Gerencia General

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lima, 11 de Julio del 2022

CARTA N° 000522-2022-SG-GG-PJ



Firmado digitalmente por ULLOA
IBÁÑEZ Alex Enrique FAU
20159981210 soft
Cargo: Secretario General De La
Gerencia General
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 11.07.2022 11:32:55 -05:00

Señora
AYALA FRANCO JIMENA YASUKO
afjimena@gmail.com

Asunto : Solicitud de Información.

Referencia : EXPEDIENTE 023763-2022-TDA-SG
a) Solicitud S/N
b) Memorando N° 000769-2022-GP-GG-PJ

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en atención al asunto y en relación al documento de la referencia a), mediante el cual, al amparo de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, solicita información en relación al número y estado de expedientes por el delito de aborto (según contemplado en el Código Penal, artículos 114, 115, 116, 117, 118 y 120).

Al respecto, mediante el documento de la referencia b), la Gerencia de Planificación remite el Memorando N° 000366-2022-SE-GP-GG elaborado por la Subgerencia de Estadística a través del cual ha elaborado la información de acuerdo a los que se dispone, documentación que se adjunta al presente, para conocimiento y acciones que correspondan.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad, para reiterar a usted los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

ALEX ENRIQUE ULLOA IBÁÑEZ
Secretario General de la Gerencia General
Gerencia General

AUI/nhs



Esta es una copia auténtica de un documento electrónico archivado en el Poder Judicial del Perú. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas en: <https://verifica.pj.gob.pe/doc/sgd> CÓDIGO: 338541 CLAVE: Q7PWDZ
CARTA N° 000522-2022-SG-GG Página 1 de 1





Gerencia General
Gerencia de Planificación

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lima, 08 de Julio del 2022



Firma
Digital

Firmado digitalmente por RAMOS
BERNAOLA Antonio Mirri FAU
20190931219 soft
Cargo: Gerente De Planificac
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08.07.2022 16:46:14 -05:00

MEMORANDO N° 000769-2022-GP-GG-PJ

A : **ALEX ENRIQUE ULLOA IBAÑEZ**
Secretario General de la Gerencia General

De : **ANTONIO MIRRIL RAMOS BERNAOLA**
Gerente de Planificac

Asunto : Solicita informacion relacionada al número y estado de expedientes por el delito de aborto en cualquiera de sus formas (segun lo contemplado en el Código Penal artículos 114, 115, 116, 117, 118 y 120) - AYALA FRANCO JIMENA YASUKO.

Referencia : EXPEDIENTE 023763-2022-TDA-SG
a) Hoja de Envío 7187-2022-SG-GG-PJ
b) Memorando N° 000366-2022-SE-GP-GG (8JUL2022)

Es grato dirigirme a usted en atención a la Hoja de Envío de la referencia a), mediante la cual su Despacho remite el requerimiento de información que presenta la ciudadana Jimena Ayala Franco, a través de la Solicitud de Acceso a la Información Pública, en virtud a lo que dispone la Ley N°27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en cuanto a información estadística sobre el delito de aborto en cualquiera de sus formas.

Al respecto, remito a su Despacho el documento de la referencia b) emitido por la Subgerencia de Estadística y que esta Gerencia hace suyo, mediante el cual comunica que se ha elaborado la información de acuerdo a lo que se dispone y que se remite adjunto al presente, desde la base de datos del Sistema Integrado Judicial - SIJ Centralizado, de acuerdo al siguiente detalle:

CUADRO 1 PODER JUDICIAL: ESTADÍSTICAS DE INGRESO A CALIFICACIÓN DE PROCESOS JUDICIALES DE ABORTO – PERÍODO 2012-2022 (ABRIL)

CUADRO 2 PODER JUDICIAL: ESTADÍSTICAS DE PROCESOS JUDICIALES DE ABORTO ARCHIVADOS DE FORMA DEFINITIVA EN TRÁMITE Y EN EJECUCIÓN – PERÍODO 2012-2022 (ABRIL)





Gerencia General
Gerencia de Planificación

CUADRO 3 PODER JUDICIAL: PERSONAS CON SENTENCIA CONDENATORIA POR TIPO DE DELITO DE ABORTO SEGÚN GÉNERO – PERÍODO 2016-2021

