

25
años



Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud



Serie Informes Especiales n.º 009-2021-DP

Defensoría del Pueblo

Jr. Ucayali n.º 394-388 Lima 1, Perú

Teléfono: (511) 311-0300

Correo electrónico: consulta@defensoria.gob.pe

Página web: <http://www.defensoria.gob.pe>

Facebook: Defensoría del Pueblo – Oficial

Twitter: @Defensoria_Peru

Línea gratuita: 0800-15-170

Serie Informes Especiales n.º 009-2021-DP sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud.

Primera Edición: Lima, Perú, julio de 2021.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2021-07129

El presente documento ha sido elaborado por la Adjunta para la Niñez y la Adolescencia de la Defensoría del Pueblo, a partir de un informe realizado por la consultora Jennie Dador Tozzini, con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA, representada por Miriam Rojo Silva. Las gestiones y coordinaciones iniciales se realizaron con el apoyo de Nadia Lazo Rivera. El proceso de revisión, aportes y corrección del documento estuvo a cargo de la comisionada Mery Anccas Ayala, bajo dirección de la Adjunta para la Niñez y la Adolescencia, Matilde Cobeña Vásquez.

Esta publicación ha sido posible gracias al valioso trabajo realizado por las Oficinas Defensoriales de Amazonas, Cajamarca, Callao, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, San Martín y Ucayali; así como de los Módulos Defensoriales de Tingo María y Satipo.

Listado de siglas, acrónimos y abreviaturas	4
PRESENTACIÓN	5
CAPÍTULO 1: SITUACIÓN ACTUAL DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRODUCTO DE VIOLACIÓN SEXUAL	8
1.1. Datos estadísticos del embarazo en las niñas y adolescentes.....	9
1.2. Datos estadísticos sobre violación sexual en niñas y adolescentes	12
1.3. Autonomía sexual en la vida de las adolescentes.....	14
1.4. Impacto del embarazo en la vida de las niñas y adolescentes ...	15
1.5. Consecuencias del embarazo en la vida de las niñas y adolescentes	17
1.5.1. Consecuencias físicas	17
1.5.2. Consecuencias mentales, emocionales y sociales	19
1.5.3. Consecuencias económicas y otras repercusiones	21
1.5.4. Aspectos culturales y consecuencias legales.....	22
1.6. Mortalidad materna en niñas y adolescentes.....	24
1.7. Intervención Defensorial	26
CAPÍTULO 2: MARCO NORMATIVO, PLANES, POLÍTICAS Y OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	29
2.1. Marco normativo internacional.....	30
2.1.1. Pactos internacionales.....	30
2.1.2. Declaraciones internacionales:.....	35
2.1.3. Recomendaciones de los Comités Monitores formuladas al Estado peruano.....	35
2.1.4. Jurisprudencia internacional.....	38
2.2. Marco Normativo Nacional.....	42
2.3. Principales Planes y Políticas Nacionales	58
2.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	62
CAPÍTULO 3: ASPECTOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN	63
3.1. Metodología de la Supervisión	64
3.2. Objetivos de la supervisión.....	64
3.2.1. Objetivo general	64
3.2.2. Objetivos específicos	64
3.3. Diseño de la muestra de la supervisión.....	65
3.4. Instrumentos de la supervisión.....	69

CAPÍTULO 4: PRINCIPALES RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN	75
4.1. Establecimientos de Salud del Nivel I-3 y I-4	76
4.1.1. Conocimiento de la Guía Técnica para el procedimiento de la atención integral.....	76
4.1.2. Sector que brinda la Capacitación	77
4.1.3. Manejo de la atención del embarazo.....	78
4.1.4. Número de partos en principales regiones.....	79
4.2. Establecimientos de Salud del Nivel II-1 y II-E	81
4.2.1. Conocimiento de la Guía Técnica para el procedimiento de la atención integral.....	81
4.2.2. Sector que brinda la capacitación	82
4.2.3. Manejo de la atención del embarazo.....	83
4.2.4. Número de partos en principales regiones.....	84
4.2.5. Establecimientos de salud que hablan otras lenguas originarias	86
4.3. Principales aspectos de la aplicación de la Guía Técnica por el segundo nivel de atención.....	88
4.3.1. Motivación en la denegatoria del procedimiento de la Guía Técnica	89
4.3.2. Criterios para la evaluación integral a la salud.....	90
4.3.3. Entrega de Información	93
4.3.4. Conformación de la Junta Médica.....	95
4.3.5. Entrega de información y consideración de la opinión de la niña o adolescente	97
4.3.6. Consentimiento de las niñas y adolescentes	98
4.3.7. Formalidad del consentimiento de las niñas y adolescentes.....	99
4.3.8. Respuestas expresadas por los EESS respecto a prescindir la autorización.....	101
4.3.9. Acompañamiento psicológico a la niña o adolescente gestante	102
4.3.10. Recursos humanos y logísticos para una atención integral a la niña o adolescente gestante	104
4.3.11. Tipo de procedimientos que se realiza para casos de interrupciones de embarazo	104
4.3.12. Salas de atención y hospitalización ginecológica especializadas.....	105
4.3.13. Seguimiento posaborto terapéutico.....	106
4.3.14. Estrategias para la prevención de un segundo embarazo	108
4.4. Atención de casos de violación sexual de niñas y adolescentes durante el contexto de emergencia sanitaria	109

CONCLUSIONES	112
RECOMENDACIONES	118
BIBLIOGRAFÍA	125
ANEXOS	127
1. Ficha de supervisión aplicada a EESS de todos los niveles.....	127
2. Ficha de supervisión aplicada a EESS del segundo nivel.....	130
3. Flujograma 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA (Anexo 5)	137

Listado de siglas, acrónimos y abreviaturas

- APA** : Atención post aborto
- CEDAW** : Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- CEM** : Centro Emergencia Mujer
- CIDH** : Comisión Interamericana de Derechos Humanos
- Corte IDH** : Corte Interamericana de Derechos Humanos
- CNA** : Código de Niños y Adolescentes
- CEPLAN** : Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
- CSMC** : Centros de salud mental comunitario
- DP** : Defensoría del Pueblo
- EESS** : Establecimientos de salud
- EIF** : Embarazo infantil forzado
- ENDES** : Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
- EPU** : Examen Periódico Universal
- FONB** : Funciones obstétricas neonatales básicas
- FONE** : Funciones obstétricas y neonatales esenciales
- FONP** : Funciones obstétricas y neonatales primarias
- INEI** : Instituto Nacional de Estadística e Informática
- ITS** : Infección de transmisión sexual
- MAMIS** : Módulos de Atención al Maltrato Infantil y del Adolescente en Salud
- MESECVI** : Mecanismo de Seguimiento a la Convención Belem do Pará
- MIMP** : Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
- MINEDU** : Ministerio de Educación
- MINSA** : Ministerio de Salud
- MINJUSDH** : Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
- NTS** : Norma Técnica de Salud
- ODS** : Objetivo de Desarrollo Sostenible
- OPS** : Organización Panamericana de la Salud
- PROGRAMA AURORA** : Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar
- RENIEC** : Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
- UNFPA** : Fondo de Población de las Naciones Unidas
- UNICEF** : Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
- UPE** : Unidad de Protección Especial
- UTES** : Unidad Territorial de Salud
- SSR** : Salud Sexual y Reproductiva

PRESENTACIÓN

En el hemisferio, el embarazo en niñas y adolescentes representa un serio problema, con cerca de 10 millones de embarazos al año; siendo América Latina y el Caribe la única región en el mundo donde los partos en niñas menores de 15 años van en aumento, y la segunda región con mayor número de embarazos en adolescentes entre 15 y 19 años (CIDH, Informe 2020).

En el Perú, 1 de cada 5 niñas menores de 15 años ha sufrido violación sexual de las cuales la fiscalía solo conoce el 15 % (CIDH, Informe 2020). Asimismo, según el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, durante el año 2020 se registraron 9 582 casos de violencia sexual, de los cuales el 66 % (6 323) fue por violación sexual y de esta cifra el 92.7 % (5 861 casos) fue contra niñas y adolescentes mujeres; es decir, un promedio de 16 niñas y adolescentes han sido víctimas de violación sexual diariamente.

Al respecto, resulta aún más alarmante la situación de niñas y adolescentes embarazadas producto de la violación sexual, situación que genera un impacto en su plan o proyecto de vida, además de múltiples consecuencias. Sobre el particular, según el Sistema de Registro de Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud, durante el año 2019 se registraron a nivel nacional 53 308 nacimientos cuyas madres tenían el rango de edad de 0 a 19 años, 1 303 (2.4 %) en el caso de las niñas menores de 14 años y 9 en niñas menores de 10 años. Asimismo, durante todo el 2020 se registraron a nivel nacional un total de 48 575 nacimientos cuyas madres tenían el rango de edad de 0 a 19 años, 1 179 (2,4 %) nacimientos en niñas menores de 14 años y 24 nacimientos en niñas menores de 10 años. Como se observa, hemos pasado de 9 casos en el 2019 a 24 casos en el año 2020; es decir, casi se ha triplicado.

Dichas cifras son de permanente preocupación, considerando que, conforme a nuestro ordenamiento, se debe presumir un embarazo en una niña o adolescente menor de 14 años como un acto de violación sexual, por lo que su atención debe ser integral, especializada e inmediata. Asimismo, el embarazo a temprana edad constituye un alto riesgo a la vida y a la salud física y mental de las víctimas, y a su vez las enfrenta a diversas situaciones como depresión, estrés postraumático, insomnio, ideas suicidas, entre otras. Las consecuencias de una violación sexual trascienden el trauma psicológico del evento violento, creando rechazo al embarazo no deseado y la pérdida del apego a su propio cuerpo. Las víctimas se ven afectadas en su salud física, incrementando el riesgo de morbilidad y mortalidad materna a temprana edad hasta en cuatro veces mayor. Esta situación representa un problema de salud pública, además de agudizar su condición de vulnerabilidad, perpetuando el ciclo de pobreza y limitando el acceso a oportunidades.

Ante tal escenario, diversos instrumentos jurídicos nacionales e internacionales señalan la obligación de brindar una atención integral a la salud, que implica la evaluación física como mental y el acceso a la interrupción del embarazo no deseado, si este representa una afectación grave o genera un daño permanente a su salud, conocido como aborto terapéutico. La viabilidad jurídica de este derecho ha sido contemplada en el artículo 119° del Código Penal vigente y detallado el procedimiento por el Ministerio de Salud en el año 2014 con la publicación 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*.

Asimismo, desde el inicio del estado de emergencia sanitaria por el COVID-19, la Defensoría del Pueblo advirtió el riesgo que suponía para las niñas y adolescentes mujeres cumplir el aislamiento social con sus agresores, que según las cifras demuestran que el mayor número de ellos se encuentran en el entorno familiar. Adicionalmente, se advirtió la precariedad de los servicios sanitarios, falta de personal con conocimiento, y la concentración en la atención COVID-19 que generó la continuidad del problema e incluso la desatención de muchas niñas y adolescentes víctimas de violación sexual, afectando así su derecho a acceder a una atención integral a su salud.

Es por ello que la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, resaltó la extrema preocupación por el Estado peruano, el aumento de actos de violencia sexual por el contexto de confinamiento doméstico, recalcando la necesidad de mantener sus servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo la distribución de métodos anticonceptivos, la atención prenatal y posnatal, los servicios para prevenir las infecciones de transmisión sexual y aquellos para la interrupción del embarazo dentro de las posibilidades que consagra su orden jurídico, como lo es en nuestro país.

En esa línea, el Comité de los Derechos del Niño, reiteró la gravedad de la crisis sanitaria causada por la pandemia y el gran desafío que representa porque tienen impactos más acentuados y de forma diferenciada en las personas en situación de mayor vulnerabilidad, como niñas, niños y adolescentes, por lo que urge a los Estados a adoptar medidas urgentes y reforzadas para asegurar el goce de los derechos de niñas, niños y adolescentes.

A su vez, durante el año 2020, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos ha recalcado la imprescindible necesidad de garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de diseminación de información en medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad (CIDH, Comunicado 2020).

En atención a lo expuesto, y en la necesidad de brindar especial protección y atención a este grupo poblacional, la Defensoría del Pueblo con el apoyo técnico y financiero de la Oficina del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA Perú, agencia del Sistema de Naciones Unidas, que como parte de su mandato promueve y defiende los derechos sexuales y derechos reproductivos de mujeres y de las y los adolescentes han elaborado el presente informe que consolida los resultados de la supervisión nacional realizada en 109 establecimientos de salud con la finalidad de conocer el nivel de cumplimiento del marco normativo y especialmente de dicha Guía Técnica. Asimismo, este informe plantea recomendaciones al Ministerio de Salud, Ministerio

de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Congreso de la República, a los gobiernos regionales y direcciones regionales de salud.

La Defensoría del Pueblo, en cumplimiento de su mandato constitucional de defensa de los derechos fundamentales de la persona y de la comunidad, busca con este informe contribuir al respeto, protección y cumplimiento de los derechos de las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual; así como coadyuvar al cumplimiento de los estándares internacionales en la materia y de las recomendaciones que diversos Comités Monitores han formulado al Estado peruano, principalmente el Comité de los Derechos del Niño, donde una de las recomendaciones es la elevada tasa de embarazos de adolescentes, particularmente de niñas en situaciones vulnerables y marginales, por lo que demanda al Estado peruano haga frente al problema del elevado número de embarazos de adolescentes (CDN,2016).

Finalmente, nuestra institución y el Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA Perú, tienen la convicción de que este documento constituirá un estudio importante que permitirá a los funcionarios y las funcionarias del sector salud y autoridades del sector público tomar decisiones responsables y oportunas para mejorar y garantizar el acceso a una atención integral de la salud de toda niña o adolescente víctima de violación sexual.

CAPÍTULO

1

SITUACIÓN ACTUAL DE LAS NIÑAS Y ADOLESCENTES EMBARAZADAS PRODUCTO DE VIOLACIÓN SEXUAL



1.1. Datos estadísticos del embarazo en las niñas y adolescentes

En el mundo, cada año quedan embarazadas aproximadamente 16 millones de adolescentes de 15 a 19 años, y 2 millones de adolescentes menores de 15 años¹. Las tasas de embarazo adolescente en los países de América Latina y el Caribe se encuentran entre las más altas del mundo². En el Perú, desde hace veinticinco años los indicadores de embarazo en adolescentes resisten su disminución; salvo algunos años, la tasa se mantiene alrededor del 13 %. Del total de adolescentes de 15 a 19 años, 13 de cada 100 adolescentes ya son madres o se encuentran embarazadas por primera vez. En relación con su nivel educativo, los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas del primer hijo/a, se presentan en las mujeres con primaria (42 %). En el otro extremo, con menores porcentajes de embarazos están las adolescentes con educación superior (6 %)³.

Asimismo, dicha encuesta nacional señala que, según el ámbito geográfico, los mayores porcentajes de adolescentes alguna vez embarazadas se encuentran en el área rural (22,7 %) y en las residentes de la Selva (23 %) y los menores porcentajes en el área urbana (10 %) y en Lima Metropolitana (8,9 %). Respecto a la condición económica, los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo se presentan en las mujeres que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (24,9 %) y en el otro extremo, las ubicadas en el quintil superior de riqueza (3,3 %). En ese sentido, se observa mayor prevalencia del embarazo en niñas y adolescentes con menor nivel educativo pertenecientes a zonas rurales y en condición de pobreza económica.

Sin embargo, existe una situación más lacerante e invisibilizada abordada en el presente informe. Se trata del fenómeno que se conoce como embarazo infantil forzado (EIF), lo cual se define como toda situación en que una menor de 14 años queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. Según el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional considera al embarazo forzado como crimen de lesa humanidad⁴, asimismo, dicho embarazo ha sido catalogado como tortura por el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes⁵.

1 OPS y UNICEF, Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Publicado en febrero del 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf>

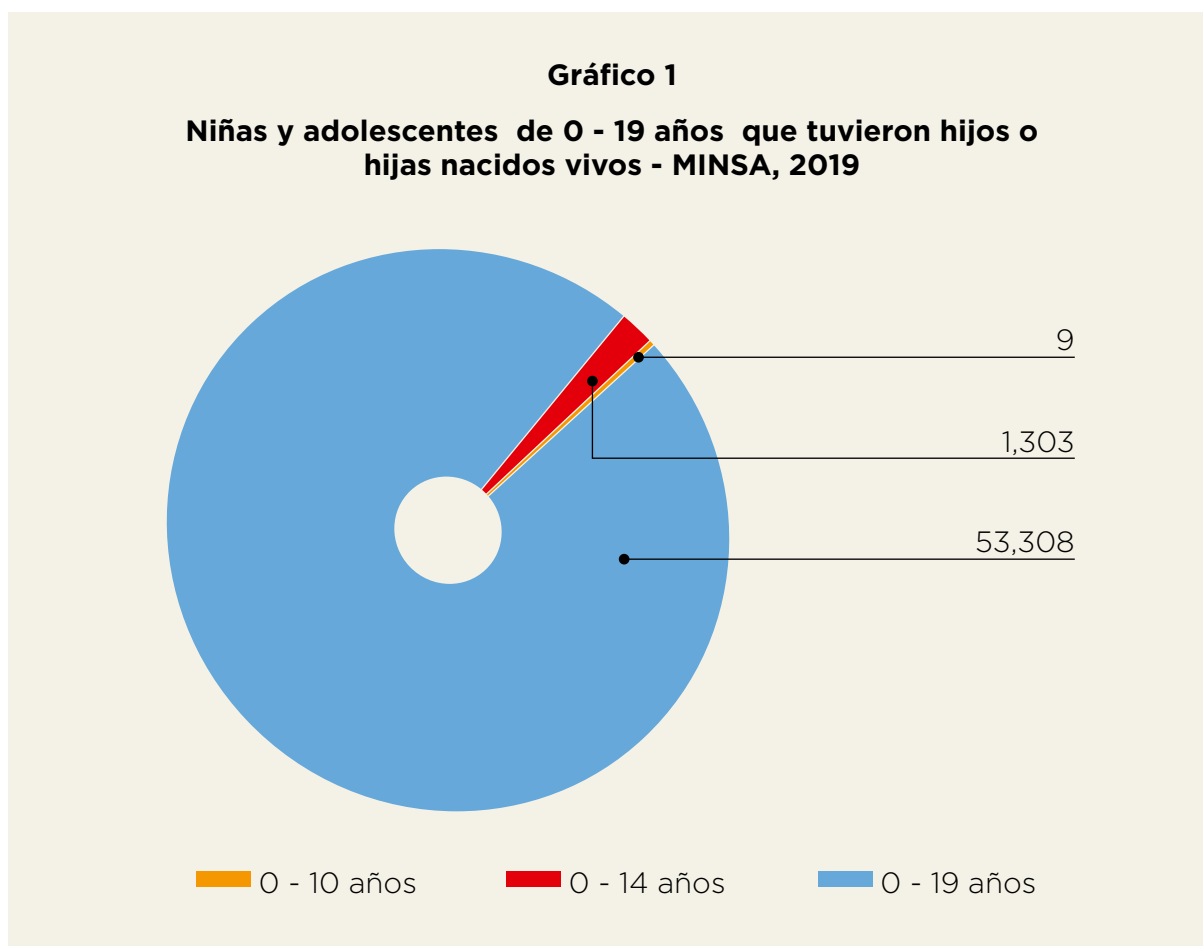
2 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Publicación “Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe, sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos”. Publicado en el 2012. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WPOSPANIOBox0382076B00PUBLIC0.pdf>

3 INEI. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Endes. Nacional y Departamental 2019. Capítulo sobre Fecundidad.

4 OPS y UNICEF, Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Página 25. Publicado en febrero del 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf>

5 CONSEJO DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS. Informe del Relator Especial sobre la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, en el derecho internacional a las experiencias propias de las mujeres, las niñas y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales, 5 de enero de 2016. Párrafos 43 y 44.

Al respecto, según el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud (MINSA)⁶, durante el año 2019 se registraron a nivel nacional 53 308 nacimientos cuyas madres tenían el rango de edad de 0 a 19 años, **1 303 (2.4 %) en el caso de las niñas menores de 14 años** y 9 en niñas menores de 10 años. Ver gráfico 1.



Fuente: Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo (MINSA, 2019)
Elaboración: Defensoría del Pueblo

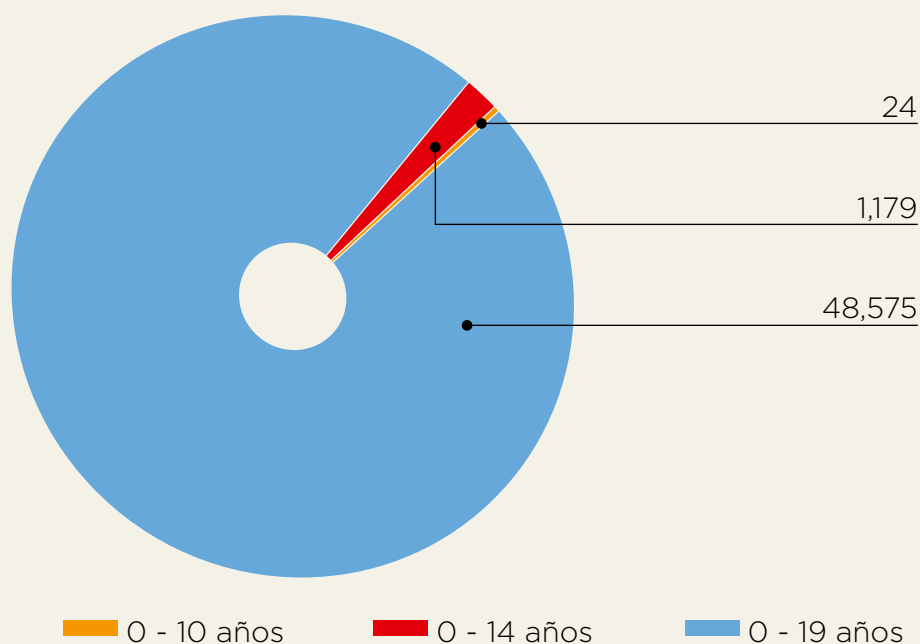
Durante el año 2020, se registraron a nivel nacional un total de 48 575 nacimientos cuyas madres tenían el rango de edad de 0 a 19 años, 1 179 (2,4 %) nacimientos en niñas menores de 14 años y 24 nacimientos en niñas menores de 10 años, de los cuales 19 acuden a establecimientos del sector MINSA. Ver gráfico 2.

De lo mencionado, se puede evidenciar la tendencia a incrementar las cifras del embarazo en niñas menores de 10 años, ya que durante el año 2019 se reportó 9 casos y en el año 2020 la cifra fue de 24 casos, es decir, casi se ha triplicado.

6 Para acceder a dicho registro, ingresar al siguiente enlace: <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwmadrenew.aspx>. Revisado el 19 de abril del 2021.