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

ANTONIO MIRRI RAMOS BERNAOLA
Gerente de Planificación
Gerencia General

ARB/mam





Gerencia General
Gerencia de Planificación
Subgerencia de Estadística

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lima, 08 de Julio del 2022



Firmado digitalmente por LOPEZ
MENESES Walter Joe FAU
20199981216 soft
Cargo: Subgerente De Estadística
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 08.07.2022 13:20:28 -05:00

MEMORANDO N° 000366-2022-SE-GP-GG-PJ

A : **ANTONIO MIRRIL RAMOS BERNAOLA**
Gerente de Planificación

De : **WALTER JOE LOPEZ MENESES**
Subgerente De Estadística

Asunto : **TRANSPARENCIA: SOLICITA INFORMACION SOBRE DELITO DE ABORTO - AYALA FRANCO JIMENA YASUKO.**

Referencia : **EXPEDIENTE 023763-2022-TDA-SG**
HOJA DE ENVIO 000667-2022-SE-GP-GG (22JUN2022)

Es grato dirigirme a usted en respuesta al requerimiento de información que presenta la ciudadana Jimena Ayala Franco, a través de la Solicitud de Acceso a la Información Pública, en virtud a lo que dispone la Ley N°27806 - Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, en cuanto a información estadística sobre el delito de aborto en cualquiera de sus formas.

Sobre el particular, la Subgerencia de Estadística a mi cargo ha elaborado la información de acuerdo a lo que se dispone y que adjunto remito, desde la base de datos del Sistema Integrado Judicial - SIJ Centralizado, de acuerdo al siguiente detalle:

- CUADRO 1 PODER JUDICIAL: ESTADÍSTICAS DE INGRESO A CALIFICACIÓN DE PROCESOS JUDICIALES DE ABORTO – PERÍODO 2012-2022 (ABRIL)
- CUADRO 2 PODER JUDICIAL: ESTADÍSTICAS DE PROCESOS JUDICIALES DE ABORTO ARCHIVADOS DE FORMA DEFINITIVA EN TRÁMITE Y EN EJECUCIÓN – PERÍODO 2012-2022 (ABRIL)
- CUADRO 3 PODER JUDICIAL: PERSONAS CON SENTENCIA CONDENATORIA POR TIPO DE DELITO DE ABORTO SEGÚN GÉNERO – PERÍODO 2016-2021

En tal sentido, remito adjunto el respectivo proyecto de memorándum de respuesta a la Secretaría General de la Gerencia General.

Atentamente,

Documento firmado digitalmente

WALTER JOE LOPEZ MENESES
Subgerente De Estadística
Gerencia General



Firmado digitalmente por CRESPO
MARQUEZ Manuel Angel FAU
20199981216 soft
Motivo: Day V° B°
Fecha: 08.07.2022 12:41:03 -05:00



Anexo 7. Cuadros estadísticos (Poder Judicial)

CUADRO 1
PODER JUDICIAL: ESTADÍSTICAS DE INGRESO A CALIFICACIÓN DE PROCESOS JUDICIALES DE ABORTO
PERIODO: 2012-2022(ABRIL)

TIPO DE DELITO	AÑO											
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Art. 114 - Autoaborto								1				
Art. 114. - Autoaborto	48	34	45	69	42	61	54	56	25	55	9	
Art. 115.1 - Aborto consentido	13	6	17	21	15	18	10	16	7	12	1	
Art. 115.2 - Aborto consentido	1			1	1	5	1	1		2		
Art. 116.1 - Aborto sin consentimiento	30	21	24	30	29	23	20	22	11	20	11	
Art. 116.2 - Aborto sin consentimiento	3	1	4	4	4	2	2	3	4	1		
Art. 117. - Aborto agravado por calidad de agente	7	3	4	5	12	6	4	8	3	6		
Art. 118 - Aborto preterintencional					1			1				
Art. 118. - Aborto preterintencional	14	10	12	14	16	16	10	5	2	5		
Art. 120. - Aborto sentimental y aborto eugenésico								1	2	1	1	
Total general	116	75	106	144	120	131	102	113	54	102	22	