Gráfico 2

Niñas y adolescentes que tuvieron hijos o hijas nacidos vivos de 0 - 19 años - MINSA, 2020



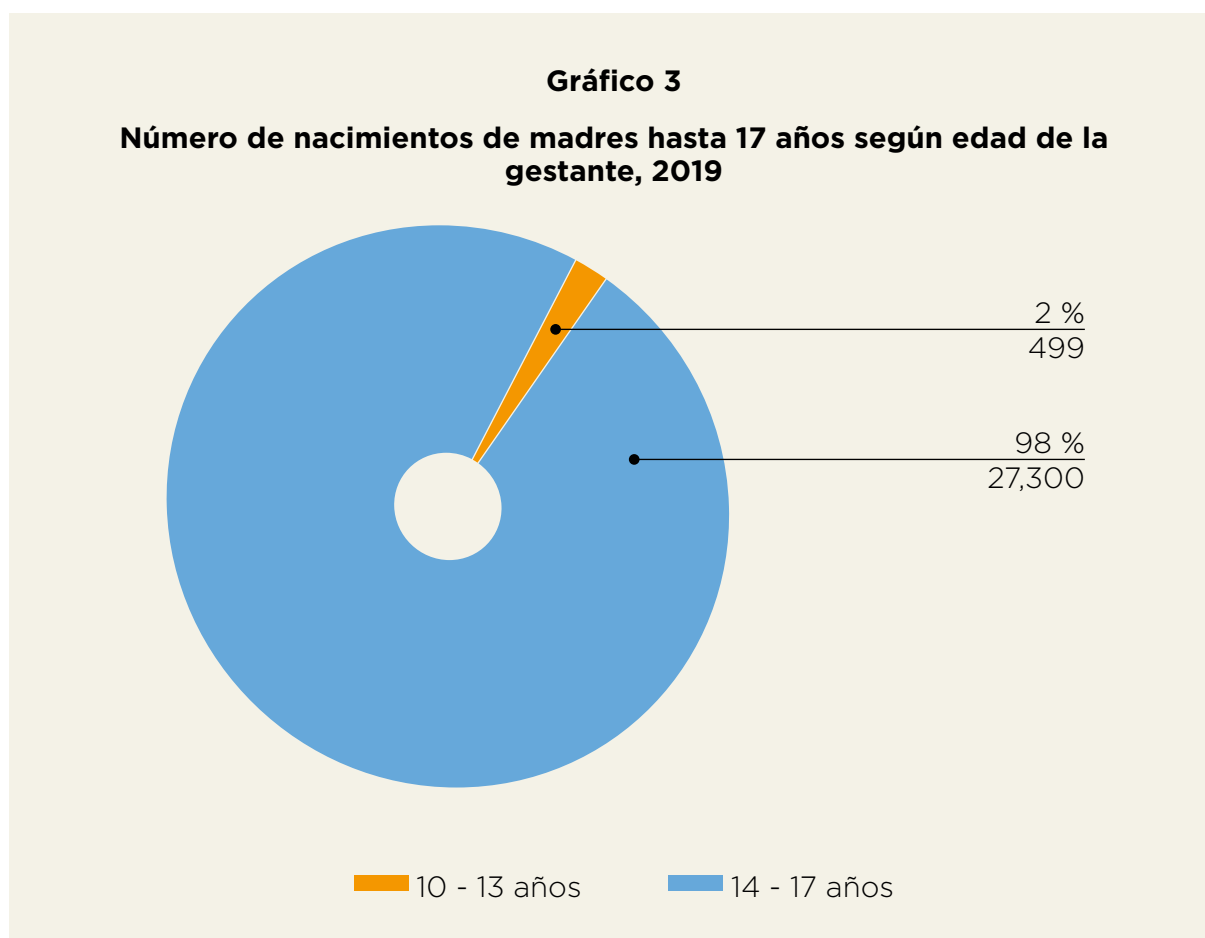
Fuente: Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo (MINSA, 2020)
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Es importante resaltar que las 10 primeras regiones con mayor número de embarazos en niñas y adolescentes menores de 14 años son: Lima, Loreto, Ucayali, San Martín, Junín, Cajamarca, La Libertad, Huánuco, Ancash y Cusco.

Asimismo, como se observa, el Registro del Certificado de Nacido Vivo no realiza un corte etario hasta 17 años, sino hasta los 19 años. Lo que impide evidenciar de forma exacta el número de niñas y adolescentes menores de edad que se han convertido en madres.

No obstante, según información brindada por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)⁷, en el año 2019 se registró un total de 27 799 inscripciones de madres cuyas edades fluctúan entre los 10 y 17 años, de las cuales 27 300 corresponden a madres de 14 a 17 años y 499 de 10 a 13 años. De este número, 410 nacimientos pertenecen a madres de 13 años, 74 son madres de 12 años, 13 son madres de 11 años y 2 son niñas de solo 10 años. Como se observa, el número de nacimientos inscritos representa apenas un tercio de lo reportado por el MINSA, lo que refuerza la idea de la existencia de un subregistro.

7 Información brindada a la Defensoría del Pueblo.

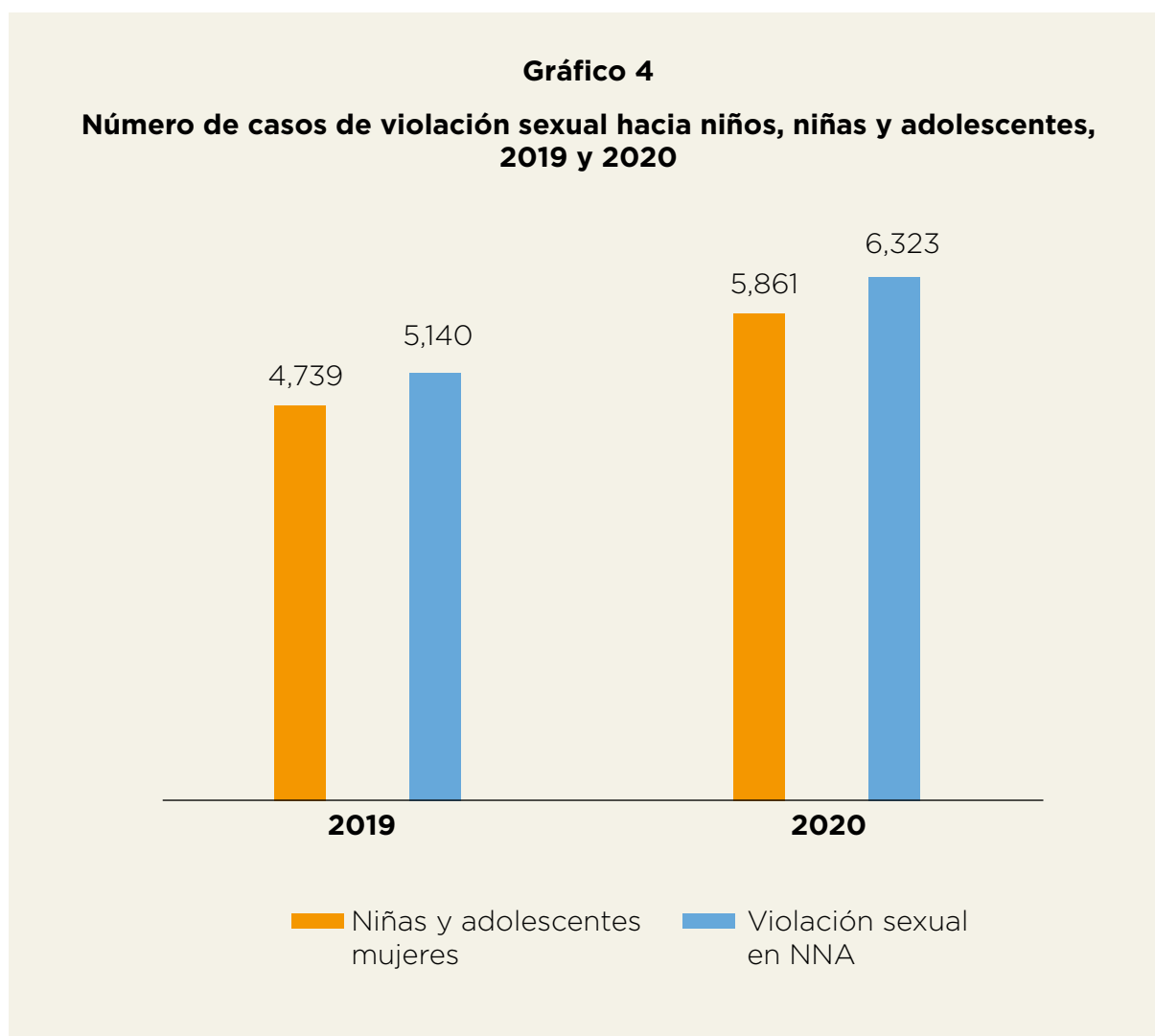


Fuente: RENIEC, 2019
Elaboración: Defensoría del Pueblo

1.2. Datos estadísticos sobre violación sexual en niñas y adolescentes

Durante el año 2019, según los servicios del Programa Nacional Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables⁸, se registró 12 364 casos de violencia sexual en niñas, niños y adolescentes, de los cuales el 41.6 % (5 140) fue por violación sexual y de esa cifra el 92 % (4 739 casos) fue contra niñas y adolescentes mujeres. Asimismo, según el mismo programa, durante el año 2020 se registraron 9 582 casos de violencia sexual, de los cuales el 66 % (6 323) fue por violación sexual y de esta cifra el 92.7 % (5 861 casos) fue contra niñas y adolescentes mujeres; es decir, un promedio de 16 niñas y adolescentes han sido víctimas de violación sexual diariamente.

8 Estadística del Programa Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables: Corresponde al periodo de enero a diciembre 2019 y 2020.



Fuente: MIMP, 2019 y 2020
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Como se puede observar, las cifras entre el año 2019 y 2020 evidencian que el número de casos de violación sexual contra niñas y adolescentes mujeres aumentó, a pesar de las condiciones de confinamiento y a los inadecuados y reducidos canales de denuncia que se tuvo al inicio de la emergencia sanitaria. Ante ello, la Defensoría del Pueblo, en su oportunidad, advirtió la necesidad de declarar como servicio esencial la atención de víctimas de violencia⁹.

Asimismo, según la base de datos del Sistema de Gestión Fiscal (SGF) y el Sistema de Información de Apoyo al Trabajo Fiscal (SIATF) del Ministerio Público, entre el 2019 y el 2020 se denunciaron a nivel nacional 9 342 hechos de violación sexual contra

⁹ Nota de prensa denominada Defensoría del Pueblo insiste: atención de la violencia contra las mujeres debe declararse servicio esencial. Publicado el 18 de mayo del 2020. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-insiste-atencion-de-la-violencia-contra-las-mujeres-debe-declararse-servicio-esencial/>

niñas, niños y adolescentes, de los cuales el 18 % (1701) de denuncias pertenece a adolescentes entre 15 y 17 años, mientras que el 82 % (7 641) se refiere a niños, niñas y adolescentes menores de 14 años, siendo Lima la región con más denuncias¹⁰.

En esta información, también se evidencia la idea de un subregistro, debido a que el número de casos de violación sexual contra niñas, niños y adolescentes reportados por el Programa Aurora (11 463) es mayor al número de denuncias efectuadas durante el mismo periodo ante el Ministerio Público (9 342). Respecto a la existencia de un subregistro, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH, en adelante), señaló su profunda preocupación que, a pesar de las alarmantes cifras y la gravedad de esta forma de violencia, los datos no reflejan la magnitud real de la problemática debido al importante subregistro existente como consecuencia de la falta de denuncia por las víctimas, señalando que en nuestro país, 1 de cada 5 niñas menores de 15 años han sufrido violación sexual de las cuales la fiscalía solo conoce el 15 %¹¹.

1.3. Autonomía sexual en la vida de las adolescentes

El Tribunal Constitucional ha reconocido que las/los adolescentes son titulares del derecho a la libertad sexual, lo que constituye una manifestación de su derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad. Además, se refirió al derecho de toda adolescente a la información, salud e intimidad en asuntos vinculados con el ejercicio de su sexualidad. En cuanto a la autonomía sexual o edad a partir de la cual se puede dar un consentimiento válido para sostener relaciones sexuales, en el año 2012 dicho Tribunal despenalizó las relaciones sexuales entre y con adolescentes, estableciendo los 14 años como la edad para dicho consentimiento, y así quedó regulado en el Código Penal¹². Asimismo, posterior a diversas modificaciones, entre ellas, por la Ley N° 30838, publicada el 4 de agosto de 2018, quedó vigente textualmente de la siguiente manera:

Artículo 173.- Violación sexual de menor de edad: El que tiene acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal o realiza cualquier otro acto análogo con la introducción de un objeto o parte del cuerpo por alguna de las dos primeras vías, con un menor de catorce años, será reprimido con pena de cadena perpetua.

Por lo que debe entenderse que, por debajo de esa edad, cualquier embarazo que se presente será producto de una violación sexual; se incluyen los casos de niñas

10 Pedido de información solicitado al Ministerio Público y dado respuesta mediante Oficio n.° 008111-2020-MP-FN-PJ-FSLIMA y Proveído n.° 580-2020/TRANSPARENCIA. Corresponden al periodo del 01 de enero al 31 de diciembre del 2020.

11 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Párrafo 232. Publicado el 22 de enero del 2020. Dicho informe recoge Información obtenida de la Audiencia sobre Violencia sexual contra niñas en América Latina y el Caribe en el marco del periodo de sesiones 165 en Montevideo. 24 de octubre de 2017. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>.

12 Declaran infundada demanda de inconstitucionalidad interpuesta contra el artículo 1º de la Ley N° 28704 que modifica el artículo 173º, inciso 3º, del Código Penal, sobre delito de violación sexual contra víctima entre 14 y 18 años de edad, Tribunal Constitucional, Pleno Jurisdiccional 00008-2012-PI/TC. Publicado el 24 de enero del 2013.

víctimas de violación en los que el agente agresor, por su costumbre y cultura, supuestamente, no percibe que actúa en contra del ordenamiento jurídico.

Sin embargo, el artículo 15 del Código Penal -referido al “error de comprensión culturalmente condicionado”- ampara dicha situación, generando la persistencia de situaciones de impunidad. Ante esta disyuntiva, se generó el Acuerdo Plenario n.º 1-2015/CIJ-116¹³, que restringió su aplicación; así también la sentencia del Tribunal Constitucional sobre el caso de la comunidad nativa de Tres Islas, donde se restringe la aplicación de la justicia consuetudinaria cuando colisione con los derechos fundamentales de la persona como la vida, la salud, la integridad física, psíquica y moral, la libertad, entre otros o que puedan afectar de alguna forma los intereses de aquellas personas con protección especial como la niñez y la adolescencia¹⁴.

Dicho esto, es relevante mencionar los datos a nivel nacional de la Endes 2019, indicando que el 10 % de las mujeres que ahora tienen entre 15 y 49 años se unió cuando tenían menos de 15 años. Así también, muestra diferencias según los grupos étnicos donde es menor la cifra de las mujeres “mestizas” que tuvieron su primera unión cuando tenían entre 10 y 15 años con el 8 %, incluso por debajo del 10 % del promedio nacional. Las mujeres “afroperuanas” y “blancas” muestran porcentajes ligeramente mayores al promedio nacional con el 13 % y las mujeres de origen “nativo amazónico” presentan un porcentaje que duplica el promedio nacional con el 20 % (UNFPA & Plan Internacional Perú, 2019, p.16).

En ese sentido, es sumamente importante la aplicación por los operadores jurídicos y judiciales de lo dispuesto por el Tribunal Constitucional y el Acuerdo Plenario, en todos los casos concernientes a violencia sexual en niñas y adolescentes.

1.4. Impacto del embarazo en la vida de las niñas y adolescentes

El impacto del embarazo en las niñas y adolescentes tiene múltiples consecuencias, tanto a nivel individual como colectivo; algunas de ellas se relacionan con la limitación al ejercicio de derechos y oportunidades y la transición a la vida adulta, perpetuando la transmisión intergeneracional de la pobreza según la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública¹⁵.

Asimismo, en nuestro país, el embarazo a temprana edad tiene un impacto en el ejercicio del derecho a la educación y al proyecto o plan de vida, ya que genera deserción escolar.

13 El Acuerdo Plenario n.º 1-2015/CIJ-116, del IX Pleno Jurisdiccional de las Salas Penales Permanente y Transitoria, establece cuatro criterios aplicables a los procesos penales donde se debate la comisión de delitos contra la libertad sexual de menores de edad, en los que se invoque el denominado “error de comprensión culturalmente condicionado”: es de aplicación restringida, se debe realizar una pericia antropológica, requiere de la incorporación de medios probatorios que corroboren la relevancia de la interculturalidad; y debe contemplar el enfoque de género y el interés superior del niño.

14 Expediente 07009-2013-PHC/TC, 3 de marzo de 2016.

15 Mendoza, W., & Subiría, G. (2014). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3). doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.286>

Al respecto, cuatro de cada diez adolescentes que abandonaron la escuela lo hicieron debido a un embarazo¹⁶, a pesar de la vigencia de la Ley n.º 29600 y su reglamento, el Decreto Supremo n.º 002-2013-ED¹⁷ sobre la inclusión sin discriminación y reinserción escolar, limitando así su educación y posteriores oportunidades de movilidad social y laboral calificada. Asimismo, según UNFPA, el embarazo y la maternidad adolescente están directamente relacionados con bajos logros en la educación en términos de asistencia escolar, matrícula o conclusión de estudios. En Perú, la deserción escolar por causa del embarazo y la dedicación a trabajos domésticos no remunerados se produce en 13.2 % del total de mujeres entre 15 a 24 años¹⁸.

En esa línea, la Endes 2019 incorpora preguntas para verificar la razón principal por la cual las mujeres entre los 12 y 24 años dejaron de estudiar; se agrupa bajo la denominación de “razones familiares” al embarazo adolescente, la unión conyugal temprana y la necesidad de cuidar niños pequeños. Según dicha encuesta, a nivel nacional, el 22.4 % señala que abandonaron sus estudios por un embarazo o por un matrimonio temprano.

Al respecto, también es importante mencionar la necesidad de una educación sexual integral que permita abordar, entre otros aspectos, los derechos sexuales y reproductivos y también identificar las señales de alerta de situaciones de violencia. Sobre el particular, la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de adolescentes¹⁹ señala que los establecimientos de salud deben coordinarse con instituciones educativas para asegurar que toda la población adolescente reciba todas las prestaciones que forman parte del paquete de atención integral de salud, entre ellas, información sobre sus derechos sexuales y reproductivos.

En esa línea, el Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo, recoge este aspecto incluyendo al sector educación como parte de las medidas prioritarias, asegurando la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos²⁰.

16 Fondo de Población de las Naciones Unidas. Madres adolescentes muestran la importancia de la educación sexual y los servicios de salud sexual. Publicado el 19 de febrero del 2018. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/news/madres-adolescentes-muestran-la-importancia-de-la-educaci%C3%B3n-sexual-y-los-servicios-de-salud>

17 Ley n.º 29600 aprobada el 15 de octubre del 2010. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/118430-29600>. Asimismo, el reglamento fue aprobado mediante Decreto Supremo N° 002-2013-ED, el 26 de marzo del 2013. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/118266-002-2013-ed>

18 Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Plan Internacional Perú (2020). Consecuencias socioeconómicas del embarazo. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe. Publicado el 18 noviembre 2020. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-y-maternidad-adolescente-en-el-per%C3%BA?page=3>

19 Norma Técnica Sanitaria 157-MINSA/2019/DGIES, página 15. Publicado el 25 de octubre del 2019, y que deroga la Resolución Ministerial N° 973-2012-MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/403954/resolucion-ministerial-n-1001-2019-minsa.PDF>

20 Defensoría del Pueblo, Informe Especial N° 7-2021-DP: Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncep-

Dicho documento²¹ señala, además, el compromiso de los Estados en priorizar la prevención del embarazo no planeado en la adolescencia mediante la educación integral para la sexualidad, así como el acceso oportuno y confidencial a la información, asesoramiento, tecnologías y servicios de calidad que garanticen el acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, incluida la anticoncepción oral de emergencia. Además, se acuerda fortalecer las políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas.

Cabe precisar que el 3 de junio del 2021 se aprobaron los “Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica” mediante Resolución Viceministerial n.º. 169-2021-MINEDU²², aunque por razones de delimitación temática del presente informe no será detallada. En ese sentido, su implementación representa un desafío para el Estado peruano, lo que implica introducir la educación sexual integral en los instrumentos de gestión educativa, brindar herramientas y materiales a los docentes, entre otros aspectos, tal como lo hemos mencionado en el Informe 7-2021/DP²³.

1.5. Consecuencias del embarazo en la vida de las niñas y adolescentes

Las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes son verdaderamente preocupantes, debido a las diversas afectaciones a la condición física, mental, emocional y económica sobre la vida de ellas, pero a su vez involucran a la familia y a la sociedad, constituyendo un problema social y de salud pública. A continuación detallaremos las principales consecuencias:

1.5.1. Consecuencias físicas

La maternidad, a tan temprana edad, significa riesgo para la salud de la madre y la de su hija/o desde su inicio, más aún cuando se trata de embarazos no deseados pues no acuden tempranamente a recibir atención. Asimismo, constituye uno de los riesgos principales de parto pretérmino, hipertensión, muertes materno-fetales, hemorragia genital, infecciones urinarias o vaginales²⁴. Adicionalmente, según el estudio sobre el embarazo y las complicaciones en la madre adolescente²⁵, señala que se puede presentar complicaciones asociadas

ción moderna para quienes lo requieren. Publicado el 3 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/Informe-sobre-prevenci%C3%B3n-de-embarazo-en-adolescentes.pdf>

21 Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Naciones Unidas/CEPAL, 2013: Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf

22 Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-los-lineamientos-de-educacion-sexual-integral-para-resolucion-vice-ministerial-n-169-2021-minedu-1960234-1/>

23 Defensoría del Pueblo, Informe Especial N° 7-2021-DP: Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Publicado el 3 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/Informe-sobre-prevenci%C3%B3n-de-embarazo-en-adolescentes.pdf>

24 Revista Cubana de Medicina General Integral. 2015. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n3/mgi12315.pdf>

25 Revista Científica Mundo de la Investigación y Conocimiento. Mirama Calderon, L. V., Calle Rueda, D. G., Villafuerte

a ciertos riesgos obstétricos y perinatales como: hipertensión arterial gravídica o inducida, óbito fetal, aborto espontáneo, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal y ruptura prematura de membrana.

Al respecto, la revista médica de la Facultad de Medicina Chilena señala que se ha descrito un indicador en común que podría explicar las diversas afecciones propias del embarazo adolescente, el cual corresponde a una falla de los mecanismos fisiológicos de adaptación circulatoria al embarazo, lo que se conoce como “síndrome de mala adaptación circulatoria”, cuyas diversas manifestaciones clínicas pueden presentarse por separado o asociadas entre sí a nivel materno y/o fetal²⁶.

En nuestro país se evidencia que el 63 % de las madres adolescentes padeció algún tipo de complicación del embarazo como anemia, náuseas y vómitos, infecciones urinarias o vaginales, y complicaciones más graves como preeclampsia, eclampsia, rotura de membranas, parto prematuro y hemorragia puerperal²⁷. En ese sentido, aunque hayan menstruado, su cuerpo no está preparado para sostener un embarazo o un parto y solo su edad constituye un factor de riesgo obstétrico y perinatal, además de poder presentar alguna afectación grave o daño permanente a su salud.

Adicionalmente, el/la recién nacido/a también presenta complicaciones relacionadas con el bajo peso al nacer, la prematuridad, el aumento de la morbilidad y la mortalidad por daño neurológico y retardo mental²⁸. Asimismo, la desnutrición materna es un factor importante que influye en el resultado de un neonato de bajo peso. La anemia debido a la mala alimentación propia de la edad y el síndrome hipertensivo del embarazo han sido encontradas como complicaciones comunes entre las gestantes adolescentes. Entre los riesgos del embarazo en edades tempranas se señala la desnutrición materna y el bajo peso materno, que da por resultado productos de bajo peso o con restricción del crecimiento; así como también la anemia es un factor de riesgo conocido para la preeclampsia²⁹. Esto, además, ha sido advertido por la OMS, señalando como otras complicaciones asociadas con la violencia durante el embarazo el aborto espontáneo, el trabajo de parto prematuro y el bajo peso al nacer³⁰.

Arias, P. F., & Ganchozo Peralta, D. F. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. RECI-MUNDO, 4(3), 174-183. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.174-183](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183)

- 26 Revista Pediatría Electrónica, artículo “Embarazo adolescente”. Universidad de Chile, Facultad de Medicina.
- 27 OPS y UNICEF, Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Publicado en febrero del 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf>
- 28 Revista Cubana de Medicina General Integral. Año 2015. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n3/mgi12315.pdf>
- 29 Revista Científica Mundo de la Investigación y Conocimiento. Mirama Calderon, L. V., Calle Rueda, D. G., Villafuerte Arias, P. F., & Ganchozo Peralta, D. F. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. RECI-MUNDO, 4(3), 174-183. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.174-183](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183)
- 30 Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010): “Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias”. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31075/9789275316351-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

1.5.2. Consecuencias mentales, emocionales y sociales

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. Al respecto, la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS en adelante) señala que: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»³¹. Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

En ese sentido, la salud mental tiene repercusiones en las condiciones de vida de las personas ya que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional³². Por su lado, se señala que la violencia sexual es un problema grave y generalizado en el mundo y que deteriora profundamente el bienestar físico, sexual, reproductivo, psíquico y mental de las niñas y adolescentes víctimas y sus familias³³.

En esa línea, se suman al embarazo, que de por sí es un estresor, consecuencias documentadas por la violación sexual como la depresión, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol y otras sustancias, insomnio, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos de personalidad y comportamiento sexual arriesgado (OPS, OMS, 2010). La depresión afecta del 13 % al 51 % de las mujeres víctimas de violación sexual; el 73 % al 82 % desarrolla miedo y ansiedad anormales; y el 12 % a 40 % presenta trastorno de ansiedad generalizada. Asimismo, del 13 % al 49 % desarrolla problemas con el alcohol, y hasta el 61 % abusa de otras sustancias, el 23 % al 44 % presenta ideación suicida, y del 2 % al 19 % intenta suicidarse³⁴.

Es decir, en estos casos el embarazo mismo incrementa el estrés y el sufrimiento subjetivo, recordatorio perenne de la experiencia traumatizante, siendo una situación revictimizante, considerando además que el embarazo es resultado de actos de violencia sexual y la ausencia de atención integral tras la violación, incluida la anticoncepción de urgencia; esto es una doble revictimización tanto estatal, por no garantizar una vida libre de violencia y la atención a su salud oportuna, y social, por la vergüenza, exclusión y estigma social. Sobre el particular, la CIDH advierte situaciones de discriminación y estigma en perjuicio de las niñas y adolescentes embarazadas por parte de la comunidad en la que viven e incluso de sus familias³⁵.

31 Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

32 Salud Mental y Derechos Humanos. Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Informe Defensorial N°140. Defensoría del Pueblo. Lima, 2010.

33 Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010): “Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias”. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31075/9789275316351-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

34 Campbell R, Dworkin, E & Cabral, G, 2009; citado en El impacto del embarazo luego de una violación. Argumentos para proteger la salud mental. Por RONDÓN Marta (2015). Lima, Perú.

35 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Párrafo 254. Publicado el 22 de enero del 2020. Para acceder al informe, ingrese al siguiente enlace: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>

En cuanto al impacto de una violación sexual, la Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso Inés Fernández Ortega contra México, párrafo 129, ha señalado que la violación sexual contra una mujer “[...] vulnera valores y aspectos esenciales de su vida privada, supone una intromisión en su vida sexual y anula su derecho a tomar libremente las decisiones respecto de con quién tener relaciones sexuales, perdiendo de forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas”.

Asimismo, el estudio de Planned Parenthood Global realizado en Ecuador, Guatemala, Perú y Nicaragua sobre las consecuencias para la salud integral de niñas y adolescentes entre 9 y 14 años embarazadas, encuentra que el 14 % de las niñas, entre 9 y 14 años, intentó interrumpir su embarazo; el 55 % señaló presentar temor o miedo y angustia; entre un 7 % y 14 % consideró el suicidio durante el embarazo ingiriendo veneno o infringiéndose cortes para alcanzar las venas.

En ese sentido, el Comité de los Derechos del Niño ha señalado estar “muy preocupado por la elevada tasa de suicidios entre [adolescentes]”, y ha expresado que “[es] posible que [los suicidios] estén relacionados con, entre otras causas, la violencia, los malos tratos, los abusos y los descuidos, con inclusión de los abusos sexuales”. Es por ello que resulta trascendente las relaciones de una persona niña/adolescente con personas adultas consideradas importantes en su vida, pues si las mismas son inadecuadas, de acuerdo con la gravedad del caso, pueden llegar a impulsar, en forma directa o indirecta, actos suicidas.

Dicha situación se agrava en contextos de privación material y simbólica donde el ejercicio de la maternidad forzada profundiza la vulnerabilidad frente a situaciones de pobreza, exclusión y violencia (Casas Isaza, Cabrera, Reingold y Grossman, 2016). En esa línea, los efectos de la violencia contra niñas o adolescentes son múltiples, entre ellos, las consecuencias psicológicas y emocionales como sensaciones de rechazo y abandono, trastornos afectivos, trauma, temores, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima. Asimismo, las altas tasas de depresión y ansiedad durante el embarazo se suman a las del posparto, donde la niña o adolescente debe lidiar con la carga de la responsabilidad que implica el cuidado de un/a recién nacido/a y las expectativas sociales sobre la maternidad, aun cuando se trata de una niña o adolescente madre.

Adicionalmente, es importante tener en cuenta que la niña o adolescente madre debe asumir, además, una multiplicidad de roles adultos, especialmente la maternidad, para los cuales no está psicológicamente madura ya que sigue siendo niña cognitiva, afectiva y económicamente, agudizándose esto aún más en el caso de las niñas o adolescentes menores de 15 años. Asimismo, la aparición de embarazo en la familia de una adolescente obliga a la reestructuración de las funciones de sus miembros³⁶, sobre todo si son originados a raíz de una violación sexual, manifestándose el rechazo, vergüenza y todas las acciones que deben transitar para acceder a los servicios de justicia, salud, educación, entre

36 Revista Pediatría Electrónica, artículo “Embarazo adolescente”. Universidad de Chile, Facultad de Medicina.

otras. Otra repercusión posible es que, como consecuencia de las agresiones hacia la madre, ella puede rechazar e inclusive ejercer violencia física contra su hijo/a estableciendo de esta manera un doble fenómeno de maltrato infantil en la misma familia³⁷.

Incluso, según la OMS, enfrentan afectaciones sobre el bienestar psíquico y social en aspectos como: la iniciación sexual, dificultad de la capacidad de establecer vínculos afectivos y ejercer la maternidad³⁸. En ese sentido, la propia maternidad termina siendo fallida, puesto que las niñas no logran amar y cuidar a esos hijos/as como se espera; entonces, se ven a sí mismas y son vistas por los miembros de la comunidad como “malas madres”.

En relación con ello, se observa que su situación de vulnerabilidad generada por la violación sexual se agudiza, presentando consecuencias a su salud mental y emocional o afectivas, tendencia al suicidio, altos índices de depresión y ansiedad, así como consecuencias sociales referentes a la expuestas a situaciones de discriminación y estigma por la comunidad y el Estado, reestructuración de sus familias, posibles hechos generacionales de violencia y afectación a su capacidad de establecer vínculos y ejercer la maternidad.

1.5.3. Consecuencias económicas y otras repercusiones

La maternidad temprana también tendría efectos económicos para el caso de las madres pobres; es decir, conlleva arraigar la pobreza de las mujeres de bajos ingresos³⁹. Frente a este panorama, se menciona incluso un impacto en el progreso económico y social de los países, pues al registrarse un ritmo sostenido de embarazos en adolescentes, junto con un incremento en los casos de maternidad temprana, se amplía abruptamente la cantidad de personas inactivas laboralmente. Estos impactos se configuran como una pérdida de la oportunidad de beneficiarse del bono demográfico que presenta en la actualidad América Latina, con efectos en la producción local de cada país (UNFPA, 2019)⁴⁰.

Al respecto, se han encontrado una correlación significativa entre la maternidad temprana, menor rendimiento educativo y peores resultados en el mercado laboral para las mujeres. De hecho, pareciera que las mujeres están soportando las consecuencias a corto y a largo plazo del embarazo adolescente de forma desproporcionada⁴¹.

37 Revista Médica del Instituto Nacional de Pediatría, Coordinación de Estudios Avanzados sobre el Maltrato Infantil y su Prevención (CEAMI-P-INP), Ciudad de México, Embarazo adolescente: sus causas y repercusiones en la vida. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457750722016>

38 Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010): “Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias”. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31075/9789275316351-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>

39 Revista Pediatría Electrónica, artículo “Embarazo adolescente”. Universidad de Chile, Facultad de Medicina.

40 Fondo de Población de las Naciones Unidas (2019). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe - MILENA 1.0, noviembre, 2019. Asunción, Paraguay

41 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Publicación “Embarazo Adolescente y Opor-

En ese sentido, la adolescencia representa una ventana crítica para influir en las oportunidades económicas de las mujeres, ya que la maternidad temprana puede interrumpir su acumulación de capital humano. Las mujeres que tuvieron hijos en la adolescencia se enfrentan a mayores dificultades para conseguir un empleo y suelen estar más predispuestas a optar por empleos con peores condiciones laborales. En tal sentido, se perpetúan las inequidades en las transiciones a la vida adulta, limitando el ejercicio de sus derechos, con altos costos sociales y económicos⁴².

Asimismo, la CIDH advierte que los actos de violencia en contra de ellas, como consecuencia del embarazo no deseado, podrían generar embarazos de alto riesgo y diversos problemas, entre ellos, los abortos espontáneos, los partos prematuros, y los sufrimientos fetales⁴³. Sobre el particular, la Primera Encuesta Nacional de la Juventud del 2011⁴⁴ señala que cerca del 30 % de adolescentes declaraba “cercanía con algún conocido que se ha realizado un aborto”. En ese sentido, prevenir dichos embarazos habría costado bastante menos, tanto desde el punto de vista sanitario, psicológico, social, familiar, así como económico, incluso se señala que en países como el Perú, evitar cada embarazo no planificado en la adolescencia costaría entre US\$ 43 y US\$ 63⁴⁵.

Al respecto, los embarazos no deseados pueden concluir en aborto, especialmente en este grupo etario, lo que resulta peligroso para su salud y su vida. A nivel mundial, se calcula que cada año se practican aproximadamente 5,6 millones de abortos en adolescentes de 15 a 19 años en las regiones en desarrollo; de ellos, al menos la mitad pueden considerarse como abortos en condiciones peligrosas; esto es, practicados por personas que carecen de las debidas destrezas médicas y/o en un entorno que no cumple con las condiciones mínimas⁴⁶.

1.5.4. Aspectos culturales y consecuencias legales

La participación y consideración de la voluntad o decisión de toda niña o adolescente deben ser impresionables en toda decisión que involucre una

tunidades en América Latina y el Caribe, sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos”. Publicado en el 2012. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WPOS-PANIOBox0382076B00PUBLIC0.pdf>

42 Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA y Plan Internacional Perú. Consecuencias socioeconómicas del embarazo. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescente en países de América Latina y el Caribe. Publicado el 18 noviembre 2020. Disponible en: <https://peru.unfpa.org/es/publications/consecuencias-socioecon%C3%B3micas-del-embarazo-y-maternidad-adolescente-en-el-per%C3%BA?page=3>

43 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Publicado el 22 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>

44 Dicha encuesta comprende como población joven, cuyas edades están comprendidas de 15 a 29 años de edad. Disponible en: <http://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2017/12/Primera-Encuesta-Nacional-de-la-Juventud-2011.pdf>

45 Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. El embarazo adolescente en el Perú: Situación actual e implicancias para las políticas públicas. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/286/2188#tab1>

46 OPS y UNICEF, Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Publicado en febrero del 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescenc.pdf>

afectación a su vida; sin embargo, existen situaciones de limitación y exclusión en la toma de decisiones que las afectan reflejando la aún imperante cultura adultocéntrica en el país, donde según la Encuesta Nacional de Relaciones Sociales-Enares (2015) un 28 % de la población considera que los padres no tienen por qué dar explicaciones de sus acciones a las/los niñas/os o adolescentes de su familia, o que son dueños de sus hijas/os y por eso pueden criarlos como ellos quieren⁴⁷, en abierta contradicción con los estándares de autonomía progresiva, el interés superior de la niña y el derecho a ser escuchada.

Asimismo, en una sociedad se producen ciertos imaginarios que responden a relatos que están objetivamente presentes en los medios a través de los cuales la sociedad representa y hace circular los significados y valoraciones que atribuye, por ejemplo, las diferencias generacionales, estereotipos, identidad de género, entre otros. En ese sentido, según los resultados de la encuesta realizada en el año 2015 muestran que el 21 % de personas de 18 años a más señaló estar de acuerdo con la afirmación “Las mujeres desde niñas son coquetas, por eso son abusadas sexualmente”; el 29 % manifestó su conformidad sobre que “los padres son dueños de sus hijas/os, por eso pueden criarlas/os como ellos quieran”.

Respecto a la tolerancia social de la violencia hacia las niñas, niños y adolescentes, según la Enares 2019, evidencia que se mantiene con un 58 %, e incluso se advierte que el 21 % está de acuerdo con la afirmación “De conocer un abuso sexual a un niño, es mejor no intervenir”.⁴⁸

Lo señalado es preocupante, debido a que la cultura adultocéntrica, los imaginarios sociales y la tolerancia a la violencia pueden ser un factor que impida garantizar una atención de calidad de la salud de forma diferenciada, así como ser un limitante para escuchar sus opiniones, brindar información y no juzgar. En ese sentido, es fundamental que el trabajo del personal de salud se realice con calidez y comprensión; que refleje confianza y seguridad; y respetar el principio de no revictimización; además, debe ser diferenciado y garantizar la consideración de la opinión de ellas libre de estereotipos y prejuicios.

Por otro lado, se advierte que las niñas y adolescentes tienen repercusiones legales ante la negativa de continuar con un embarazo no deseado, generando una criminalización para las que decidan abortar, ante ello, según data del Ministerio Público, entre los años 2019 y 2020 se registraron 1 047 denuncias contra mujeres que se practicaron abortos, de las cuales 24 fueron contra niñas y adolescentes menores de 18 años⁴⁹, quienes han sido revictimizadas al ser

47 INEI, Encuesta Nacional de Relaciones Sociales-Enares 2015. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1390/libro.pdf

48 INEI, Encuesta Nacional de Relaciones Sociales-Enares 2019. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/presentacion_enares_2019.pdf

49 Pedido de información al Ministerio Público mediante Oficio n.º 008111-2020-MP-FN-PJFSLIMA y Proveído n.º 580-2020/TRANSPARENCIA. La información corresponde al número de denuncias registradas por los delitos contemplados en los artículos 114º y 120º del código penal según distrito fiscal, rango de edad y del 01 de enero del 2019 al 31 de diciembre 2020.

parte de un proceso de investigación que pueden desencadenar a una medida de privación de libertad.

En ese sentido, la intervención estatal amerita el deber cumplir con la protección especial señalada por los instrumentos nacionales e internacionales (a desarrollar en el siguiente capítulo), que determinan la obligación del Estado peruano de garantizar una protección reforzada de los derechos de las niñas y adolescentes. Es por ello, que existe la necesidad que su intervención sea multisectorial a través de inversiones estratégicas para eliminar las múltiples vulnerabilidades que ponen a las niñas o adolescentes en riesgo de tener embarazos no deseados⁵⁰.

1.6. Mortalidad materna en niñas y adolescentes

Estrechamente vinculado con lo mencionado anteriormente, están las muertes maternas considerada evitables al no haberse producido los embarazos. Al respecto, según el estudio realizado por OPS y UNICEF⁵¹, el embarazo a temprana edad o precoz afecta profundamente la trayectoria de salud de las adolescentes, obstaculiza su desarrollo psicosocial y se asocia con resultados deficientes en materia de salud y mayor riesgo de morbilidad y mortalidad maternas. A nivel mundial, las complicaciones del embarazo y el parto son las principales causas de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años. El riesgo de muerte materna se acrecienta en las madres que dan a luz antes de los 15 años. En los países de ingresos medianos o bajos, como el nuestro, el riesgo de muerte materna es el doble en las menores de 15 años que las madres de una edad mayor.

Asimismo, dicho estudio revela que, a menor edad materna, menor edad gestacional del hijo, menor peso al nacer, peor estado de nutrición infantil y menor nivel de escolarización alcanzado. A nivel mundial, la mortalidad perinatal es un 50 % mayor en los hijos de madres menores de 20 años que en los de madres de 20 a 29 años de edad. Las adolescentes, especialmente menores de 15 años, siguen teniendo mayor riesgo de mortalidad materna como resultado de factores biológicos como la maduración insuficiente del aparato reproductor, y a factores socioeconómicos y geográficos como el acceso deficiente a la atención de salud en zonas rurales remotas, los sesgos asociados a las minorías étnicas, la estigmatización y la pobreza.

Las niñas o adolescentes no alcanzan su plena madurez física y fisiológica, por lo que corren mayor riesgo de morir a causa de complicaciones del parto. En el Perú, la edad de la madre constituye un factor de riesgo obstétrico y de mortalidad materna y

50 Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial. Publicación “Embarazo Adolescente y Oportunidades en América Latina y el Caribe, sobre maternidad temprana, pobreza y logros económicos”. Publicado en el 2012. Puede acceder mediante el siguiente enlace: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/983641468238477531/pdf/831670WPOSPANIOBox0382076B00PUBLICO.pdf>

51 OPS y UNICEF, Aceleración del progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Publicado en febrero del 2018. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Aceleracion%20del%20progreso%20hacia%20la%20reduccion%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf>

neonatal. Sobre ello, el INEI señala que se consideran como grupos de riesgo elevado los nacimientos que ocurren en ciertas condiciones, entre ellas, cuando la madre tiene menos de 18 años al momento del nacimiento de la niña o niño; asimismo, desde el punto de vista de aquellas mujeres cuyas hijas e hijos se encuentran en categorías de riesgo de mortalidad en el futuro, se evidencia un alto riesgo de mortalidad infantil para las/los niñas/os de madres adolescentes⁵². A su vez, la CIDH observa el riesgo elevado que representa el embarazo infantil y adolescente para la salud de la madre y del recién nacido en tanto aumenta los riesgos de complicaciones durante el embarazo y en el parto⁵³.

En esa línea, la CIDH resalta que UNICEF informó que los recién nacidos de madres menores tienen una mayor probabilidad de registrar peso bajo al nacer, con el consiguiente riesgo de presentar efectos en la salud a largo plazo, así como malformaciones o problemas en el desarrollo debido a aspectos de madurez fisiológica y emocional de las madres.

Cabe indicar que, en el Perú en el 2017, 16 % de muertes maternas ocurrió en mujeres menores de 19 años. El porcentaje se incrementó en relación con los años 2016 (14.3 %), 2015 (12 %), 2014 (13.6 %) y 2013 (8.9 %)⁵⁴. Asimismo, resulta preocupante que durante el año 2020 se reportó 11.6 % de muertes maternas en mujeres menores de 19 años, existiendo una corta brecha en comparación con lo reportado en el año 2018 con 14.7 % y 10.9 % en el 2019⁵⁵. Asimismo, como se observa, no se cuenta con datos estadísticos con el corte etario hasta 17 años, sino hasta los 19 años. Lo que impide evidenciar de forma exacta el número de mortalidad materna en niñas y adolescentes.

Sobre el particular, el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH) reconoce que la mayoría de los casos de mortalidad y morbilidad materna son prevenibles, y ello supone un problema de salud, desarrollo y derechos humanos que también exige la promoción y protección efectiva de los derechos humanos de las mujeres y especialmente las niñas, en particular su derecho a la vida, a ser iguales en dignidad, a la educación, a ser libres para buscar, recibir y difundir información, a gozar de los beneficios del progreso científico, a estar a salvo de toda forma de discriminación contra la mujer (en todos sus ciclos de vida) y a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental, incluida la salud sexual y reproductiva⁵⁶. Es decir, las tasas de morbilidad y mortalidad maternas son inadmisibles y constituyen una

52 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018. Página 163 y 166. Puede acceder al documento desde el siguiente enlace: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html

53 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Párrafo 255. Publicado el 22 de enero del 2020. Para acceder al informe, ingrese al siguiente enlace: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>.

54 Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2018). Embarazo en Adolescentes y Niñas en el Perú. Un problema de salud pública, derechos y oportunidades para las mujeres. Alerta n.º 1-2018. Seguimiento Concertado entre Estado y Sociedad Civil/MCLCP.

55 Registros del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA. Revisado el 27 de mayo del 2021. Puede revisar la información en el siguiente enlace: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/asis-sala/asis-sala_202118.pdf

56 La mortalidad y morbilidad materna prevenible y los derechos humanos. Informe del Consejo de Derechos Humanos en su 11º período de sesiones. Resolución 11/8. Ginebra: Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas; 2009. Disponible en: https://ap.ohchr.org/documents/S/HRC/resolutions/A_HRC_RES_11_8.pdf

violación de derechos humanos según lo señalado por el Consejo de Derechos Humanos y resaltado por la Organización Panamericana de la Salud⁵⁷.

Conforme a lo expuesto, se evidencia que las niñas y adolescentes en situación de embarazo forzado o no deseado, no están biológica ni psicológicamente maduras para gestar, y menos para la maternidad, lo que crea un riesgo para su salud y su vida en comparación con las mujeres adultas.

1.7. Intervención Defensorial

Es sumamente importante precisar que, para que se dé un embarazo no deseado, la niña o adolescente víctima de violación ha experimentado la omisión o falta del deber de diligencia por el Estado a través de sus servicios⁵⁸. Es por ello que, su atención, por parte de las entidades competentes sanitarias, implica que estas cumplan con las disposiciones normativas sobre la entrega oportuna del kit de atención para casos de violación sexual, para evitar principalmente, el contagio de infecciones de transmisión sexual y el embarazo no deseado como resultado ante dicha omisión.

Sin embargo, pese la magnitud de la violencia sexual y los embarazos forzados o no deseados que viven las niñas y adolescentes, la Defensoría del Pueblo ha identificado en más de una oportunidad diversos casos, donde ni ellas ni sus familiares reciben información oportuna sobre su derecho a acceder a una atención integral a su salud y la posibilidad, de ser el caso, de acceder a una interrupción del embarazo previa evaluación de la Junta Médica, siempre que represente un riesgo de vida o de salud (física, mental y social) de la gestante, conforme lo establece la normativa interna.

Uno de los casos, que en su oportunidad se intervino, fue en el caso de una adolescente de 12 años de edad, víctima de violación sexual. Al respecto, a partir de lo ocurrido, un familiar de la víctima se contacta con el establecimiento de salud para que le brinde atención médica a la adolescente. El personal médico de dicho establecimiento acude a la vivienda de la adolescente y pone en conocimiento de lo sucedido a la fiscal penal de turno. Sin embargo, según declaraciones del personal médico que se desplazó, se omitió llevar el kit al llegar a la vivienda de la adolescente.

Posteriormente, la Defensoría del Pueblo orientó respecto a los derechos que le corresponden a la adolescente y se remitió un oficio al establecimiento de salud, a fin de que se le brinde la atención debida y se realice una evaluación integral a su salud física y mental, así como se haga entrega del kit de forma inmediata y urgente. Después de dicha intervención, se tomó conocimiento del embarazo de la adolescente como producto de la violación sexual, por lo cual el familiar solicitó al

57 Organización Panamericana de la Salud, 2020. Documento "Estrategias para poner fin a la mortalidad materna prevenible". Página 12. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51963/9789275322106-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

58 El deber de debida diligencia es un principio de estándares internacionales recogido en nuestro marco normativo, entre ellas el Protocolo Base de Actuación Conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Aprobado mediante el Decreto Supremo N° 012-2019- MIMP, el 10 de mayo del 2019.

establecimiento de salud autorizar el procedimiento de aborto terapéutico por la grave afectación a su salud por el hecho de la violación sexual.

Posteriormente, la Red de Salud del distrito, mediante oficio, solicitó al Hospital Regional atender la solicitud del familiar de la víctima para aplicar la Guía Técnica, la cual señala como una de las causales para evaluar la interrupción terapéutica del embarazo “cuando la gestante presente alguna patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente” (causal número 11)⁵⁹. Cabe precisar que, durante este proceso, la adolescente fue ingresada a un Centro de Atención Residencial a partir de la evaluación realizada por la Unidad de Protección Especial (UPE) del MIMP.

Sin embargo, mientras las instituciones sanitarias evaluaban dicha solicitud, la salud de la adolescente se vio gravemente afectada, requiriendo atención médica urgente, necesidad que no pudo ser atendida de forma inmediata al no lograrse el contacto con la directora de la UPE para la gestión del traslado al Hospital Regional.

Finalmente, como resultado de la intervención defensorial, que consistió en articular entre las entidades correspondientes (CAR y gobierno regional), se superó dicha dificultad y se concretó el internamiento de la adolescente en el establecimiento de salud requerido. Sin embargo, debido al transcurso del tiempo y las complicaciones en la salud de la adolescente debido a una infección urinaria, se generó un aborto espontáneo.

Como se puede advertir, este caso evidencia que, a pesar de las obligaciones de las entidades competentes en la atención de víctimas de violación sexual persisten diferentes limitaciones que impiden su cumplimiento. Al respecto, una sentencia importante a tener en cuenta es la del caso Espinoza González vs. Perú, en el cual la Corte IDH estableció que las víctimas de violación sexual tienen derecho a acceder de manera gratuita e inmediata a la atención física y psicológica que se requiera luego del hecho de violencia; es decir, se debe entregar de forma inmediata los anticonceptivos orales de emergencia (AOE), retrovirales, además de una evaluación integral de su salud física y mental⁶⁰.

Lo descrito en el presente caso evidencia también la falta de acceso a la información sobre los derechos que le asisten a la víctima y de los servicios sexuales y reproductivos que ofrece el establecimiento, así como la demora y barreras burocráticas, la continuidad de un embarazo forzado, la denegación y postergación del aborto, la no atención posterior al aborto; todos estos aspectos son formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante. Además, las consecuencias de la inobservancia de entrega oportuna del kit devinieron en una nueva afectación, que es el embarazo no deseado y todas las repercusiones físicas y mentales que ello acarrea, especialmente cuando se interrelacionan con factores distintos al género y edad, como son el aspecto socioeconómico, el lugar de origen (rural) y la situación de desprotección familiar, entre otros.

59 Aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA. Capítulo 6.1.

60 Corte IDH. Caso Espinoza González vs. Perú. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia 20 noviembre de 2015, Párrafo 251.

Ante dicha situación de violencia que implica otros casos similares a nivel nacional, la Defensoría del Pueblo consideró pertinente, en su oportunidad, emitir un pronunciamiento institucional exigiendo que se cumpla con el derecho a la evaluación integral, tanto física como mental, para determinar en caso de embarazo infantil, si este representa una afectación grave o genera un daño permanente a su salud⁶¹.