FUENTE: SISTEMA INTEGRADO JUDICIAL CENTRALIZADO

ELABORADO POR: SUB GERENCIA DE ESTADISTICA

CUADRO 2
PODER JUDICIAL: ESTADÍSTICAS DE PROCESOS JUDICIALES DE ABORTO ARCHIVADOS DE FORMA DEFINITIVA EN TRÁMITE Y EN EJECUCIÓN
PERIODO: 2012-2022(ABRIL)

DELITOS DE ABORTO / ARCHIVO DEFINITIVO	AÑO										
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Art. 114. - Autoaborto	3	6	10	4	4	5	4	7	9	4	4
AUTO DE ARCHIVO DEFINITIVO CON REPARACION CIVIL PENDIENTE	1		2								
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO	2	1					1		1		1
AUTO DE VISTA: QUE REVOCA A ARCHIVO			1		1		1				
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA			5	7	4	3	5	2	7	8	4
Art. 115.1 - Aborto consentido	9	5	11	7	4	3	1	4	2	4	
AUTO DE ARCHIVO DEFINITIVO CON REPARACION CIVIL PENDIENTE	3		2				1				
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO	3	1		2		1					
AUTO DE VISTA: QUE REVOCA A ARCHIVO	2										
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA	1	4	9	5	4	2		4	2	4	
Art. 115.2 - Aborto consentido	1	2	2		1	2		4			
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO	1	1				1					
AUTO DE VISTA: QUE REVOCA A ARCHIVO		1									
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA			2		1	1		4			
Art. 116.1 - Aborto sin consentimiento	4	6	6	3	2		9	4	5		1
AUTO DE ARCHIVO DEFINITIVO CON REPARACION CIVIL PENDIENTE	1		2								
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO	1			2			4				1
AUTO DE VISTA: QUE REVOCA A ARCHIVO	1	2									
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA	1	4	4	1	2		5	4	5		
Art. 116.2 - Aborto sin consentimiento	4	3	2	3		1		2			
AUTO DE ARCHIVO DEFINITIVO CON REPARACION CIVIL PENDIENTE		1									
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO	3			2							
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA	1	2	2	1		1		2			
Art. 117. - Aborto agravado por calidad de agente	1		5				1	2	1	2	
AUTO DE ARCHIVO DEFINITIVO CON REPARACION CIVIL PENDIENTE			1								
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO	1										1
AUTO DE VISTA: QUE REVOCA A ARCHIVO											1
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA			4				1	2	1		
Art. 118 - Aborto preterintencional	2	1			1		1	5	1	1	
AUTO DE VISTA DE AUTO FINAL QUE CONFIRMA A ARCHIVO		1									
AUTO QUE ORDENA ARCHIVO DEFINITIVO CON EJECUCION CONCLUIDA	1	1			1		1	5	1	1	
Total general	22	24	37	17	12	11	16	28	18	11	5

FUENTE: SISTEMA INTEGRADO JUDICIAL CENTRALIZADO

ELABORADO POR: SUB GERENCIA DE ESTADISTICA



Firmado digitalmente por CRESPO MARQUEZ Manuel Angel Fau
 201909081216 soft
 Motivo: Doy Vº Sº
 Fecha: 27.09.2022 11:59:16 -05:00

CUADRO 3

PODER JUDICIAL: PERSONAS CON SENTENCIA CONDENATORIA POR TIPO DE DELITO DE ABORTO SEGÚN GÉNERO

PERIODO: 2016-2021

DELITOS DE ABORTO / ARCHIVO DEFINITIVO	AÑO					
	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Aborto consentido Art. 115	21	16	10	13	10	1
F	3	3	3	6	4	1
M	18	13	7	7	6	
Aborto Practicado por Profesional Sanitario Art. 117	4	3	3	3	1	
F	1	2	1	1	1	
M	3	1	2	2		
Aborto Preterintencional (culposo) Art. 118		4	4	1		1
F			2			
M		4	2	1		1
Aborto sin consentimiento Art. 116	21	16	23	15	2	4
F	2	3	1	5		1
M	19	13	22	10	2	3
Autoaborto Art. 114	7	4	11	9	1	3
F	5	3	6	5		3
M	2	1	5	4	1	
Total general	53	43	51	41	14	9

FUENTE: BASE DE DATOS DEL REGISTRO NACIONAL DE CONDENAS

ELABORADO POR: SUB GERENCIA DE ESTADÍSTICA