Es pertinente precisar que, en esa misma línea, ya se había pronunciado el Comité de Expertas del Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará. Dicho comité señaló que los hechos de violación sexual contra niñas generan, especialmente, una afectación a su derecho de vivir libres de violencia, derecho a crecer y ser educadas sin patrones estereotipados. De igual forma, indica que quienes no brindan las medidas adecuadas y efectivas contra las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual son responsables de la victimización y revictimización contra ellas⁶². Incluso, la no disponibilidad de bienes y servicios, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios⁶³.

61 Pronunciamiento de la Defensoría del Pueblo, de fecha 14 de octubre de 2020. Accesible en: <https://www.defensoria.gob.pe/el-estado-debe-garantizar-el-derecho-a-la-atencion-integral-de-la-salud-de-ninas-adolescentes-y-mujeres-victimas-de-violacion-sexual/>

62 Nota de prensa publicada el 10 de julio de 2020, consignada en el siguiente enlace: <https://mailchi.mp/dist/comit-de-expertas-expresa-preocupacin-por-casos-de-violencia-sexual-y-embarazo-en-nias-1116516?e=-20db86ccc3>. Revisado el 17 de julio del 2020.

63 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). Párrafo 14.

CAPÍTULO

2

MARCO NORMATIVO, PLANES, POLÍTICAS Y OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



2.1. Marco normativo internacional

En las últimas décadas se ha producido un importante reconocimiento internacional de la necesidad de abordar la problemática del aborto desde una perspectiva de derechos humanos, anclada en los compromisos internacionales asumidos por los Estados suscriptores de los tratados.

En el Perú, los tratados internacionales de derechos humanos tienen rango constitucional, por lo que los derechos que consagran son constitucionales⁶⁴. Asimismo, las libertades y los derechos reconocidos en la Constitución deben interpretarse de conformidad con los tratados internacionales de derechos humanos suscritos por el Estado peruano; lo que incluye una adhesión a la interpretación que, de los mismos, realizan los órganos supranacionales encargados de su seguimiento⁶⁵, como son las observaciones generales de los Comités de las Naciones Unidas encargados del seguimiento de los tratados en el Sistema Universal de Protección de los Derechos Humanos.

Asimismo, el Código de los Niños y Adolescentes en el artículo VII del Título Preliminar señala que en la interpretación y aplicación del presente Código se tendrán en cuenta los principios y las disposiciones de la Constitución Política del Perú, la Convención sobre los Derechos del Niño y de los demás convenios internacionales ratificados por el Perú.

2.1.1 Pactos internacionales

La Convención sobre los Derechos del Niño (1989), en sus artículos 6 y 19, reconoce el derecho de la niña y el niño a la vida, a la supervivencia, al desarrollo y a no ser objeto de ninguna forma de violencia, ya sea que se exprese como perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, respectivamente, consagrado también por el Comité de los Derechos del Niño⁶⁶.

Asimismo, en sus artículos 12 y 24, reconoce el derecho de toda niña y todo niño a expresar su opinión libremente en todos los asuntos que lo afectan, en función de su edad y madurez; y al disfrute del más alto nivel posible de salud y a acceder a servicios para el tratamiento y la rehabilitación de su salud.

Además, son especialmente relevantes los desarrollados del Comité de los Derechos del Niño a través de las siguientes observaciones generales⁶⁷ sobre un derecho en particular. Al respecto, resaltaremos los más pertinentes e importantes:

64 Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia en los Expedientes n.º 0025-2005-PI/TC y n.º 0026-2005-PI/TC, numerales 25 al 34.

65 Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia en el Expediente n.º 0217-2002-HC/TC, numeral 2.

66 Comité de los Derechos del Niño. Observación general n.º 13: Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia. Publicado el 18 de abril de 2011, párrafo 4.

67 Interpretación del organismo de supervisión del tratado acerca del contenido de un derecho o tema. 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 (OMS, 2012).

Tabla 1

OBSERVACIONES GENERALES DEL COMITÉ DE LOS DERECHOS DEL NIÑO

Observación general	Contenido
<p>Observación general n.º 4: La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño (2003)</p>	<p>[...] respetar estrictamente el derecho a la intimidad y la confidencialidad en el asesoramiento y las consultas sobre cuestiones de salud. Esa información solo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican a la confidencialidad de los adultos (párrafo 11).</p> <p>Al Comité le preocupa la elevada tasa de suicidios entre este grupo de edad. Los desequilibrios mentales y las enfermedades psicosociales son relativamente comunes. En muchos países están aumentando síntomas tales como la depresión. Es posible que estén relacionados con, entre otras causas, la violencia, los malos tratos, los abusos y los descuidos. Los Estados deberían proporcionarles todos los servicios necesarios (párrafo 22).</p> <p>[...] deben tener acceso a la información sobre el daño que puede causar un matrimonio y un embarazo precoces y las que estén embarazadas deberían tener acceso a los servicios de salud que sean adecuados a sus derechos y necesidades particulares [...] insta a los Estados Partes: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, los contraceptivos y las prácticas abortivas sin riesgo cuando el aborto no esté prohibido por la ley (párrafo 31).</p> <p>Antes de que los padres den su consentimiento, es necesario que los adolescentes tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y sean debidamente tenidas en cuenta (artículo 12). Si es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará a los padres de que se trata del “interés superior del niño” (párrafo 32).</p>
<p>Observación general n.º 12: El derecho del niño a ser escuchado</p>	<p>No basta con escuchar al niño; sus opiniones tienen que tomarse en consideración a partir de que es capaz de formarse un juicio propio. Estudios demuestran que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de la capacidad del niño para formarse una opinión, al margen de la edad biológica. Las opiniones del niño tienen que evaluarse caso por caso (párrafo 29). “Madurez” hace referencia a la capacidad de comprender y evaluar las consecuencias de un asunto, por lo que debe tomarse en consideración en cada niño (párrafo 31).</p> <p>El Comité celebra que algunos países hayan establecido una edad fija para el derecho al consentimiento del niño sin una evaluación profesional de su capacidad. Sin embargo, recomienda enérgicamente que los Estados garanticen que, cuando un niño menor de esa edad demuestre capacidad para expresar una opinión con conocimiento de causa sobre su tratamiento, se tome debidamente en cuenta esa opinión (párrafo 102).</p>

Observación general	Contenido
Observación general n.º 13: Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (2013)	La protección contra todas las formas de violencia debe considerarse no solo desde el punto de vista del derecho del niño a la vida y la supervivencia, sino también en relación con su derecho al desarrollo. El Comité espera que los Estados interpreten el término “desarrollo” en su sentido más amplio, como concepto holístico que abarca el desarrollo físico, mental, espiritual, moral, psicológico y social del niño. Las medidas de aplicación deben estar dirigidas a conseguir el desarrollo óptimo de todos los niños (párrafo 62).
Observación general n.º 14: Interés superior del niño como interés primordial	Sin embargo, el principio de precaución exige valorar la posibilidad de riesgos y daños futuros y otras consecuencias de la decisión en la seguridad del niño (párrafo 54). f) El derecho del niño a la salud, se deben sopesar las ventajas de todos los tratamientos posibles frente a los posibles riesgos y efectos secundarios, y también la opinión del niño en función a su edad y madurez, proporcionándole información adecuada y apropiada para que entienda la situación y todos los aspectos pertinentes, y permitirle dar su consentimiento fundamentado (párrafo 84).
Observación general n.º 20: Sobre la efectividad de los derechos de los adolescentes	Las oportunidades positivas y de apoyo durante la adolescencia pueden contrarrestar algunas consecuencias de los daños sufridos en la primera infancia, y generar resiliencia para mitigar daños futuros. El Comité subraya la importancia de la perspectiva del curso de vida (párrafo 11). Reconocer el derecho a asentir y denegar consentimiento que asiste al niño que, sin haber alcanzado la edad mínima, muestre discernimiento suficiente. Las intervenciones y los tratamientos médicos deben contar con el consentimiento voluntario e informado del adolescente, con independencia del que se exija al progenitor o representante (párrafo 39).

Fuente: Observaciones generales-Comité Derechos del Niño
Elaboración: Defensoría del Pueblo

La Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979), en sus artículos 1 y 12.1, se refiere a la prohibición de menoscabar o anular el goce y ejercicio por parte de las mujeres de su derecho a la salud sexual y reproductiva.

La CEDAW, en su Recomendación general n.º 35, sobre la violencia de género contra la mujer, que actualiza la Recomendación general n.º 19, en su párrafo 18 señala que son violaciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, las siguientes: la esterilización forzada; el aborto forzado; el embarazo forzado; la tipificación como delito del aborto; la denegación o la postergación del aborto sin riesgo y la atención posterior al aborto; la continuación forzada del embarazo, el abuso y el maltrato de las mujeres y las niñas que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales y reproductivos; todas ellas, formas de violencia por razón de género que, según las circunstancias, pueden constituir tortura o trato cruel, inhumano o degradante.

El **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos** (1966), en su artículo 17, alude al derecho a la intimidad, el que se vulnera cuando hay una ilegítima injerencia del Estado en la decisión de acceder a un aborto legal. En su artículo 24, inciso 1, establece que la vida de niñas, niños y adolescentes tiene una protección especial; por ello, se deben tomar “las medidas de protección que su condición de menor requiere, tanto por parte de su familia como de la sociedad y del Estado. Al adoptar medidas especiales de protección, los Estados parte deben guiarse por el interés superior del niño, y por la necesidad de asegurar la supervivencia y el desarrollo de todos los niños y su bienestar” (Comité de Derechos Humanos, 2019).

El **Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales**, a pesar de que en su Recomendación n.º 14 sobre el derecho a la salud abordó, en parte, la cuestión de la salud sexual y reproductiva, habida cuenta de que continuaban las graves violaciones a este derecho, formuló una observación general propia de ese campo; la Observación general n.º 22 (2016), relativa a la salud sexual y reproductiva, según la cual señala que el derecho a la salud sexual y reproductiva forma parte integrante del derecho de todos al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. De conformidad con la observación general núm. 14 del Comité, una atención integral de la salud sexual y reproductiva abarca los cuatro elementos interrelacionados y esenciales que se indican a continuación⁶⁸:

68 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general núm. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

Tabla 2

ELEMENTOS RELATIVOS A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Disponibilidad	Accesibilidad:	Aceptabilidad:	Calidad:
<p>Debe disponerse de un número adecuado de establecimientos, servicios, bienes y programas en funcionamiento.</p> <p>Velar por que haya personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados.</p> <p>Se debe disponer también de medicamentos esenciales (métodos anticonceptivos, medicamentos para la asistencia en casos de aborto y postaborto y el tratamiento de las ITS y el VIH.</p> <p>La no disponibilidad de bienes y servicios debido a políticas o prácticas basadas en la ideología, como la objeción a prestar servicios por motivos de conciencia, no debe ser un obstáculo para el acceso a los servicios.</p>	<p>Comprende la accesibilidad sin discriminación, accesibilidad geográfica y económica, a la información específica y necesaria para decidir sobre el aborto sin riesgo y la asistencia posterior.</p> <p>La accesibilidad a la información no debe menoscabar el derecho a que los datos y la información personales relativos a la salud sean tratados con carácter privado y confidencial (párrafo 19).</p>	<p>Los servicios deben brindarse con respeto por las preferencias, condiciones y situación específica de cada niña o adolescente que lo requiere, según su cultura, género, etc. Sin embargo, ello no se puede utilizar para justificar la negativa a proporcionar establecimientos, bienes, información y servicios adaptados a grupos específicos.</p>	<p>Los servicios deben estar adecuados con la base empírica más actualizada desde el punto de vista científico y médico, y deben ser prestados por personal capacitado para incorporar las innovaciones técnicas y tecnológicas.</p> <p>El hecho de no incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como los medicamentos en relación con el aborto, la asistencia médica para la procreación y los avances en el tratamiento del VIH y el sida, pone en peligro la calidad de la atención.</p>

Fuente: Observación general 22- El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
Elaboración: Defensoría del Pueblo

2.1.2. Declaraciones internacionales:

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo, realizada en 1994, los Estados partes acordaron 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. Se debería ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (párrafo 8.25).

En la Plataforma de Acción de Beijing de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en 1995, los Estados acordaron 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. Se debe considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos” (párrafo 106, letra k).

2.1.3. Recomendaciones de los Comités Monitores formuladas al Estado peruano

A pesar de los avances, en los últimos años se ha hecho cada vez más frecuente tomar conocimiento público de casos de niñas en situación de embarazo forzado que conocieron tardíamente su situación o que, a pesar de una solicitud temprana, no lograron acceder a evaluación integral y de ser necesario el aborto terapéutico. Todo ello ha generado un conjunto de recomendaciones específicas⁶⁹ al Estado peruano para que revise su legislación sobre la penalización del aborto en los casos de violación, con especial preocupación en el caso de las niñas.

Tabla 3

RECOMENDACIONES FORMULADAS AL ESTADO PERUANO

Comité	Contenido de la recomendación
Comité contra la tortura. Examen al séptimo informe periódico del Perú, 29 de noviembre de 2018.	El Estado debería revisar su legislación a fin de extender la legalización de la interrupción voluntaria del embarazo a los casos de violación, incesto y malformación fetal severa; no criminalizar la atención médica de los profesionales de la salud a las mujeres que la requieren como consecuencia de afecciones por abortos clandestinos (párrafo 41).

69 Después de la presentación del informe de un Estado y tras un diálogo constructivo con el Estado que forma parte del convenio en particular, los organismos de supervisión de un tratado emiten sus observaciones finales al Estado que presentó el informe, y estas se compilan en un informe anual que se envía a la Asamblea General de las Naciones Unidas (OMS, 2012).

Comité	Contenido de la recomendación
<p>Comité de los Derechos del Niño. Informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú, 29 de enero de 2016.</p>	<p>Despenalice el aborto en todas las circunstancias, garantice el acceso de las niñas a servicios de aborto sin peligro y dé atención post aborto por lo menos en los casos de violación, incesto y graves malformaciones del feto y en los casos de riesgo para la vida y la salud de la madre, y proporcione claras orientaciones a los profesionales de la salud e información a los adolescentes sobre el aborto sin peligro y atención post aborto. Las opiniones de las niñas embarazadas deben ser siempre escuchadas y respetadas en relación con las decisiones que se adopten sobre el aborto (párrafo 56.b).</p> <p>Refuerce las medidas adoptadas para luchar contra el abandono escolar y elevar la tasa de finalización de la enseñanza secundaria, en especial los niños de zonas rurales, indígenas y afroperuanos, niñas embarazadas y madres adolescentes (párrafo 62.e).</p>
<p>Comité CEDAW. Examen a los informes periódicos séptimo y octavo combinados del Perú, en sus sesiones celebradas el 1 de julio de 2014⁷⁰.</p>	<p>Agilizar y supervisar la aplicación de los fallos de tribunales internacionales y regionales y las opiniones de los órganos de tratados en L. C. c. Perú y K. L. c. Perú.</p> <p>a) Haga extensiva la legalización del aborto a los casos de violación, incesto o malformación fetal severa; [...] c) Elimine las medidas punitivas contra las mujeres que abortan, armonizar la Ley General de Salud y el Código de Procedimiento Penal con el derecho constitucional a la intimidad; d) Se asegure que la objeción de conciencia por los profesionales de la salud no impida el acceso efectivo de las mujeres a los servicios de salud reproductiva, el aborto y la atención posterior; e) Garantice el acceso a servicios de planificación familiar, en las zonas rurales, y adopte todas las medidas necesarias para distribuir gratuitamente AOE en el sistema de salud pública, en particular a las mujeres y niñas víctimas de abusos sexuales; f) Desarrolle la capacidad del personal médico en relación con el derecho a la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con miras a garantizar una prestación adecuada de servicios de salud a las mujeres y niñas; g) Divulgue información sobre las directrices técnicas del aborto terapéutico entre el personal de salud y vele porque se dé una interpretación amplia al derecho a la salud física, mental y social (párrafo 36).</p>

70 Para revisar dicho documento, acceder al siguiente enlace: <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/034b-4d0040c8d2fdbb0ffb5aea5bb8b7/Observaciones+ finales+ sobre+ los+ informes+ periodicos+ 7%C2%B0+y+8%-C2%B0del+Per%C3%BA.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=034b4d0040c8d2fdbb0ffb5aea5bb8b7>. Revisado el 19 de abril de 2021

Comité	Contenido de la recomendación
<p>Comité de Derechos Humanos (CCPR). 107° sesión, 11 al 28 de marzo de 2013. Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú⁷¹.</p>	<p>El Comité, recordando sus anteriores observaciones finales (párrafo 20), expresa su preocupación por el alto porcentaje de muertes maternas relacionadas con el aborto; el hecho de que el aborto por violación o incesto sigue siendo criminalizado [...].</p> <p>El Comité también está preocupado por las altas tasas de mortalidad materna en las zonas rurales y de los embarazos adolescentes (arts. 2, 3, 6, 17 y 26)". El Comité recomienda al Estado parte que: [...] c) Redoble sus esfuerzos para reducir el embarazo adolescente y la mortalidad materna, en particular en las zonas rurales, y asegurar que los servicios de salud sexual y reproductiva, las cuales incluyen los anticonceptivos orales de emergencia, sean accesibles en todas las regiones del país [...].</p>
<p>Segundo Examen Periódico Universal (2012)⁷²</p>	<p>[...] Proseguir los esfuerzos para reducir la mortalidad materna e infantil (49); b) velar por el acceso de las mujeres a la atención de la salud y mejorar los servicios de salud reproductiva, c) garantizar el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva; d) adoptar el enfoque estratégico de la OMS para fortalecer políticas y programas de salud sexual y reproductiva; e) adoptar y aplicar un protocolo nacional para garantizar la igualdad de acceso de las mujeres y niñas al aborto terapéutico como uno de los servicios de salud sexual y reproductiva; f) adoptar las medidas necesarias para informar a las mujeres y las niñas sobre sus derechos relacionados con el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la posibilidad de abortar prevista por la legislación nacional.</p>
<p>Mecanismo de Seguimiento a la Convención Belem do Pará (MESECVI) a Perú, marzo de 2012.</p>	<p>Entre las trabas al ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos se encuentra la criminalización a la interrupción del embarazo en caso de violación. Recomendamos continuar buscando los consensos necesarios para asegurar la despenalización del aborto en caso de violación.</p>

Fuente: Recomendaciones de los Comités Monitores de DD. HH.
Elaboración: Defensoría del Pueblo

71 Comité de Derechos Humanos. Observaciones finales sobre el quinto informe periódico del Perú, aprobadas por el Comité en su 107° PS (11 a 28 de marzo de 2013, del 29 de abril de 2013) (CCPR/C/PER/CO/5), párr. 8 y 14.

72 Consejo de Derechos Humanos. Informe del Grupo de Trabajo sobre el Examen Periódico Universal, del 27 de diciembre de 2012.

2.1.4. Jurisprudencia internacional

K.LI. contra Perú ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas

A la adolescente KLI. (17 años), se le diagnosticó un embarazo de feto anancefálico⁷³. El hospital Arzobispo Loayza rechazó la solicitud de aborto terapéutico, obligándola a llevar a término el embarazo y a dar de lactar.

El Comité encontró responsable al Estado peruano de violar el artículo 17° del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), al interferir arbitrariamente en la vida privada, al negarse a actuar conforme a la decisión de abortar de la adolescente; violó el artículo 24°, referido al derecho a una atención especial en tanto se trataba de una menor de edad, no le brindó apoyo médico ni psicológico; violó el artículo 2°, sobre el derecho a un recurso efectivo, al no garantizarle un recurso adecuado para oponerse a la decisión del Estado de no proveerle el servicio.

L. C. contra Perú ante el Comité CEDAW (17 de octubre de 2011)⁷⁴

L. C. es una niña que fue violentada sexualmente desde los 11 años por un vecino, a los 13 años quedó embarazada. Cuando descubrió que estaba embarazada, intentó suicidarse, arrojándose desde el techo de una casa vecina, acción que le produjo una lesión severa en la columna. Los médicos del hospital Daniel Alcides Carrión que atendieron a la niña, 42 días después, rechazaron la petición de aborto por considerarse que L. C. no corría peligro y se negaron a realizarle una cirugía que probablemente hubiera mejorado sus secuelas, porque esta exigía la previa interrupción del embarazo. Ello pese a que en el Perú se permite el aborto en casos en que la vida y la salud de la mujer gestante estén en peligro. Tiempo después, L. C. sufrió un aborto espontáneo y, como resultado de la demora de los médicos en practicarle la intervención, quedó cuadripléjica.

El Comité CEDAW señaló que la conducta de los médicos constituyó una violación de los artículos 5 (modificación de estereotipos de género) y 12 (derecho a la salud) de la Convención. El artículo 5 se sustenta al estimar que la decisión de los médicos de aplazar la intervención quirúrgica a L. C., por causa de su embarazo, estuvo influenciada por el estereotipo de que la protección del feto debe prevalecer sobre la salud de la mujer. De esa manera, se priorizó el rol materno frente a la salud física y mental de la niña. Asimismo, refirió que el Estado peruano incurrió en discriminación contra L. C. al negarse a practicarle un aborto terapéutico, servicio de salud reproductiva que hace parte del contenido del derecho a la salud. Con ello, se configuró la violación

73 La anencefalia, es una grave malformación congénita con ausencia del cerebro, falta de la calota craneana, de cuero cabelludo y generalmente se asocia con compromiso de otros órganos de la economía fetal. Esta malformación aparece entre los 24 y 26 días después de la fecundación por un defecto del cierre del tubo neural y es incompatible con la vida. En: Luis Távara O. Por qué la anencefalia debe justificar el aborto terapéutico. Lima: Promsex, 2006.

74 Documento: Una niña en búsqueda de Justicia reproductiva, elaborado por Promsex. Para revisar el documento, acceder al siguiente enlace: <https://incidenciainternacional.promsex.org/wp-content/uploads/CasoLC-1.pdf>

al artículo 12 de la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

Además, violó los artículos 2 c) y f) (medidas de política) y 3 (garantías de los derechos humanos y libertades fundamentales) de la Convención. El Comité recordó que el Estado peruano está obligado a adoptar todas las medidas adecuadas, incluso de carácter legislativo, para modificar o derogar leyes existentes que constituyan discriminación contra la mujer. El Comité observó la ausencia de regulaciones legislativas y reglamentarias de acceso al aborto terapéutico en el Estado parte. Consideró que, al haber legalizado el aborto terapéutico, el Perú debe establecer un marco jurídico apropiado que permita a las mujeres disfrutar de su derecho a este procedimiento en condiciones que garanticen su salud, vida y la necesaria seguridad jurídica, tanto para ellas como usuarias, como para los profesionales de la salud que deben realizarlo.

Como garantía de no repetición, recomendó revisar la legislación con el fin de establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico en condiciones que protejan la salud física y mental de las mujeres e impidan que en el futuro se produzcan violaciones similares. Asimismo, dispuso que el Perú revise su legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo tenga como causa una violación o un abuso sexual. También, determinó establecer programas de enseñanza y formación para impulsar a los profesionales de la salud a cambiar sus actitudes y comportamientos en relación con las adolescentes que desean recibir servicios de salud reproductiva, y responder a las necesidades específicas de atención de la salud relacionadas con la violencia sexual.

Niña Mainumby contra Paraguay en la Medida Cautelar 178/15, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (8 de junio de 2015)

Se trata de una niña de 10 años, abusada sexualmente desde los 8 años. A los 10 años se detecta un embarazo producto de los abusos sexuales reiterados de su padrastro, lo que es denunciado por la madre. La niña es retenida en el hospital y requiere una intervención urgente por la posibilidad de sufrir daños irreparables; la madre ha sido encarcelada por supuesto incumplimiento del deber de cuidado y abuso sexual en niños en grado de complicidad, pues a pesar de haber denunciado los hechos cuando la niña tenía 8 años, la causa fue desestimada y ella siguió viviendo con el agresor. Las organizaciones solicitantes exigen que el Estado entregue toda la información relativa a los riesgos de continuar con el embarazo y la atención médica necesaria, incluyendo la posibilidad del acceso a un aborto para proteger su derecho a la vida, la salud y la integridad física y psíquica, a corto como a largo plazo.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos solicitó al Estado de Paraguay:

- Proteja la vida e integridad personal de la niña, a fin de garantizar que tenga acceso a un tratamiento médico adecuado a su situación y recomendado por especialistas, a la luz de los lineamientos técnicos de la OMS y otras fuentes similares aplicables en materia de salud sexual y reproductiva de las niñas, donde estén aseguradas todas las opciones disponibles;

- Asegurar que los derechos de la niña estén oportunamente representados y garantizados en todas las decisiones en materia de salud que la afecten, incluido el derecho de la niña a ser informada y a participar en las decisiones que comprometan a su salud en función de su edad y madurez.
- Adoptar todas las medidas que sean necesarias para que la niña cuente con todos los apoyos técnicos y familiares que se requieran para proteger de modo integral sus derechos.

P. G y otras contra Ecuador ante la Corte Interamericana de Derechos Humanos (24 de junio de 2020)⁷⁵

Paola fue una adolescente ecuatoriana que se suicidó ingiriendo pastillas de fósforo blanco al enterarse de su embarazo, producto del abuso sexual que sufrió durante años a manos del vicerrector de su colegio como condición para que él la ayudara a pasar el año escolar.

Cuando comunicó de su embarazo al vicerrector, este le indicó que debía practicarse un aborto en el servicio médico del colegio, allí fue nuevamente víctima de violencia sexual pues el médico le condicionó el procedimiento a cambio de sexo.

Este caso pone en evidencia la interdependencia de los derechos humanos, pero no solo para su realización, sino también para su vulneración, de forma tal que distintas violaciones a los derechos humanos implicados en la violencia sexual se relacionan y potencian, de modo que cada una se generó a partir de otras o es resultado de ellas mismas (párrafo 107).

Sobre el impacto diferenciado y la afectación a la salud mental, sufrimiento y dolor que la violencia sexual ocasiona en las niñas, la Corte ha señalado que “[...] el ‘impacto’ de la ‘violencia sexual’ en ‘las niñas, niños y adolescentes víctimas’, puede ‘verse severamente agravado, por lo que podrían sufrir un trauma emocional diferenciado de los adultos, y un impacto sumamente profundo, en particular cuando el agresor mantiene un vínculo de confianza y autoridad con la víctima’” (párrafo 141). El sufrimiento de Paola se hizo patente a partir de su suicidio (párrafo 151).

El punto fundamental es que la Corte ha señalado que no son admisibles los enfoques restrictivos del derecho a la vida, dado su carácter fundamental y necesario para el ejercicio de los demás derechos humanos, y abarca el derecho a una vida digna; es decir, no solo “comprende el derecho de todo ser humano de no ser privado de la vida arbitrariamente, sino también el derecho a que no se le impida el acceso a las condiciones que le garanticen una existencia digna”, conforme ya lo ha desarrollado el Comité de Derechos Humanos en su Observación general n.º 36, artículo 6 sobre el derecho a la vida (párrafo 155)⁷⁶.

75 Puede acceder a la sentencia desde el siguiente enlace: https://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_405_esp.pdf

76 Doc. CCPR/C/GC/36, párr. 3: “el derecho a la vida no se debería interpretar en sentido restrictivo; es el derecho a no ser objeto de acciones u omisiones que causen o puedan causar una muerte no natural o prematura y a disfrutar de una vida digna”. La obligación de proteger la vida también implica que los estados deberían adoptar medidas adecuadas para abordar las condiciones generales en la sociedad que puedan suponer amenazas

Por otra parte, el Comité de Derechos Humanos ha señalado que el “deber de proteger la vida” implica la adopción de “medidas especiales de protección” respecto de “personas en situaciones de vulnerabilidad” que corran un “riesgo particular” por “patrones de violencia preexistentes”, como las víctimas de la “violencia de género”, especialmente niñas y niños. Expresó, además, que deberían adoptar “medidas adecuadas” para “evitar el suicidio, en especial entre quienes se encuentren en situaciones particularmente vulnerables”. La obligación de proteger a niñas y niños contra la violencia abarca las “autolesiones”, que incluye las “lesiones autoinfligidas, pensamientos suicidas, intentos de suicidio y suicidio” (párrafo 156).

La situación de violencia sexual implicó una afectación al derecho de P.G.A a una existencia de vida digna, que se vio estrechamente ligada al suicidio que cometió (párrafo 157).

Camila contra Perú ante el Comité de los Derechos del Niño (2020)

Camila (nombre de seudónimo), vivía en una zona rural del Perú junto a su padre, un campesino y su madre, una persona quechuahablante con una discapacidad severa. Cuando tenía 13 años, su padre abusó sexualmente de ella y quedó embarazada. Ante las autoridades policiales, Camila reveló que era abusada desde hacía 4 años. La fiscalía ordenó la detención preliminar y en mayo de 2019 fue sentenciado a cadena perpetua.

Preocupada por la salud de Camila, su madre solicitó la interrupción del embarazo. De acuerdo con la guía de atención, la respuesta debió llegar en 6 días como máximo, sin embargo, el hospital nunca le informó sobre la posibilidad de practicar un aborto terapéutico, cuyo procedimiento es legal para proteger la salud de las mujeres y niñas, ni dio respuesta a la solicitud que su madre presentó. Inclusive, condicionó el servicio a la presentación de un informe médico y de una ecografía, exámenes que debieron realizarse en el mismo hospital. A las 13 semanas de gestación, después de fuertes dolores, Camila tuvo una pérdida espontánea.

Días después, una enfermera del centro de salud del pueblo donde vivía fue a visitarla en reiteradas ocasiones a su domicilio, acompañada de un efectivo policial, para forzarla a seguir sus controles prenatales. Este hecho aumentó la presión social sobre Camila, ya que vecinos de su comunidad preguntaban por lo sucedido y realizaban comentarios humillantes sobre su comportamiento.

Luego del aborto espontáneo sufrido por Camila, la representante del Ministerio Público tomó conocimiento de lo sucedido y, basándose en la entrevista que se le hizo a la niña meses antes, en la que dijo que no quería tener al niño, decidió denunciarla por el delito de “autoaborto”. Se le consideró “adolescente infractora” y se ordenaron diligencias revictimizantes por el sistema de salud y

directas a la vida o impedir a las personas disfrutar con dignidad de su derecho a la vida. Esas condiciones generales pueden incluir unos elevados niveles de violencia armada y delictiva, accidentes de tráfico y de trabajo generalizados, la degradación del medio ambiente, la privación de tierras y recursos de los pueblos indígenas, la prevalencia de enfermedades que ponen en riesgo la vida, como el sida, la tuberculosis, el extenso uso indebido de sustancias, el hambre y la malnutrición generalizadas, así como la pobreza extrema y la falta de hogar. Publicado el 3 de septiembre de 2019.

justicia. A pesar de que el agresor había reconocido su responsabilidad, Camila pasó de víctima a victimaria, siendo ella la investigada por supuestamente cometer una infracción a la ley penal. Dicha decisión fue apelada por la defensa legal de Camila y casi un año después el recurso fue resuelto en favor suyo.

Finalmente, el caso llegó al Comité de los Derechos del Niño de la ONU en aras que el Estado peruano fortalezca el sistema de protección integral de niñas, niños y adolescentes, las políticas públicas para la prevención de la violencia sexual y el programa de Educación Sexual Integral; asimismo, genere los mecanismos necesarios para garantizar el acceso al aborto terapéutico a las niñas, tomando en cuenta los riesgos específicos que un embarazo implica para ellas. La información del proceso hasta el momento es reservada.

2.2. Marco Normativo Nacional

2.2.1. Constitución Política de 1993

La Constitución Política del Perú señala en su artículo 1, que la defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad son el fin supremo de la sociedad y del Estado. La dignidad ha sido interpretada por el Tribunal Constitucional como un principio-derecho constitutivo de los derechos fundamentales que la Constitución reconoce⁷⁷, por lo que “el Estado no solo actuará respetando la autonomía del individuo y los derechos fundamentales como límites para su intervención -obligaciones de no hacer-, sino que deberá proporcionar, a su vez, los cauces mínimos para que el propio individuo pueda lograr el desarrollo de su personalidad y la libre elección de sus planes de vida -obligaciones de hacer-”⁷⁸. En ese sentido, no se puede omitir que la mujer es un ser humano plenamente digno y, por lo tanto, debe tratarse como tal y no como un instrumento de reproducción de la especie humana.

Asimismo, como se mencionó líneas arriba, la salud mental es un componente integral y esencial de la salud, siendo que «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.»⁷⁹. En ese sentido, cuando hablamos de derecho a la salud integral, debemos entender a la salud física como mental.

En esa línea, el artículo 7 señala que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, habiendo reconocido el Tribunal Constitucional que existe una estrecha y mutua relación entre los derechos humanos y la salud mental, en la medida que la persona cuya salud mental se encuentra menoscabada no está en condiciones de demandar sus derechos y tampoco de

77 Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del Expediente n.º 0044-2004-AI, numeral 32.

78 Tribunal Constitucional del Perú. Sentencia del Expediente n.º 2016-2004-AA7TC, numeral 19.

79 La Constitución de la Organización Mundial de la Salud fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946. Puede revisar el documento completo a través del siguiente link: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

disfrutarlos. Al mismo tiempo, una persona que vive situaciones de vulneración de sus derechos (a la vida, a la integridad, la libertad, el libre tránsito, etc.) no puede experimentar el bienestar anímico, por lo que la salud mental es *indispensable para la vida digna*⁸⁰.

2.2.2. Código de los Niños y Adolescentes

El artículo 21 reconoce que el niño y el adolescente tienen derecho a la **atención integral de su salud**, mediante la ejecución de políticas que permitan su desarrollo físico e intelectual en condiciones adecuadas. Corresponde al Estado, con la colaboración y el concurso de la sociedad civil, desarrollar los programas necesarios para reducir la mortalidad y prevenir las enfermedades; educar a la familia en las prácticas de higiene y saneamiento; y combatir la malnutrición, otorgando prioridad en estos programas al niño y al adolescente en circunstancias especialmente difíciles y a la adolescente-madre durante los periodos de gestación y lactancia. Así también, el artículo 38° reconoce su derecho a acceder a la atención integral mediante programas que promuevan su recuperación física y psicológica para niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

2.2.3. Tratamiento del aborto terapéutico en el Código Penal de 1991

El Código Penal vigente de 1991 penaliza todos los abortos, con excepción del terapéutico, modalidad que corresponde al aborto por causales. El artículo 119 establece que: *No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.*

Como se observa del texto del artículo 119, se trata de un aborto que debe ser practicado por un médico o médica, con el consentimiento de la mujer gestante o su representante legal, si correspondiera o estuviera impedida de hacerlo, con excepción de las intervenciones de emergencia o las realizadas para evitar un daño irreparable. Debe quedar claro que es la mujer gestante quien tiene la titularidad para decidir el riesgo sobre la interrupción del embarazo, ya que la vida y/o la salud que podrían afectarse, de continuar con el proceso de gestación, son precisamente las de ella. Por último, la norma exige que la interrupción del embarazo sea el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave y permanente. Ello no significa que la gestante esté en inminente peligro de muerte, **es suficiente con que exista el riesgo de daño para su vida o salud** (Dador, 2009). Asimismo, el artículo en mención no establece un plazo límite de gestación para interrumpir la gestación, ya que por diferentes circunstancias la interrupción del embarazo representa el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave o permanente sin limitar a plazo alguno.

80 Tribunal Constitucional Sala Primera. Sentencia del Expediente n.º 05408- 2007-PHC/TC F.J.6 en el párrafo 6 del Fundamento. En: <http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2008/05408-2007-HC.html>

2.2.4. 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA⁸¹.

La *Guía técnica* no considera que las niñas tienen una fisiología, biología y anatomía diferente a la de mujeres adultas y carece de un capítulo específico para el tratamiento de las niñas y adolescentes en situación de embarazo forzado. Ello representa un factor que impide evaluar oportunamente por los establecimientos de salud cada caso y determinar si califica para un aborto terapéutico, a lo que se suman las reiteradas dificultades en cuanto la incertidumbre frente a las respuestas diferentes del funcionariado, la lentitud o burocracia de los procesos administrativos médicos, entre otros.

Al respecto, la CIDH señala su preocupación de que, a pesar de los casos en que las niñas y las adolescentes tienen garantizado legalmente el acceso a la interrupción del embarazo según las disposiciones previstas (en nuestro caso, por disposición terapéutica), persisten barreras importantes, en muchos casos fundadas en estereotipos de género, para el acceso a un aborto legal y seguro. Por ejemplo, ante la ausencia de protocolos médicos claros y adecuados, como la Guía Técnica mencionada, los retrasos temporales en la tramitación de solicitudes o dictámenes médicos, y, en algunos casos, la exigencia de la presencia o la autorización de los progenitores para proporcionar este tipo de información, bienes y servicios, debido a su edad⁸².

Ahora bien, la Guía establece de manera expresa diez patologías y una cláusula abierta, en las que procede el aborto terapéutico:

- Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical (no requiere junta médica)
- Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno (no requiere junta médica)
- Hiperémesis 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
- Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco

81 Aprobada el 28 de junio del 2014. Para acceder a la norma, ingrese al siguiente enlace: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-guia-tecnica-nacional-para-la-estandarizacion-d-rm-n-486-2014minsa-1103581-1>

82 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Párrafo 261. Publicado el 22 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>.

- 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, 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**

La última de estas causales, *cualquier otra patología materna*, constituye una cláusula abierta aplicable a las distintas situaciones que pueden constituir riesgo para la salud física, mental o social de la gestante; considerando que la salud es integral y que sus distintas dimensiones (física, psicológica y social) no están jerarquizadas, por lo que la puesta en peligro de cualquiera de estas dimensiones podría calificar para un aborto terapéutico. Por ejemplo, la violación sexual a una niña de 10 años, seguida de un embarazo, podría calificar para una interrupción terapéutica debido al riesgo de grave afectación de su salud mental o de su salud física; incluso, debido al riesgo de vida ante la posibilidad del suicidio.

El procedimiento establecido en la Guía señala que la interrupción del embarazo se realiza en un establecimiento del nivel II-1 y II-E, en un plazo máximo de 6 días calendarios desde la solicitud a la dirección del establecimiento de salud, previa evaluación de una junta médica, conformada por tres médicas/os. Si la junta médica concluye que no es recomendable el aborto, se puede solicitar una segunda evaluación a cargo de una nueva junta médica. A lo largo de todo el proceso se informa y se da orientación centrada en las necesidades de las mujeres.

Según el Anexo 5 de la Guía Técnica (Puede ubicarlo como anexo 3), el procedimiento para la interrupción del embarazo consiste en una serie de pasos:

- Médica/o tratante, que mediante la atención detecte una situación de riesgo para la salud o vida de la gestante, le informará sobre diagnóstico, pronóstico, riesgos graves y tratamientos.
- A pedido de la gestante o su representante solicita por escrito a la/el médica/o tratante la interrupción, la/el médica/o tratante cursa solicitud escrita a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia.
- La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia recibe la solicitud y en la fecha, convoca a la junta médica (tres médicas/os): un ginecólogo y dos médicos cirujanos, de preferencia un especialista o relacionado con la patología. Puede reexaminar a la paciente y solicitar exámenes adicionales, con cuidado de no exceder el plazo.

- La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia informará por escrito el resultado del procedimiento.
- El tiempo desde que la gestante solicitó formalmente, hasta que se inicie no debe exceder de seis (06) días calendarios.
- Si la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia no convoca a la junta médica, la/el médica/o tratante informará a la Dirección General, quien constituye nueva junta médica en un plazo no mayor de 24 horas, sin perjuicio de las responsabilidades.
- Si la junta médica declara procedente, informa al médico tratante dentro de las 48 horas. Se solicita el consentimiento escrito de la gestante.
- La Dirección Médica designa a un/a médica/o para el procedimiento, quien informa a la gestante o a su representante, de manera completa y detallada, sobre lo siguiente: diagnóstico, procedimiento, riesgos en caso de someterse o no, alternativas del procedimiento, entre otros.
- La gestante expresa su decisión. Coloca su número de DNI y firma los formularios de consentimiento informado y de autorización del procedimiento.

Al respecto, sobre la conformación de una junta médica para procedimientos específicos, el reglamento de la ley para la consideración primordial del interés superior del niño⁸³ señala que la junta médica debe informarles (a las niñas) sobre las opciones disponibles, riesgos y efectos secundarios, y tener en cuenta su opinión según su edad y madurez. Asimismo, de acuerdo con el artículo 14, las/os operadores de salud deben recabar la autorización de la madre, padre, responsable o tutor/a para realizar pruebas, diagnósticos, procedimientos e intervenciones de salud.

En caso no se otorgue el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña, o adolescente, en **aplicación del interés superior del niño, se puede prescindir de la autorización**. Asimismo, de acuerdo con el artículo 17, el sector salud asegura el acceso a la información y garantiza a las niñas y las adolescentes víctimas de violencia sexual el servicio diferenciado para la atención integral de su salud, principalmente de su salud sexual y reproductiva, las pruebas rápidas, pruebas de tamizaje invasivo, entre otras; todo ello, sin que medie la necesidad de autorización de la madre, padre o de la persona que asuma el cuidado de la niña o la adolescente para los procedimientos en favor de su interés superior.

- La gestante puede cambiar su decisión en cualquier momento, desistiéndose del procedimiento, sin acarrear sanciones.
- El procedimiento se realiza dentro de las 24 horas.
- Se informa por escrito de los resultados a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia y a la Dirección General del establecimiento de salud.

83 Reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, Decreto Supremo n.º 002-2018-MIMP.

- Si la junta médica concluye que no es recomendable interrumpir el embarazo, la gestante puede solicitar la conformación de una nueva junta médica.

En este último caso, deberá respetarse el derecho a la debida motivación o principio de debida motivación, que forma parte del principio de debido procedimiento, requisito de validez del acto administrativo y que alude a la obligatoriedad de que la autoridad manifieste de manera expresa las razones que motivan su decisión, *tanto respecto de los hechos como de la interpretación de las normas o el razonamiento realizado por funcionario o colegiado*.

Sobre este mismo punto, el Tribunal Constitucional manifiesta que *la motivación debe otorgar seguridad jurídica al administrado y permitir al revisor apreciar la certeza jurídica de la autoridad que decide el procedimiento; [...] alcanza especial relevancia cuando en las mismas se contienen sanciones*⁸⁴; y en la Guía Práctica sobre la actividad probatoria en los procedimientos administrativos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos se señala que la motivación tiene como una de sus funciones generar parámetros mínimos que la autoridad debe seguir, lo que permite a las partes controlar si la autoridad ha analizado y evaluado sus argumentos, y si realizó una valoración de las pruebas ofrecidas⁸⁵.

En caso de emergencia, estando en riesgo la vida de la gestante, corresponde al jefe de guardia de emergencia convocar de inmediato, bajo responsabilidad, a una junta médica y tomar las acciones necesarias para evitar la muerte de la gestante o daño en su salud.

84 Sentencia del Tribunal Constitucional emitida en el Expediente N° 2192-2004-AA/TC. Fundamentos N° 9 y 10, citado en la Resolución de Sala Plena N° 003-2020-SERVIR/TSC que es considerado precedente administrativo vinculante.

85 Guía práctica actividad probatoria procedimientos administrativos. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1526156/Gu%C3%ADa%20pr%C3%A1ctica%20actividad%20probatoria%20procedimientos%20administrativos.pdf> e) .

Tabla 4
RECURSOS NECESARIOS PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA POR INDICACIÓN TERAPÉUTICA

Recursos Humanos	Infraestructura	Equipos	Medicamentos e insumos
<p>Médicas/os gineco-obstetras o cirujanas/os especialistas o relacionados con la patología de la gestante, y profesionales médicos asistenciales</p> <p>Profesional obstetra con experiencia en orientación/consejería en salud sexual y salud reproductiva</p> <p>Profesionales y técnicos de salud, según competencias</p>	<p>Consultorios externos</p> <p>Ambiente de consejería</p> <p>Sala de hospitalización</p> <p>Sala de procedimientos, operaciones y partos</p> <p>Sala de recuperación</p> <p>Laboratorio clínico</p> <p>Farmacia</p>	<p>Máquina de anestesia</p> <p>Instrumental quirúrgico para laparatomía e histerectomía</p> <p>Instrumental quirúrgico para interrupción terapéutica del embarazo (espéculos, pinza tracción de cuello, pinzas de anillos)</p> <p>Equipos de AMEU o legrado uterino</p> <p>Dilatadores cervicales</p> <p>Coche de paro y otros, según necesidad</p>	<p>Oxígeno</p> <p>Atropina</p> <p>Sedantes</p> <p>Oxitócicos</p> <p>Misoprostol (análogo semisintético de la prostaglandina E1)</p> <p>Anestésicos locales y generales</p> <p>Analgésicos</p> <p>Antibióticos</p> <p>Soluciones isotónicas</p> <p>Expansores plasmáticos</p> <p>Sangre y sus derivados; y otros, según necesidad</p>

Fuente: Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA⁸⁶
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, la Guía Técnica establece el método para la interrupción, previa evaluación de la Junta Médica, el cual puede ser:

- **Hasta las 12 semanas de gestación:** Según la OMS puede ser aspiración manual endouterina (AMEU) o misoprostol, fármaco que desde el 2015 está incluido en el Petitorio de Medicamentos Esenciales para indicaciones obstétricas.
- **Entre las 13 y menos de 22 semanas de gestación:** Aplicar los esquemas terapéuticos con misoprostol según la edad gestacional. Producida la expulsión del contenido uterino, hay que completar el procedimiento con un legrado uterino.

Respecto, al nivel de atención de los establecimientos de salud que realizan el procedimiento, según la *Guía Técnica* es de aplicación nacional para todos los establecimientos de salud a partir del nivel de atención II-1 y II-E del

86 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA

sistema de salud nacional público y privado⁸⁷. En el campo de la salud, las **funciones obstétricas y neonatales** comprenden las actividades relacionadas con la identificación, atención, seguimiento y cuidado de la gestación, parto, puerperio y del recién nacido, de acuerdo con el nivel de complejidad de los establecimientos de salud y al rol que cumplen en el sistema de salud local. Respecto a la atención de la emergencia obstétrica, se tipifican de la siguiente manera de acuerdo con el nivel de atención⁸⁸:

Tabla 5
ATENCIÓN DE LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA SEGÚN FUNCIONES OBSTÉTRICAS NEONATALES

Funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP) (Nivel I-1 y I-2)	Funciones obstétricas neonatales básicas (FONB) (Nivel I-3 y I-4)	Funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE) (Nivel II-1 y II-2)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Captación e identificación de la gestante adolescente y referencial al nivel FONB o FONE ▪ Parto inminente no referible ▪ Promoción parto institucional ▪ Atención prenatal adolescentes de 15 años sin riesgo ▪ Identificación de signos de alarma y factores asociados 	<p>Lo mismo que en establecimientos FONP, más:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atención diferenciada de adolescente ▪ Pruebas de inmunología, hematología y bioquímica ▪ Atención psicológica ▪ Atención de parto inminente y eutócico en mayor de 15 años ▪ Referencia de adolescente embarazada con complicaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnóstico de embarazo y evaluación de riesgo en menores de 15 años ▪ Aborto incompleto, aborto retenido y aborto séptico: legrado uterino o AMEU, hasta la histerectomía abdominal, en último caso ▪ Hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos

87 El segundo nivel de atención comprende las categorías de atención II-1 y II-2, responsables de satisfacer la demanda de atención de la población de su ámbito jurisdiccional, a través de una atención integral ambulatoria y hospitalaria en cuatro especialidades básicas que puede ser medicina interna, ginecología, cirugía general, pediatría y anestesiología. Realiza acciones de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, recuperación, rehabilitación de problemas de salud y gestión. Produce los siguientes servicios de salud: a) Consulta Externa, b) Emergencia, c) Hospitalización, d) Centro Obstétrico, e) Centro Quirúrgico, f) Medicina de Rehabilitación, g) Diagnóstico por imágenes, h) Farmacia, i) Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, j) Patología Clínica (Laboratorio Clínico), k) Nutrición y Dietética, l) Central de Esterilización. Corresponde a los hospitales generales y las clínicas no especializadas donde se atiende del 12 % al 22 % de la demanda. En: Norma Técnica de Salud, categorías de establecimientos del sector salud, NTS n.º 021-MINSA-DGSP-v.03, aprobada por Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA.

88 Sobre la base de la Norma Técnica Sanitaria n.º 042 MINSALDGSP-V.01, de los Servicios de Emergencia; y la Directiva Sanitaria n.º MINSALDGSP-V.01 Para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud.

Funciones obstétricas y neonatales primarias (FONP) (Nivel I-1 y I-2)	Funciones obstétricas neonatales básicas (FONB) (Nivel I-3 y I-4)	Funciones obstétricas y neonatales esenciales (FONE) (Nivel II-1 y II-2)
<ul style="list-style-type: none"> Aborto en curso: identifica signos de alarma, estabiliza y refiere. Si cuenta con profesional capacitado y el sangrado es abundante: retirar restos del canal vaginal y cervical con pinza. 	<ul style="list-style-type: none"> Aborto en curso: diagnóstica, estabiliza y refiere del establecimiento FONE los casos complicados de más de 12 semanas al establecimiento con funciones obstétricas y neonatales intensivas (FONI) 	<ul style="list-style-type: none"> Las gestantes menores de 15 años referidas al establecimiento FONE I (II-2 y II-1) De ser necesario refiere al establecimiento con funciones obstétricas y neonatales intensivas (FONI)

Fuente: Norma Técnica Sanitaria n° 042 MINSAIDGSP-V.01, de los Servicios de Emergencia; Directiva Sanitaria n° MINSAIDGSP-V.01 Para la Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Respecto a la **responsabilidad funcional** en los establecimientos de salud con menor categoría del segundo nivel (II-1 y II-E) en donde se presente una solicitud de aborto terapéutico por indicación médica, la gestante deberá ser referida a un establecimiento de salud de mayor complejidad, bajo responsabilidad, conforme lo señala el artículo 7, inciso 1 de la Guía.

Asimismo, conforme con el artículo 21 de la *Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, Ley n.º 30364*, quien omite, rehúsa o retarda algún acto a su cargo en los procesos originados por hechos que constituyen actos de violencia contra las mujeres o contra los integrantes del grupo familiar, comete el delito de rehusamiento o demora de actos funcionales, sancionado con dos años de pena privativa de la libertad, por el artículo 377 del Código Penal⁸⁹.

2.2.5. Norma Técnica de Salud sobre Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente, aprobada por Resolución Ministerial n.º 007-2017-MINSA⁹⁰.

Se trata de una norma de aplicación obligatoria en los establecimientos de salud públicos y sólo de aplicación referencial en los establecimientos de salud privados, para la atención a las adolescentes cuyas edades fluctúan entre los 12 años y los 17 años, 11 meses y 29 días. Comprende tanto el embarazo en la adolescencia temprana, referido a las menores de 15 años, como el embarazo en la adolescencia tardía, referido a las mayores de 15 años.

89 El funcionario que, ilegalmente, omite, rehúsa o retarda algún acto de su cargo será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años y con treinta a sesenta días-multa.

90 Aprobada el 06 de enero del 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191000/190557_RM_N_007.pdf20180823-19572-n07xwz.pdf

Esta norma, desde los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad, regula la atención integral diferenciada, introduce las nociones de plan de vida y proyecto de vida, propone la identificación del embarazo y el riesgo y la referencia oportuna según la capacidad resolutoria, la atención del parto y la anticoncepción posparto. Asimismo, el paquete de atención prenatal incluye 3 sesiones de psicología, la primera de las cuales debe abordar aspectos vinculados con la aceptación del embarazo, los planes futuros y el proyecto de vida.

La atención que se brinda en salud debe respetar los derechos a la privacidad y confidencialidad, información veraz, seguridad personal, comunicación, toma de decisiones, respeto y dignidad, respeto a su cultura, identidad, reserva sobre el nombre de la pareja, horario de atención adecuado, servicios diferenciados y acompañamiento.

2.2.6. Reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, aprobado por Decreto Supremo n.º 002-2018-MIMP⁹¹.

Se trata de una norma de aplicación nacional, tanto en entidades públicas como en las privadas, para medidas, diseño e implementación de políticas, programas y servicios.

Entre sus principios se menciona la diligencia excepcional, especialidad y profesionalización, igualdad y no discriminación, interculturalidad, informalismo, participación y ser escuchada/o, autonomía progresiva, no revictimización, integralidad, desarrollo progresivo, precaución y flexibilidad.

La consideración del interés superior demanda identificar las características de cada niña/o, como: edad, sexo, género, madurez, experiencia, pueblo indígena o afro, discapacidad, contexto familiar, económico, social y cultural; y realizar la mejor ponderación de derechos en conflicto, prefiriendo los que garanticen su interés y desarrollo integral en el largo plazo. Algunos elementos que se deben considerar para la aplicación del interés superior de la/el niña/o son:

- Opinión de la/el niña/o, de acuerdo con su edad y madurez, en forma razonable e independiente.
- Respeto a la identidad de la/el niña/o; la cultura no justifica los valores y tradiciones que atentan contra los derechos.
- Preservación del entorno y mantenimiento de las relaciones, la familia es el medio idóneo para el crecimiento, garantiza desarrollo integral y ejercicio efectivo de los derechos. El Estado proporciona apoyo para el rol parental, especialmente de adolescentes. La discapacidad o carencia de recursos no justifica la separación.
- Cuidado, protección, desarrollo y seguridad de la/el niña/o, a saber: satisfacción de necesidades materiales, físicas, educativas y emocionales,

91 Aprobada el 01 de junio del 2018. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/306758/ds_002_2018_mimp.pdf

afecto y seguridad. Evaluar seguridad, riesgos, desprotección, daños futuros y otras consecuencias, bajo responsabilidad funcional.

- Situación de vulnerabilidad, evaluar e identificar los factores de riesgo y protectores, desde su gestación y nacimiento, por un equipo interdisciplinario.

La Junta Médica debe informar a las/los niñas/os sobre sus opciones disponibles, riesgos y efectos secundarios, y tener en cuenta su opinión según su edad y madurez (artículo 14). Las/los niñas/os y familiares reciben información completa del personal de salud. Cuando la/el niña/o o adolescente presente algún tipo de discapacidad, el establecimiento de salud garantiza su atención informada en lenguaje comprensible a su edad y grado de madurez, a fin de asegurar este derecho. Su atención tiene prioridad.

Las/los operadores de salud deben recabar la autorización de la madre, padre, responsable o tutor/a para realizar pruebas, diagnósticos, procedimientos e intervenciones de salud. En caso no se otorgue el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña, niño o adolescente, en aplicación del interés superior del niño se puede **prescindir de la autorización**. Asimismo, el sector salud asegura el acceso a la información y garantiza a las/los adolescentes y a las/los niñas/os víctimas de violencia sexual el servicio diferenciado de salud, de salud sexual y reproductiva, las pruebas rápidas, pruebas de tamizaje invasivo, entre otras, sin que medie la necesidad de autorización de la madre, padre o de la persona que asuma el cuidado de la/el adolescente para los procedimientos en favor de su interés superior (artículo 17).

Si se identifican factores de riesgo para su salud, por ejemplo, el embarazo forzado o enfermedades, deben ser atendidos tempranamente según la capacidad resolutoria del establecimiento de su localidad y ser referidos al nivel de atención especializada que corresponda, según amerite el caso (artículo 15, inciso 3).

La pasividad, la inactividad y las omisiones afectan el bienestar y la protección de las/los niñas/os y adolescentes, respondiendo ante la autoridad competente (artículo 34). Es obligación de cada sector elaborar un plan de capacitación, a fin de garantizar la actualización y la especialización de sus operadores, para la atención y la garantía de los derechos de la niñez y la aplicación del interés superior.

2.2.7. Norma Técnica de Salud para la atención integral de la salud en la etapa de vida adolescente, Norma Técnica n.º 157-MINSA/2019/DIGIESP, aprobada por Resolución Ministerial n.º 1001-2019/MINSA⁹².

Las y los adolescentes son el público objetivo, cuyas edades están comprendidas entre los 12 años y 17 años, 11 meses y 29 días.

92 Aprobado el 25 de octubre del 2019, y que deroga la Resolución Ministerial N° 973-2012-MINSA, que aprueba la NTS N° 034-MINSA/DGSP-V.02: Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente. Para acceder a la norma, ingrese al siguiente enlace: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/403954/resolucion-ministerial-n-1001-2019-minsa.PDF>

Todos los establecimientos de salud brindan la atención integral de salud a la población adolescente; a partir del nivel I-3 y I-4 se cuenta con un equipo multidisciplinario completo. A partir del nivel II, los establecimientos deben entregar el paquete de atención integral de salud especializado para adolescentes en la consulta externa, el servicio de emergencia, el servicio de hospitalización y, además, deben realizar investigación en adolescencia.

La atención de salud de la población adolescente comprende la entrega del paquete de atención integral, priorizando la entrega de las prestaciones en el orden que elija la población adolescente usuaria. La atención en su primera consulta, y otras que amerite, debe evaluar permanentemente las necesidades y expectativas de la población adolescente, para que, de acuerdo con ello y con la capacidad resolutoria del establecimiento de salud, se realice la respectiva referencia en caso de ser necesaria.

2.2.8. Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud, aprobado por Decreto Supremo n.º 008-2019-SA⁹³.

En los casos de violencia sexual, el personal del CEM traslada a la víctima al Instituto de Medicina Legal, informa sobre el kit de emergencia y sobre su derecho a ser evaluada integralmente para determinar si existe riesgo para la vida o la salud. En caso de embarazo, informa a la víctima –y si es niña, a sus progenitores– del derecho a ser evaluada integralmente, lo que incluye estado físico, mental, edad, riesgo de vida y salud, y sobre la aplicación de la *Guía técnica*. Sobre el particular, se observa la Tabla n. 6:

Tabla 6

DISPOSICIONES A CUMPLIR POR LOS EESS PARA VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL

EESS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ En caso de embarazo, el EESS debe informar a la víctima de su derecho a ser evaluada integralmente (salud física y mental) para determinar si este pone en riesgo su vida o genere un mal grave o permanente en su salud, aplicando la Guía Técnica correspondiente
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Se deberá proceder a un registro adecuado en la historia clínica de todo lo observado, a fin de preservar las pruebas.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proporciona a la víctima de violación, especialmente niñas y adolescentes, bajo responsabilidad, el kit de emergencia, que considera la AOE, antirretrovirales y exámenes pertinentes.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Los EESS deben brindar a la víctima atención médica y psicológica de forma continuada, si así se requiere para la mejora del bienestar de la persona afectada.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ El examen médico y psicológico debe evitar procedimientos invasivos y revictimizadores y ser idóneo al tipo de violencia denunciada por la víctima.

Fuente: Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud (EESS).
Elaboración: Ministerio de Salud, versión amigable⁹⁴

93 Aprobado el 17 de abril del 2019. Para acceder a la norma, ingrese al siguiente enlace: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/309605/Decreto_Supremo_008-2019-SA.PDF

94 Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud (EESS), versión amigable. Página 34. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/471226/312358816424293971620191231-7797-xOrzsn.pdf>

En caso de niñas y adolescentes, prima el interés superior de ellas; se considera la opinión de la niña sobre la del adulto que participa, en función de su edad y madurez. Para ello, es relevante interpretarlo en concordancia con la reglamentación que se aprobó en el año 2018 sobre la aplicación del interés superior del niño⁹⁵, según la cual, en la ponderación de derechos que entran en conflicto, se ha de preferir los que garanticen su interés y desarrollo integral en el largo plazo. Para esto, cabe considerar los elementos para la aplicación del interés superior de la/el niña/ mencionados en el punto 2.2.6.

Realizada la evaluación integral, de conformidad con lo establecido en la *Guía técnica* del 2014, será necesario convocar a una junta médica. En el caso de niñas, la reglamentación de la Ley n.º 30466 sobre el interés superior del niño, señala que se debe informar de manera completa a las/los niñas/os y sus familiares sobre las opciones disponibles, riesgos y efectos secundarios, según edad y madurez (artículo 14). Si se identifican factores de riesgo para su salud, deben ser atendidos tempranamente o referidos (artículo 15). Son las y los progenitores o tutores quienes autorizan las pruebas, diagnósticos, procedimientos e intervenciones. En caso no se autorice y corra peligro la vida, o se pueda producir un daño irreparable, se prescinde de la autorización.

A las/los niñas/os víctimas de violencia sexual se les garantiza su atención en el servicio diferenciado, servicio integral de salud sexual y reproductiva, pruebas rápidas, pruebas de tamizaje invasivo, entre otros (artículo 17). En cuanto a la responsabilidad de las y los funcionarios, la pasividad, la inactividad y las omisiones son medidas que afectan el bienestar y la protección de niñas, niños y adolescentes, respondiendo frente a estas circunstancias en calidad de responsables ante la autoridad competente (artículo 34).

Asimismo, es importante resaltar que esta norma contempla en su artículo 17.4 que, en caso de personas migrantes internos y externos, el deber de brindar una atención diferenciada supone identificar y fortalecer redes de apoyo familiar o comunitario, brindar información sobre la legislación correspondiente, y, si la persona lo solicita, se debe tratar de ubicar a sus parientes a través de la Embajada o Consulado y coordinar con INABIF u otras instituciones el traslado de la persona a su lugar de origen⁹⁶.

Otro aspecto relevante es que la atención no debe condicionarse bajo ningún motivo, por lo que se debe considerar que una niña o adolescente pueden ir solas y el EESS debe proveer servicios gratuitos para la recuperación integral de la salud física y mental, así también no es obligatorio tener DNI⁹⁷ o condicionar a la entrega de cualquier otro documento. Ello, en consideración de los principios sobre interés superior, debida diligencia y, especialmente, el principio de diligencia excepcional (Reglamento de la Ley n.º. 30466), que

95 Reglamento de la Ley n.º 30466, aprobado por Decreto Supremo n.º 002-2018-MIMP.

96 Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud (EESS) versión completa. Página 32. Disponible en: https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2019/09/Decreto_Supremo_008-2019-SA.pdf

97 Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud, aprobado por Decreto Supremo n.º 008-2019-SA

implica que toda actuación del Estado exige la mayor celeridad, cuidado y responsabilidad por las posibles afectaciones que se puede ocasionar a una niña, niño o adolescente para adoptar una medida oportuna y eficaz para el ejercicio de sus derechos, teniendo en cuenta las circunstancias que las y los rodean y afectan, la valoración objetiva del impacto de estas en sus derechos, la justificación de las decisiones y su revisión oportuna.

2.2.9. Directiva Sanitaria n.º 083-MINSA-2019/DGIESP, Directiva Sanitaria para el uso del kit para atención de casos de violencia sexual, aprobada por Resolución Ministerial n.º 227-2019-MINSA⁹⁸.

Aplicable en los establecimientos de salud públicos del Ministerio de Salud, desde el primer nivel de atención hasta hospitales. Lamentablemente, es solo una norma referencial para los otros establecimientos públicos y los servicios privados.

El kit básico de atención consiste en la entrega de un paquete básico de productos preestablecidos que deben ser entregados en la atención de violencia sexual. El contenido establecido para el kit del primer, segundo y tercer nivel comprende lo siguiente⁹⁹:

Tabla 7
CONTENIDO DEL KIT DE ATENCIÓN PARA CASOS DE VIOLACIÓN SEXUAL

Nivel de atención del establecimiento de salud	Contenido	Cantidad
KIT MÍNIMO		
Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del I-1 al I-3	Levonorgestrel 0.75mg - blíster por 02 tab	1
	Prueba rápida para hepatitis b	1
	Prueba rápida duales VIH/sífilis	1
	Vacuna contra la difteria y tétanos (dt adulto)	1
	Jeringas descartables 3 ml y 10 ml	2
	Azitromicina 500 mg - tableta	2
	Penicilina g benzatínica 2400000 UI - inyectable	1
	Prueba rápida de hormona gonadotropina coriónica (hcg)	1
	Preservativos sin nonoxinol	20

98 Aprobado el 08 de marzo del 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297541/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N__227-2019-MINSA.PDF

99 Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP que establece el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual, aprobada por Resolución Ministerial N° 227-2019- MINSA y Norma Técnica de Salud N° 164-MINSA-2020, para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual, anexo N°05.

Nivel de atención del establecimiento de salud	Contenido	Cantidad
Establecimientos I-4 y hospitales del segundo y tercer nivel comprende	Levonorgestrel 0.75mg - blíster por 02 tab	1
	Prueba rápida para hepatitis b	1
	Prueba rápida duales VIH/sífilis	1
	Vacuna contra la difteria y tétanos (dt adulto)	1
	Jeringas descartables 3 ml y 10ml	3
	Azitromicina 500 mg - tableta	2
	Penicilina g benzatínica 2400000 UI - inyectable	1
	Cefixina 400mg o ceftriaxona 1g - inyectable	1
	Emtricitabina 200mg + tenofovir 300 mg - tableta	30
	Lopinavir 200mg + ritonavir 50 mg - tableta	120
	Prueba rápida de hormona gonadotropina coriónica (hcg)	1
	Preservativos sin nonoxinol	20

Fuente: Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIES
Elaboración: Defensoría del Pueblo

2.2.10. Protocolo base de actuación conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, aprobado por Decreto Supremo n.º 012-2019-MIMP¹⁰⁰.

Al igual que en los otros instrumentos, se señala que tratándose de niñas, niños y adolescentes que acuden a los servicios deben ser consideradas como personas individualizadas, escuchadas y tomar en cuenta su opinión (artículo 7.1, inciso g); siendo fundamental la identificación de sus necesidades de atención urgente de niñas, niños y adolescentes, a fin de satisfacerlas prioritariamente, lo cual incluye la atención en salud como previa a cualquier otro tipo de actuación (artículo 8.1, inciso d).

En caso de embarazo, bajo responsabilidad, de su derecho a ser evaluada integralmente. La evaluación integral en salud incluye estado físico y mental, así como la edad, aspectos fundamentales para determinar riesgo de vida o un mal grave o permanente en la salud y su recuperación integral. El equipo de salud debe asegurarse de la clara comprensión del riesgo e informar de ello de forma oportuna a la víctima, padre, madre o representante legal, bajo responsabilidad (III.3.2, inciso c).

100 Aprobado el 10 de mayo del 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/313206/DS_012-2019-MIMP_APRUEBAN_PROTOCOLO_DE_BASE_CONJUNTA_..._CONTRA_LA_VIOLENCIA_ANEXO.pdf

2.2.11. Directiva Sanitaria n.º 094-MINSA/2020/DGIESP, Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención de planificación familiar ante la infección por COVID-19, aprobada por Resolución Ministerial n.º 217-2020-MINSA¹⁰¹.

Se ha previsto que los servicios deben organizarse de forma tal que se garantice la disponibilidad y entrega de todos los métodos anticonceptivos (continuadoras/nuevas) y de anticoncepción oral de emergencia (artículo 6.2.15).

La atención debe considerar que en situaciones de emergencia se genera un incremento de la violencia y violación, por lo que el personal debe ofrecer atención integral, que incluye salud sexual y salud mental (artículo 6.3.13); valorar finalizar el embarazo en cualquier momento en caso de riesgo de vida de la gestante con COVID-19 (artículo 6.3.14).

Para garantizar la continuidad en el uso de métodos anticonceptivos, se deben ofertar todos los métodos anticonceptivos en servicios de urgencia y emergencia, sin necesidad de historia clínica, solo con padrones (artículo 6.4.2); entregar la anticoncepción oral de emergencia (artículo 6.4.3), una dotación mínima para tres (3) meses a la usuaria nueva o continuadora (artículo 6.4.4). Todos los establecimientos deben garantizar la entrega del kit de emergencia para violencia sexual y referenciar a los servicios del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (artículo 6.4.6).

2.2.12. Decreto Legislativo n.º 1470, que establece medidas para garantizar la atención y protección de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar durante la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19¹⁰².

El artículo 5 establece que los establecimientos de salud garantizan la atención de urgencia y emergencia de toda mujer e integrante del grupo familiar víctima de violencia, en especial de aquellas víctimas de violación sexual, adoptando medidas de seguridad personal y sanitarias comprendidas en las disposiciones vinculadas a la emergencia sanitaria.

101 Aprobado el 23 de abril del 2020. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-directiva-sanitaria-n-094-minsa2020dgiesp-resolucion-ministerial-no-217-2020-minsa-1865711-1>; la misma que fue reemplazada por Directiva Sanitaria N°131-2021/MINSA/DGIESP, Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la COVID-19, aprobada por la Resolución Ministerial n°450-2021-MINSA, del 31 de marzo del 2021. Esta directiva señala de manera expresa que con el embarazo se puede cursar un peor pronóstico de la enfermedad grave del SARS-CoV-2 y para evitar en su salud un mal grave y permanente, de acuerdo con la voluntad de la paciente, se consideraría la interrupción o culminación del embarazo en el marco de la normatividad vigente. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1767305/Directiva%20Sanitaria%20N%C2%BA%20131-MINSA/2021/DGIESP.pdf>

102 Aprobado el 27 de abril del 2020. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/662858/DL_1470.pdf

2.2.13. Norma Técnica de Salud n.º 164-MINSA-2020-DGIESP, para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual, Guía de atención a víctimas de violación sexual, Resolución Ministerial n.º 649-2020/MINSA¹⁰³.

La norma propone un cuidado integral de la salud de las mujeres y otros integrantes de la familia, víctimas de violencia sexual. Su ámbito de aplicación alcanza a todas las instituciones públicas y privadas o mixtas que prestan servicios de salud, y establece como necesario el entrenamiento continuo del equipo de salud interdisciplinario, desde el proceso de inducción de los nuevos trabajadores, así como en los cursos anuales virtuales y semipresenciales.

En el caso de niñas, niños y adolescentes, el sector salud asegura el acceso a la información y garantiza un servicio diferenciado de salud, servicio integral de salud sexual y reproductiva, pruebas rápidas, pruebas de tamizaje invasivo, entre otras, sin que medie la necesidad de autorización de la madre, padre o de la persona que asuma el cuidado de la/el adolescente para los procedimientos en favor de su interés superior (artículo 5.5). Cabe precisar que para suministrar AOE a las adolescentes víctimas de violación sexual, no se requiere autorización de progenitores o representante legal (artículo 5.5.3.b).

Como consecuencia de la violación puede ocurrir un embarazo. El equipo de salud debe comunicar a la víctima su derecho a ser evaluada integralmente en lo físico y mental, la edad y otros aspectos fundamentales que pudieran poner en riesgo su vida o salud de una manera permanente. Los profesionales de salud deben recabar la autorización de la madre, padre, representante o tutor para realizar pruebas, diagnósticos, procedimientos e intervenciones de salud a la niña, el niño o la/el adolescente. En caso no se otorgue el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña, el niño o la/el adolescente, en aplicación del interés superior del niño se puede prescindir de la autorización (artículo 5.5.3.c).

2.3. Principales Planes y Políticas Nacionales

El Perú cuenta con el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021¹⁰⁴ y el Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021¹⁰⁵, instrumentos dirigidos a garantizar que las y los adolescentes ejerzan su derecho a la salud sexual y salud reproductiva, con autonomía progresiva y responsabilidad, reduciendo el embarazo adolescente y garantizando la permanencia o reinserción en la institución educativa. A los que se suma el Plan Nacional de Derechos Humanos

103 Aprobado el 24 de agosto del 2020. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1256309/%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20649-2020-MINSA.PDF>

104 Aprobado por Decreto Supremo n.º 001-2012-MIMP, de fecha 20 de abril del 2012. Disponible en: https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf

105 Aprobado por Decreto Supremo n.º 012-2013-SA, de fecha 7 de noviembre de 2013. Disponible en: <http://www.minedu.gob.pe/comision-sectorial/pdf/planes/plan-multisectorial-prevencion-embarazo-adolescente.pdf>

2018-2021¹⁰⁶ que, entre otros objetivos, señala en su *Lineamiento estratégico 3: diseño y ejecución de políticas a favor de los grupos de especial protección*¹⁰⁷ menciona a la adolescencia, respecto a la cual propone reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes de 15 a 19 años, a través de diversas líneas estratégicas planteadas en el Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente (Acción estratégica 6).

Tabla 8

PLANES NACIONALES VINCULADOS A LA PROTECCIÓN DE LA NIÑA Y ADOLESCENTE EMBARAZADA

Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, Decreto Supremo n.º 001-2012-MIMP	Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021, Decreto Supremo n.º 012-2013-SA	Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021, Decreto Supremo n.º. 002-2018-JUS
Rectoría: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables	Rectoría: Ministerio de Salud.	Rectoría: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.
Tipo de Documento: Multisectorial.	Tipo de Documento: Multisectorial.	Tipo de Documento: Multisectorial.
Establece como metas emblemáticas: (3) Consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años. Resultado esperado 9: Las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta. Estrategias de implementación: i) Incluir en los programas curriculares de educación primaria y secundaria la formación en valores y crianza, así como educación sexual y reproductiva, de modo que las y los adolescentes conozcan las formas de protegerse de un embarazo no deseado y las	Objetivo general: Reducir en 20 % la prevalencia del embarazo adolescente Tiene cinco objetivos específicos: 1. Postergar el inicio de la actividad sexual: reducir en 20 % el inicio de la actividad sexual en la adolescencia. 2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria: incrementar en 30 % el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la secundaria.	Objetivo estratégico 1: Reducir la violencia contra las mujeres, cuya acción estratégica 2 es: Promover la implementación de servicios de calidad en atención a mujeres víctimas de violencia que permitan incrementar el porcentaje de mujeres que acuden a una entidad pública a solicitar ayuda. (pág. 82) Objetivo Estratégico 3: Garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, cuya acción estratégica 2 es: Garantizar el acceso al aborto terapéutico en las instituciones de salud.

106 Aprobado por el Decreto Supremo n.º 002-2018-JUS, de fecha 31 de enero del 2018. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/300481/d42355_opt.PDF

107 Un grupo de especial protección –terminología recogida de la Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos– constituye un colectivo de personas que no necesariamente han entablado relaciones directas entre sí pero están vinculadas por su situación de potencial o real afectación a sus derechos, lo que puede conllevar: i) su sometimiento a un estado de vulnerabilidad temporal o permanente, ii) una necesidad de que se asegure su existencia o la preservación inmediata de su integridad física y mental a través de medidas institucionales o iii) la sujeción a condiciones de trato desigual y discriminatorio que es resultado del ejercicio de un fenómeno de abuso de poder que puede llegar a considerarse “normalizado” socialmente.

Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021, Decreto Supremo n.º 001-2012-MIMP	Plan Multisectorial de Prevención del Embarazo Adolescente 2013-2021, Decreto Supremo n.º 012-2013-SA	Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021, Decreto Supremo n.º. 002-2018-JUS
<p>responsabilidades que trae la concepción, gestación, nacimiento y crianza de una niña o un niño.</p> <p>ii) Capacitar a profesoras/es en sexualidad desde un enfoque de género y de derechos humanos. iii) Capacitar, desde las instituciones educativas, a padres y madres de familia sobre sexualidad con un enfoque de género. iv) Garantizar la intervención intersectorial continua para la prevención del embarazo en adolescentes, priorizando el trabajo en las instituciones educativas.</p> <p>(4) “la tasa de maternidad adolescente se reduce en un 20 %”, lo que apunta al Objetivo estratégico 3 referido a “consolidar el crecimiento y desarrollo integral de las y los adolescentes de 12 a 17 años”. Los resultados esperados se vinculan con: las y los adolescentes acceden y concluyen en la edad normativa una Educación Secundaria de calidad, intercultural, inclusiva, con cultura ambiental y libre de violencia; las y los adolescentes se encuentran protegidos frente al trabajo peligroso; las y los adolescentes postergan su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta; se reduce la infección por VIH y sida en las y los adolescentes; las y los adolescentes acceden a una atención de salud de calidad y con pertinencia cultural; las y los adolescentes no son objeto de explotación sexual.</p>	<p>3. Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI: el Marco Curricular incorporará e implementará la ESI como parte de los aprendizajes fundamentales.</p> <p>Meta 3: Marco Curricular Nacional incluye competencias y capacidades, vinculadas al desarrollo de la educación sexual integral (ESI), en los aprendizajes fundamentales.</p> <p>4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en adolescentes que son madres.</p> <p>5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, poniéndose énfasis en la violencia sexual: disminuir en un 30 % la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes con énfasis en la violencia sexual.</p>	<p>Objetivo Estratégico 1: Lograr el desarrollo de las niñas, niños y adolescentes en entornos seguros y libres de violencia, cuya acción estratégica 6 es: Reducir la prevalencia del embarazo en adolescentes y el número 7 es: Promover entornos protectores y libres de violencia para las niñas, niños y adolescentes. (pág. 95)</p>

Fuente: Planes Nacionales
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Asimismo, la Política Nacional de Igualdad de Género¹⁰⁸ señala en su objetivo Prioritario 2: Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres, fortalecer la implementación de la educación sexual integral en el sistema educativo y ampliar el acceso a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Dicho objetivo se complementa con la Política Nacional de Juventud¹⁰⁹, que pretende contribuir en alcanzar la situación futura deseada: Al 2030, ocho de cada diez jóvenes entre 15 y 29 años de edad mejoran su desarrollo integral, mediante uno de los 6 objetivos prioritarios que consagra: Incrementar la atención integral de salud de la población joven.

Tabla 9

POLÍTICAS NACIONALES VINCULADAS A LA PROTECCIÓN DE LA NIÑA Y ADOLESCENTE EMBARAZADAS

Política Nacional de Igualdad de Género, Decreto Supremo n.º 008 -2019-MIMP	Política Nacional de Juventud, Decreto Supremo n.º 012-2013
<p>Rectoría: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables</p> <p>Tipo de Política: Multisectorial</p>	<p>Rectoría: Ministerio de Educación.</p> <p>Tipo de Política: Multisectorial</p>
<p>OP2: Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres.</p> <p>Para ello, implementará como lineamiento la producción y difusión de información a nivel nacional y con enfoque intercultural, sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida libre de violencia, incluyendo métodos anticonceptivos, beneficios y riesgos, parto vertical, aborto terapéutico, consentimiento informado, libre y voluntario, violencia obstétrica y derecho de los y las usuarias de los servicios de salud para las adolescentes.</p>	<p>OP3: Incrementar la atención integral de salud de la población joven.</p> <p>Para ello, implementará como lineamiento el desarrollar mecanismos y estrategias para orientar la atención de salud con énfasis en la salud sexual y reproductiva, salud mental y salud física y nutricional en la etapa de vida joven.</p>

Fuente: Políticas Nacionales
Elaboración: Defensoría del Pueblo

108 Aprobada por Decreto Supremo n.º. 008 -2019-MIMP el 04 de abril del 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds_008_2019_mimp.pdf

109 Aprobada el 23 de setiembre del 2019 mediante Decreto Supremo n.º. 013-2019 - MINEDU. Puede acceder al documento completo desde el siguiente enlace: <https://juventud.gob.pe/wp-content/uploads/2019/10/POL%C3%8DTICA-NACIONAL-DE-LA-JUVENTUD.pdf>

2.4. Objetivos de Desarrollo Sostenible

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, aprobada en septiembre de 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, establece una visión transformadora hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental para los Estados Miembros que la suscribieron y será la guía de referencia para el trabajo durante los próximos años. La agenda contiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que son el punto de partida de los países de la región y analizar y formular los medios para alcanzar esta nueva visión del desarrollo sostenible, que se expresó de manera colectiva y quedó plasmada en la Agenda 2030. Asimismo, los ODS también son una herramienta de planificación y seguimiento para los países, tanto a nivel nacional como local¹¹⁰.

En ese sentido, el propósito del presente informe se alinea con los siguientes Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS):

Tabla 10

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE (ODS) VINCULADOS A LA PROTECCIÓN DE LA NIÑA Y ADOLESCENTE EMBARAZADAS

ODS 3: Salud y Bienestar	Meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.
ODS 5: Igualdad de Género	Meta 5.2: eliminar todas las formas de violencia contra todas las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas trata, explotación sexual y otros tipos de explotación. Meta 5.c: aprobar y fortalecer políticas acertadas y leyes aplicables para promover la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas a todos los niveles.
ODS 10: Reducción de Desigualdades	Meta 10.3: garantizar la igualdad de oportunidades y reducir la desigualdad de resultados, incluso eliminando las leyes, políticas y prácticas discriminatorias y promoviendo legislaciones, políticas y medidas adecuadas a ese respecto.

Fuente: Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)
Elaboración: Defensoría del Pueblo

110 Cepal, documento "La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una oportunidad para América Latina y el Caribe". Publicado el 01 de julio del 2019. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf

CAPÍTULO

3

ASPECTOS GENERALES DE LA SUPERVISIÓN



3.1. Metodología de la Supervisión

Considerando las competencias constitucionales de la Defensoría del Pueblo, este informe da cuenta de los resultados de la supervisión realizada en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención pertenecientes a trece de las veinticinco regiones del país, las cuales son: Amazonas, Cajamarca, Callao, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, San Martín y Ucayali.

Es importante precisar que, se priorizó supervisar a establecimientos de salud del segundo nivel (II-E, II-1 y II-2), ya que la norma nacional (Guía Técnica)¹¹¹ establece que solo a partir de ese nivel se puede realizar un aborto terapéutico; sin embargo, también se seleccionó establecimientos de salud del primer nivel (I-3 y I-4) por ser los centros de mayor cercanía a la población y quienes deberían brindar información necesaria y realizar la referencia oportuna.

Asimismo, las cifras del resultado de la supervisión están expresadas en números enteros; es decir, los decimales se han aproximado al entero superior.

3.2. Objetivos de la supervisión

3.2.1. Objetivo general

La supervisión tuvo como objetivo verificar el cumplimiento del marco normativo nacional que regula la atención integral para las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual por los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención.

3.2.2. Objetivos específicos

- Analizar el marco normativo nacional que contemple la atención de niñas y adolescentes víctimas de violación sexual en concordancia con estándares y jurisprudencia internacional.
- Analizar el nivel de implementación de la Guía Técnica para la estandarización del procedimiento de la atención Integral de la gestante.¹¹²
- Identificar las fortalezas y debilidades de la atención que brindan los establecimientos de salud a las niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual.

111 En adelante, cuando se mencionó a la “Guía”, hacemos referencia a 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA.

112 Aprobada el 28 de junio del 2014. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-guia-tecnica-nacional-para-la-estandarizacion-d-rm-n-486-2014minsa-1103581-1>

- Brindar recomendaciones para la mejora y fortalecimiento de la atención por los establecimientos de salud
- Realizar incidencia sobre los hallazgos advertidos para la construcción de una política pública específica.

3.3. Diseño de la muestra de la supervisión

La supervisión empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Es decir, las unidades empleadas en la investigación se seleccionaron porque están disponibles, no siendo posible hacer afirmaciones generalizables con rigor estadístico sobre la población.

Para el diseño de la muestra de establecimientos de salud se utilizó el Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Renipres) de la página web de Susalud, seleccionando los establecimientos de salud a partir de los niveles I-3, I-4, II-E, II-1 y II-2 y de mayor proximidad geográfica a las oficinas y módulos defensoriales con representatividad de las regiones costa, sierra y selva.

Es importante precisar que el muestreo consistió en seleccionar trece regiones para los dos niveles de atención; sin embargo, excepcionalmente los resultados referentes al segundo nivel de atención corresponden solo a 12 regiones, debido a que no fue posible la supervisión en la región Piura por el contexto de emergencia sanitaria.

Dicha selección de las trece regiones, se realizó en consideración de los siguientes indicadores críticos:

- Número de sentencias en casos de violación sexual contra niñas y adolescentes por región (2018-2020)
- Número de inscripciones de nacimientos de hijas/os de niñas menores de 14 años, por región (2018).
- Tasa y Razón de muerte materna por región (MINSA -2019).

Tabla 11

INDICADORES PARA LA SELECCIÓN DE ZONAS DE SUPERVISIÓN

Regiones	Sentencias de violación sexual (173°) consentidas o ejecutoriadas c/ niñas de menos de 14 años (2018-2020)	Inscripciones en RENIEC, enero-diciembre 2018	Tasa de muerte materna (MINSA 2019) ¹¹³	Razón de muerte materna (MINSA 2019) ¹¹⁴
Lima (N/S/E) (Cañete, Huaral, Ventanilla)	635	4926	2.1	35.5
Piura/Sullana	66	2091	7.6	96
Loreto	53	2072	12.3	133.8
Cajamarca	62	1872	8.6	108.8
La Libertad	101	1858	6.4	90.4
San Martín	173	1436	7.8	95.6
Ucayali	87	1306	13.1	167.8
Junín/Selva Central	231	1343	6.0	69.7
Lambayeque	131	1254	4.7	73.6
Huánuco	106	1245	6.6	73.8
Cusco	115	1173	7.2	94.8
Ancash/Del Santa	148	987	6.3	81.5
Ica	120	880	2.6	40.0
Ayacucho	75	853	5.3	55.1

113 MINSA, 2019. Estimación de la razón de mortalidad materna en el Perú 2002 - 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/blog/category/publicaciones/page/2/>. Página 53. La Tasa de muerte materna, es el número de muertes maternas ocurridas en determinado año o periodo dividido entre el número de mujeres en edad fértil en el mismo año o periodo, expresado por 100 000 mujeres.

114 MINSA, 2019. Estimación de la razón de mortalidad materna en el Perú 2002 - 2016. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/blog/category/publicaciones/page/2/>. Página 45. La razón de mortalidad materna (RMM) es un indicador que se formula como el número de muertes maternas ocurridas en determinado año o periodo dividido entre el número de nacidos vivos en el mismo año o periodo, expresado por 100 000 nacidos vivos. Es la medida de mortalidad materna más usada y representa el riesgo obstétrico asociado con cada embarazo.

Regiones	Sentencias de violación sexual (173°) consentidas o ejecutoriadas c/ niñas de menos de 14 años (2018-2020)	Inscripciones en RENIEC, enero-diciembre 2018	Tasa de muerte materna (MINSa 2019) ¹¹³	Razón de muerte materna (MINSa 2019) ¹¹⁴
Puno	80	844	7.2	85.6
Amazonas	24	670	13.9	157.5
Callao	42	667	4.4	77.5
Arequipa	87	654	3.6	59.6
Huancavelica	31	617	5.3	44.6
Apurímac	48	418	4.5	47.8
Pasco	24	317	9.4	107.0
Tumbes	24	302	5.3	78.8
Tacna	22	141	4.1	66.6
Moquegua	35	79	4.6	77.9
Madre de Dios	42	182	11.9	151.8

Fuente: Poder Judicial, RENIEC y MINSa
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Finalmente, se supervisó 70 establecimientos de salud del primer nivel; y 39 EESS del segundo nivel pertenecientes al sector MINSa, a excepción de 10 EESS del primer nivel y 9 EESS del segundo nivel que corresponden al sector EsSalud. Sumando un total de 109 establecimientos de salud supervisados a nivel nacional, por las Oficinas Defensoriales de Amazonas, Cajamarca, Callao, Cusco, Huánuco, Junín, La Libertad, Lambayeque, Lima, Loreto, Piura, San Martín y Ucayali; así como de los Módulos Defensoriales de Tingo María y Satipo.

Tabla 12

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN		SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN	
Oficinas o Módulos Defensoriales	Nº De EESS	Oficina Defensorial / Módulo Defensorial:	Nº De EESS
MAD Tingo María	2	MAD Satipo	1
OD Amazonas	3	OD Amazonas	1
OD Cajamarca	4	OD Cajamarca	4
OD Callao	3	OD Callao	1
OD Cusco	4	OD Cusco	4
OD Huánuco	6	OD Huánuco	1
OD Junín	4	OD Junín	1
OD La Libertad	5	OD La Libertad	4
OD Lambayeque	4	OD Lambayeque	2
OD Lima	3	OD Lima	3
OD Lima Este	5	OD Lima Este	3
OD Lima Norte	3	OD Lima Norte	2
OD Lima Sur	6	OD Lima Sur	2
OD Loreto	5	OD Loreto	3
OD Piura	6	--	--*
OD San Martín	4	OD San Martín	4
OD Ucayali	3	OD Ucayali	3
Total General	70	Total General	39

Fuente y Elaboración: Defensoría del Pueblo

*No fue posible efectuar la supervisión en dicha región debido a dificultades presentadas por el contexto de emergencia sanitaria

34. Instrumentos de la supervisión

Para la presente supervisión se empleó un cuestionario dirigido a todos los niveles de atención (I-3, I-4, II-E, II-1 y II-2) con un total de 7 (siete) preguntas cualitativas y cuantitativas, con la intención de conocer sobre la detección del embarazo en esta población, la entrega de información oportuna sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico y los mecanismos de referencia. Asimismo, exclusivamente a los EESS del segundo nivel (II-E, II-1 y II-2) se aplicó un cuestionario de 24 (veinticuatro) preguntas cualitativas y cuantitativas.

La aplicación de la ficha de supervisión se realizó de manera virtual en cumplimiento de las medidas sanitarias por el COVID-19 que vive el país, entre los meses de julio y octubre del 2020, en los siguientes establecimientos de salud:

Tabla 13
EESS SELECCIONADOS PARA LA SUPERVISIÓN DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
1	Amazonas	Centro de Salud Leymebamba	I-3	Gobierno Regional
	Amazonas	Centro de Salud 9 de Enero	I-3	Gobierno Regional
	Amazonas	Centro de Salud de Chuquibamba	I-3	Gobierno Regional
2	Cajamarca	Centro de Atención Primaria II de Baños del Inca	I-3	EsSalud
	Cajamarca	Centro de Salud Baños del Inca	I-4	Gobierno Regional
	Cajamarca	Centro de Salud Pachacútec	I-4	Gobierno Regional
	Cajamarca	Centro de Salud Huambocancha Baja	I-3	Gobierno Regional
3	Callao	Centro de Salud Materno Infantil Pachacútec Perú-Corea	I-4	Gobierno Regional
	Callao	Centro Materno Infantil Bellavista Perú-Corea	I-4	Gobierno Regional
	Callao	Centro de Salud Carmen de la Legua	I-3	Gobierno Regional
4	Cusco	Centro de Salud Picchu Rinconada	I-3	Gobierno Regional
	Cusco	IPRESS ACLAS San Jerónimo	I-4	Gobierno Regional
	Cusco	Centro de Salud CLAS Independencia	I-3	Gobierno Regional
	Cusco	Centro de Salud Siete Cuartones	I-3	Gobierno Regional

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
5	Huánuco	Centro de Salud SUPTE San Jorge	I-3	Gobierno Regional
	Huánuco	Centro de Salud de Aucayacu	I-4	Gobierno Regional
	Huánuco	P. S. Las Moras	I-3	Gobierno Regional
	Huánuco	Centro de Salud Jesús-Provincia de Lauricocha	I-3	Gobierno Regional
	Huánuco	Centro de Salud de Chaglla-Provincia de Pachitea	I-3	EsSalud
	Huánuco	Centro de Salud Perú-Corea	I-4	Gobierno Regional
	Huánuco	Centro de Salud Llata-Provincia de Huamalíes	I-4	Gobierno Regional
	Huánuco	Centro de Salud Aparicio Pomares	I-3	Gobierno Regional
6	Junín	Centro de Salud La Libertad	I-4	Gobierno Regional
	Junín	Centro de Salud Ocopilla	I-3	Gobierno Regional
	Junín	CAP III Mantaro	I-3	EsSalud
	Junín	Policlínico Metropolitano Huancayo	I-4	EsSalud
7	La Libertad	Centro de Salud Materno Infantil-El Bosque	I-4	Gobierno Regional
	La Libertad	CAP III Metropolitano	I-3	EsSalud
	La Libertad	Centro de Salud San Martín de Porres	I-3	Gobierno Regional
	La Libertad	Centro de Salud Aranjuez	I-3	Gobierno Regional
	La Libertad	Centro de Salud Unión	I-3	Gobierno Regional
8	Lambayeque	Centro de Salud Cerropón	I-3	Gobierno Regional
	Lambayeque	Centro de Salud Túpac Amaru	I-3	Gobierno Regional
	Lambayeque	Policlínico Chiclayo Oeste	I-3	EsSalud
	Lambayeque	Centro de Salud José Olaya	I-3	Gobierno Regional

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
9	Lima	Centro de Salud Mirones	I-3	MINSA
	Lima	Policlínico Pablo Bermúdez	I-3	EsSalud
	Lima	Centro de Salud Nochetto	I-3	MINSA
	Lima	Centro de Salud Santa Anita	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud Materno Infantil Magdalena	I-4	MINSA
	Lima	Centro Materno Infantil Materno II Zapallal	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud Miguel Grau	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud Tambo Viejo	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud El Agustino	I-3	MINSA
	Lima	C. M. I. Juan Pablo II	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud Materno Infantil-Tahuantinsuyo	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud Nueva Esperanza	I-3	MINSA
	Lima	Centro de Salud Trébol Azul	I-3	MINSA
	Lima	Centro de Salud San Juan de Miraflores	I-3	EsSalud
	Lima	Centro de Salud Jesús Poderoso	I-3	MINSA
	Lima	Centro de Salud Infantil José Gálvez	I-4	MINSA
	Lima	Centro de Salud Infantil Ollantay	I-4	MINSA
10	Loreto	IPRESS Yanashi	I-3	Gobierno Regional
	Loreto	CAP III Iquitos	I-3	EsSalud
	Loreto	Centro de Salud San Antonio	I-3	Gobierno Regional
	Loreto	Centro de Salud Moronacocho	I-4	Gobierno Regional
	Loreto	IPRESS Túpac Amaru	I-3	Gobierno Regional
11	Piura	Establecimiento de Salud Pachitea	I-4	Gobierno Regional
	Piura	Establecimiento de Salud Víctor Raúl Haya de la Torre	I-3	Gobierno Regional
	Piura	Establecimiento de Salud Castilla	I-4	Gobierno Regional
	Piura	Centro Materno Infantil Catacaos	I-4	Gobierno Regional
	Piura	Centro de Salud María Goretti	I-3	Gobierno Regional
	Piura	Establecimiento de Salud Algarrobos	I-4	Gobierno Regional

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
12	San Martín	Centro de Salud de Lluyllucucha	I-3	Gobierno Regional
	San Martín	Centro de Salud Pueblo Libre	I-3	Gobierno Regional
	San Martín	Centro de Salud Calzada	I-3	Gobierno Regional
	San Martín	Centro de Salud de Soritor	I-4	Gobierno Regional
13	Ucayali	Centro de Salud 9 de Octubre	I-4	Gobierno Regional
	Ucayali	Centro de Salud Micaela Bastidas	I-3	Gobierno Regional
	Ucayali	Centro de Salud José Olaya	I-3	Gobierno Regional

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Tabla 14

EES SELECCIONADOS PARA LA SUPERVISIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
1	Amazonas	Hospital de Apoyo de Bagua-Gustavo Lanatta Luján	II-1	Gobierno Regional
2	Cajamarca	Hospital II EsSalud Cajamarca	II-2	EsSalud
	Cajamarca	Hospital de Apoyo de Cajabamba	II-1	Gobierno Regional
	Cajamarca	Hospital Regional de Cajamarca	II-2	Gobierno Regional
	Cajamarca	Hospital de Apoyo de Celendín	II-1	Gobierno Regional
3	Callao	Hospital San José del Callao	II-2	Gobierno Regional
4	Cusco	Hospital de Quillabamba	II-1	Gobierno Regional
	Cusco	Hospital Túpac Amaru II-E	II-E	Gobierno Regional
	Cusco	Hospital San Juan de Kimbiri	II-E	Gobierno Regional
	Cusco	Hospital de Espinar	II-1	Gobierno Regional

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
5	Huánuco	Hospital Materno Infantil Carlos Showing Ferrari	II-E	Gobierno Regional
6	Junín	Hospital Pichanaki	II-1	Gobierno Regional
	Junín	Hospital Alberto Hurtado Abadía-La Oroya	II-1	EsSalud
7	La Libertad	Hospital Walter Cruz Vilca	II-1	Gobierno Regional
	La Libertad	Hospital de Especialidades Básicas La Noria	II-1	Gobierno Regional
	La Libertad	Hospital I Albrecht	II-1	Gobierno Regional
	La Libertad	Hospital Distrital Santa Isabel	II-1	Gobierno Regional
8	Lambayeque	Hospital Provincial Docente Belén Lambayeque	II-1	Gobierno Regional
	Lambayeque	Hospital Regional Docente Las Mercedes	II-2	Gobierno Regional
9	Lima	Hospital III Suárez Angamos	II-2	EsSalud
	Lima	Hospital de Vitarte	II-1	MINSA
	Lima	Hospital de Emergencias Grau	II-2	EsSalud
	Lima	Hospital II Ramón Castilla	II-1	EsSalud
	Lima	Hospital Marino Molina Scippa	II-1	EsSalud
	Lima	Hospital Carlos Lanfranco La Hoz	II-2	MINSA
	Lima	Hospital de Huaycán	II-1	MINSA
	Lima	Hospital de Emergencias Ate Vitarte	II-E	MINSA
	Lima	Hospital de Emergencias Villa El Salvador	II-2	MINSA
	Lima	Hospital Uldarico Rocca Fernández	II-1	EsSalud
10	Loreto	Hospital Yurimaguas	II-1	EsSalud
	Loreto	Hospital Santa Gema de Yurimaguas	II-1	Gobierno Regional
	Loreto	Hospital II Santa Clotilde	II-1	Gobierno Regional

	Región	Nombre del establecimiento de salud	Categoría	Institución
11	San Martín	Hospital II-2 Tarapoto	II-2	EsSalud
	San Martín	Hospital Moyobamba	II-1	Gobierno Regional
	San Martín	Hospital de Bellavista	II-E	Gobierno Regional
	San Martín	Hospital de Tocache	II-1	Gobierno Regional
12	Ucayali	Hospital EsSalud Ucayali	II-2	EsSalud
	Ucayali	Hospital Amazónico de Yarina	II-2	Gobierno Regional
	Ucayali	Hospital Regional de Ucayali	II-2	Gobierno Regional

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

CAPÍTULO

4

PRINCIPALES RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN



4.1. Establecimientos de Salud del Nivel I-3 y I-4

4.1.1. Conocimiento de la Guía Técnica para el procedimiento de la atención integral

Del 100 % (70) de EESS del primer nivel de atención supervisados, solo el 29 % (20) conoce la *Guía técnica de la atención integral de toda gestante*¹¹⁵; el 71 % (50) desconoce la existencia de dicha *Guía*, que fue aprobada en junio de 2014, es decir que no se conoce una norma técnica que tiene más de 6 años de vigencia.

Podría pensarse que este hallazgo no es relevante, pues según la Guía, el procedimiento de evaluación integral que determine la viabilidad de la interrupción del embarazo se debe realizar en los EESS a partir del nivel II-E; sin embargo, la mayoría de las niñas, ya sea por malestar en su salud o por síntomas presumibles de embarazo, son atendidas en los EESS del primer nivel de atención o de baja complejidad¹¹⁶, ámbito más próximo donde acuden las víctimas y se detecta el embarazo.

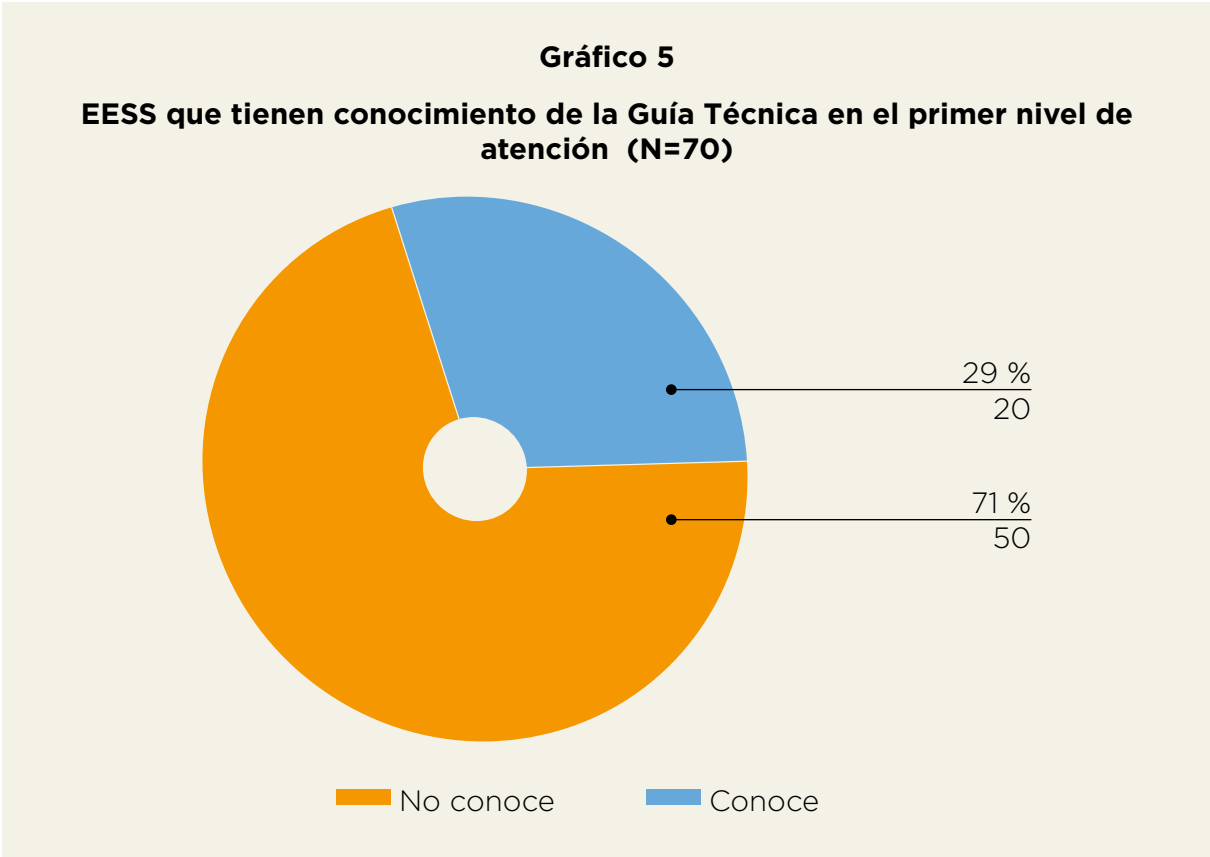
Es en este nivel donde deberían recibir la información oportuna sobre su derecho a una evaluación integral y la referencia a un establecimiento de mayor complejidad para su evaluación, acceso al control prenatal o al aborto terapéutico, de ser el caso, conforme lo indica la Guía en su artículo 7.1.

El desconocimiento acarrea vulneraciones a los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes que enfrentan un embarazo; no solo de su derecho a la información, sino que, al ser este un derecho instrumental que permite el ejercicio de otros derechos, el carecer de información en el momento oportuno de la consulta priva a las niñas de la posibilidad de solicitar una evaluación integral de su salud, para determinar la existencia de una gestación con riesgos para su vida o su salud y, de ser el caso, acceder a un procedimiento de aborto terapéutico¹¹⁷.

115 En adelante, cuando se mencione a la “Guía” o “Guía Técnica”, hacemos referencia a 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA

116 Según el Ministerio de Salud, a este nivel corresponden los centros de salud con camas de internamiento y los centros médicos con camas de internamiento. En: Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud (NTS N.º 021-MINSA-DGSP-v.03, aprobada por Resolución Ministerial n.º 546-2011/MINSA). Se atiende entre el 70 % y 80 % de la demanda del sistema (Norma Técnica Categorías de Establecimientos del Sector Salud. MINSA, 2004).

117 “La obligación de suministrar oficiosamente información aparea el deber de los Estados de suministrar información pública que resulte indispensable para que las personas puedan ejercer sus derechos fundamentales o satisfacer sus necesidades básicas sobre temas relacionados a la sexualidad y la reproducción, ya que con ello se contribuye a que las personas estén en condiciones de tomar decisiones libres y fundamentadas respecto de estos aspectos tan íntimos de su personalidad. En este sentido, el derecho de las mujeres de acceso a la información en materia reproductiva hace surgir una obligación proactiva u oficiosa a cargo del Estado, debido al re-



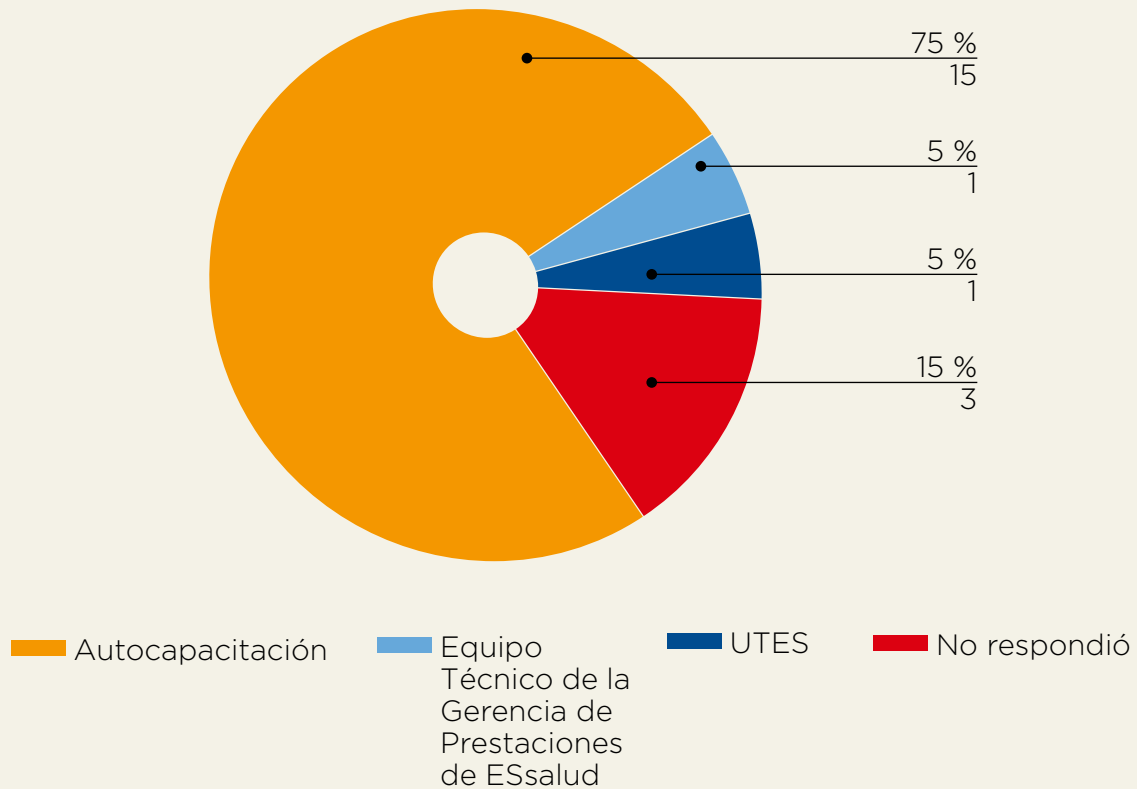
Fuente: Supervisión defensorial
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.1.2. Sector que brinda la Capacitación

De los 20 (29 %) EES que señalaron conocer la *Guía Técnica*, en el 75 % (15) de ellos, el personal se capacitó por su cuenta o se autocapacitó. Solo 1 EES recibió capacitación de la Unidad Territorial de Salud y 1 de EsSalud, respectivamente. El 15 % (3) no respondió.

conocimiento de las limitaciones que suelen tener las mujeres, particularmente las mujeres pobres, indígenas y/o afrodescendientes y quienes habitan en zonas rurales, para acceder a información confiable, completa, oportuna y accesible. En estos casos, el derecho de acceso a la información adquiere un carácter instrumental asociado a la satisfacción de otros derechos humanos consagrados en la Convención Americana”. En: COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61. 22 noviembre 2011. Párrafos 25 y 26.

Gráfico 6
EESS que indican quién brindó la capacitación (N=20)

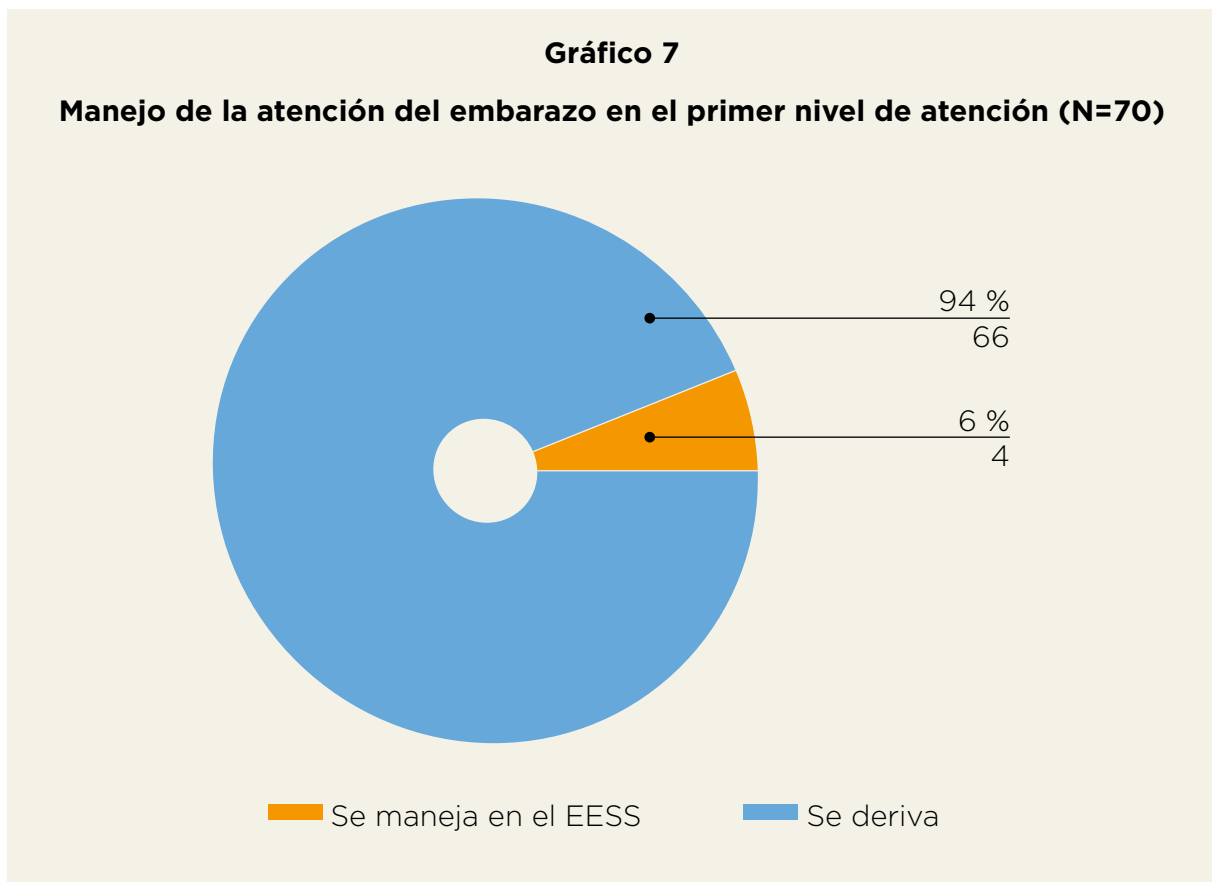


Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.1.3. Manejo de la atención del embarazo

Del total de los 70 EESS de primer nivel, el 94 % (66) señala que se deriva a la usuaria a un EESS de mayor nivel y el 6 % (4) señala que realiza las primeras atenciones prenatales y luego refiere a la niña a un establecimiento de mayor complejidad.

Dichas acciones respecto al manejo del embarazo en niñas menores de 14 años, están detalladas en la norma para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente Durante el Embarazo, Parto y Puerperio (R.M. 007-2017/MINSA).



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.1.4. Número de partos en principales regiones

Entre los años 2015 y 2019, los EESS del primer nivel de atención (I-3 y I-4), ubicados en las regiones de Cajamarca, Huánuco, Junín, Lima, Piura y Ucayali, atendieron un total de 281 partos de niñas menores de 14 años. De este grupo de regiones, destaca Cajamarca que sostenidamente atiende un aproximado de 44 partos anuales. En Huánuco, si bien se han atendido partos durante todos estos años, la cifra es mucho menor; mientras que en Junín, Lima, Piura y Ucayali, se trata de una excepcionalidad que apenas alcanza los 5 partos durante el quinquenio.

Sin embargo, cabe advertir que el hecho que varios establecimientos no registren partos no necesariamente implica que estos no se produzcan, sino que es posible que se hayan realizado en los EESS de mayor nivel.

Tabla 15
NÚMERO DE PARTOS ATENDIDOS EN NIÑAS DE MENOS DE 14 AÑOS, EESS NIVEL I-3 Y I-4

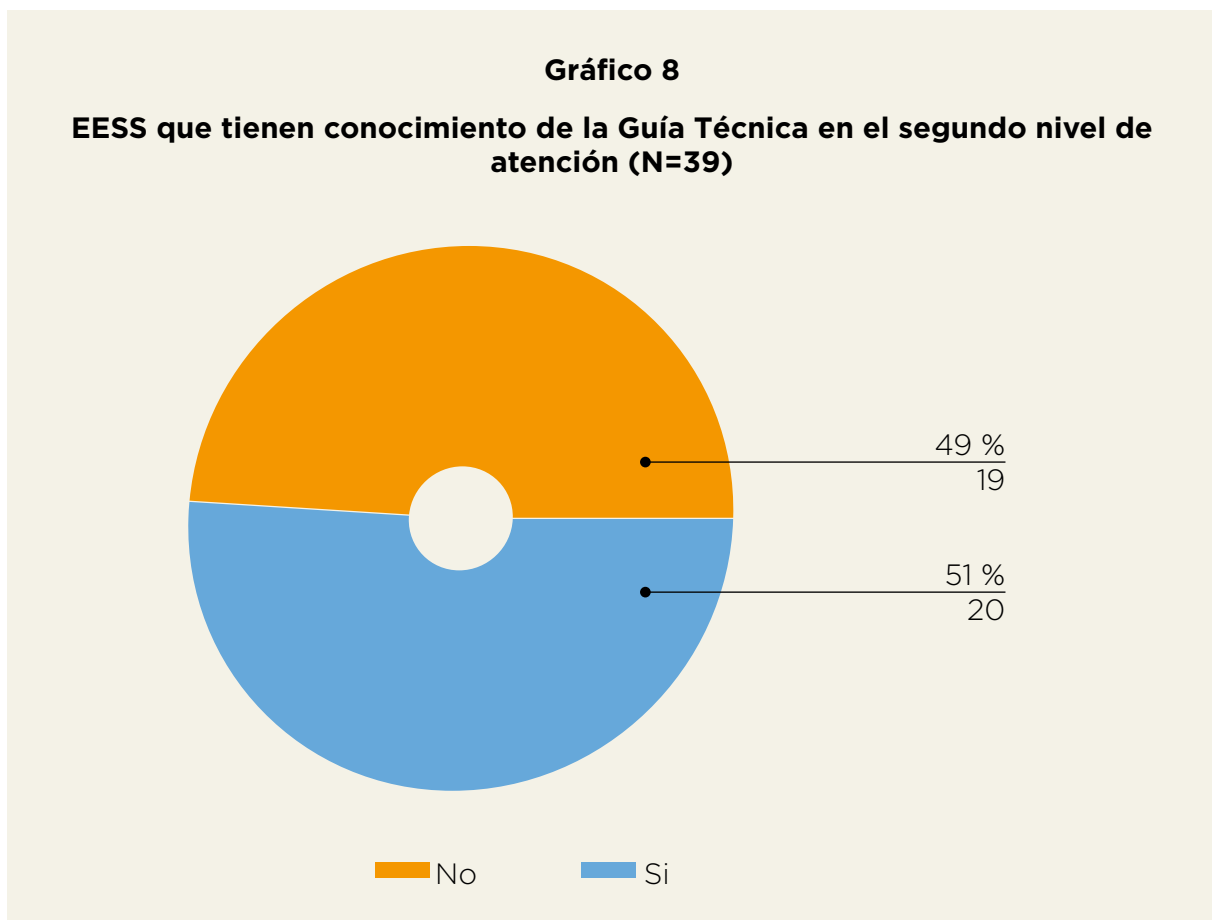
Región	Partos atendidos en niñas menores de 14 años					N° total de partos
	2015	2016	2017	2018	2019	
Amazonas	0	0	0	0	0	0
Cajamarca	42	45	46	47	41	221
Callao	0	0	0	0	0	0
Cusco	0	0	0	0	0	0
Huánuco	3	6	6	13	21	49
Junín	1	0	0	0	0	1
La Libertad	0	0	0	0	0	0
Lambayeque	0	0	0	0	0	0
Lima	0	1	0	0	0	1
Loreto	0	0	0	0	0	0
Piura	2	1	0	2	0	5
San Martín	0	0	0	0	0	0
Ucayali	0	0	0	3	1	4
Total	48	53	52	65	63	281

Fuente: Supervisión defensorial
 Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.2. Establecimientos de Salud del Nivel II-1 y II-E

4.2.1. Conocimiento de la Guía Técnica para el procedimiento de la atención integral

Recordemos que el total de EESS del segundo nivel (II-1, II-2 y II-E) supervisados fue de 39, de los cuales el 51 % (20) señala conocer la Guía Técnica sobre la atención integral de toda gestante¹¹⁸; es decir, el 49 % (19) la desconoce, pese a que a partir de este nivel de atención corresponde realizar este tipo de procedimientos, según lo señala la propia *Guía técnica*.



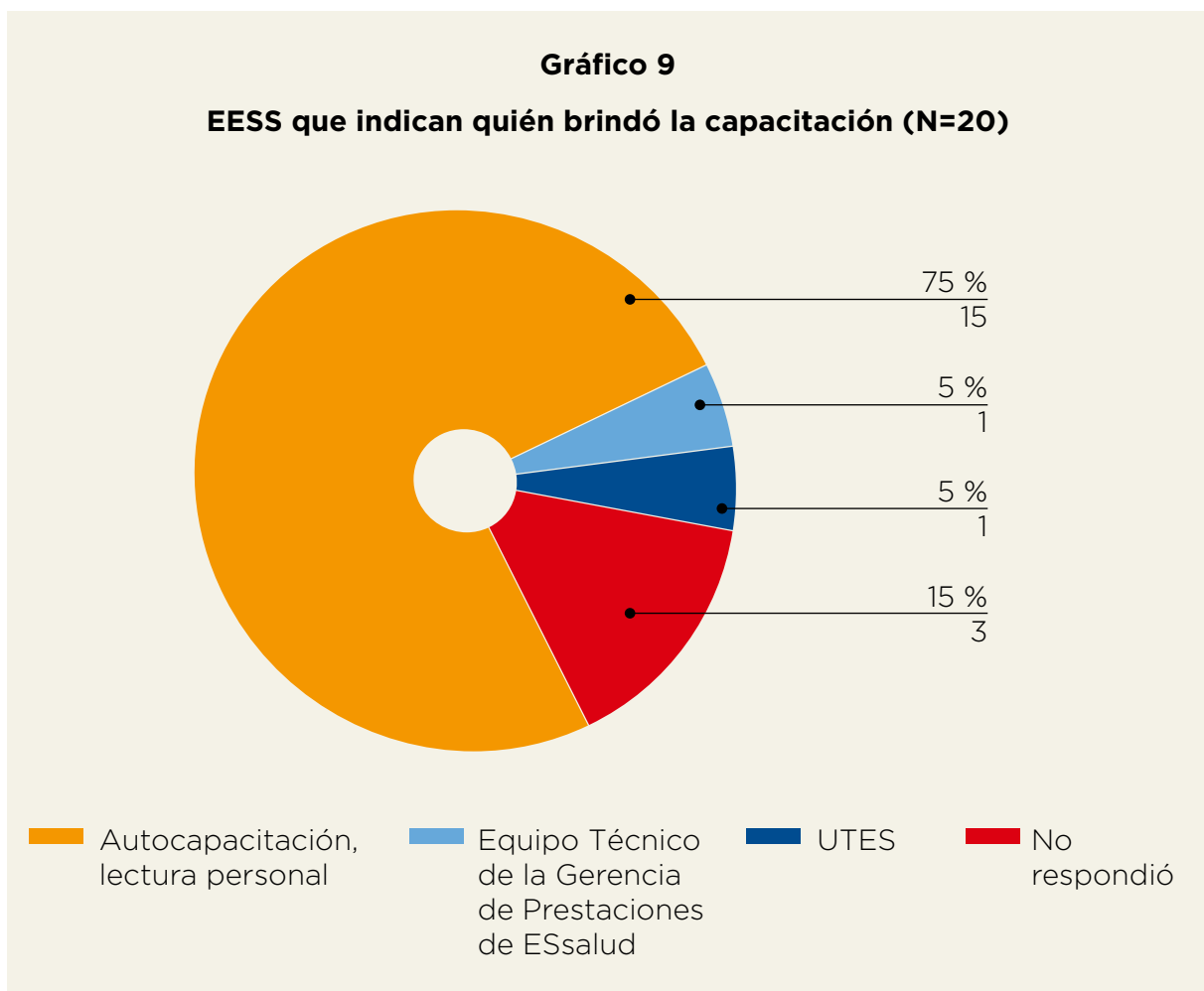
Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

118 En adelante, cuando se mencione a la "Guía", hacemos referencia a 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA

4.2.2. Sector que brinda la capacitación

De los 20 EESS que mencionaron sí conocer la *Guía Técnica*, en el 75 % (15) de ellos el personal de salud no fue capacitado por el Ministerio de Salud, sino que se autocapacitó, lo cual arroja dudas razonables sobre la calidad de la información que se maneja y las capacidades del recurso humano. Solo en dos EESS se recibió capacitación por parte de las Unidades Territoriales de Salud -UTES¹¹⁹ y EsSalud respectivamente. Asimismo, 3 (15 %) EESS no detallaron respuesta alguna.

El desconocimiento -con las limitaciones que ello supone para informar a otro sobre sus derechos y para realizar procedimientos, como ya se señaló- acarrea vulneraciones a los derechos fundamentales de las niñas víctimas de violación sexual que enfrentan un embarazo impuesto.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

¹¹⁹ Respecto a las Unidades Territoriales de Salud (UTES), los instrumentos aplicados a los establecimientos de salud en la presente supervisión utilizaron el término de UTES; no obstante, a la fecha, dichas unidades son conocidas como las Direcciones Regionales de Salud (Diresa).

Adicionalmente, en cuanto a las actividades de capacitación dirigidas a las y los profesionales de salud del segundo nivel, se observa que, durante el quinquenio comprendido entre los años 2015 y 2019, los 39 EESS del segundo nivel supervisados informaron que recibieron un total de 19 capacitaciones, lo que equivale a 0.09 actividad de capacitación por EESS; es decir, mucho menos de media capacitación por año y sin ningún tipo de presupuesto asignado.

Tabla 16

NÚMERO DE ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN, SEGÚN TIPO Y PROFESIONAL CAPACITADO

Año	2015	2016	2017	2018	2019	Total
Número de actividades	5	3	3	5	3	19
Tipo de actividad	Charla no presencial	Sesiones demostrativas-capacitación	Charla educativa	Pasacalles, charla informativa	Campañas y charlas, curso taller	
Profesionales capacitados/as	Gineco-obstetra, obstetra, interna	Gineco-obstetra, abogada, psicóloga interna	Obstetra interna	Obstetras, interna	Gineco-obstetra, internos, residentes, obstetra	

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

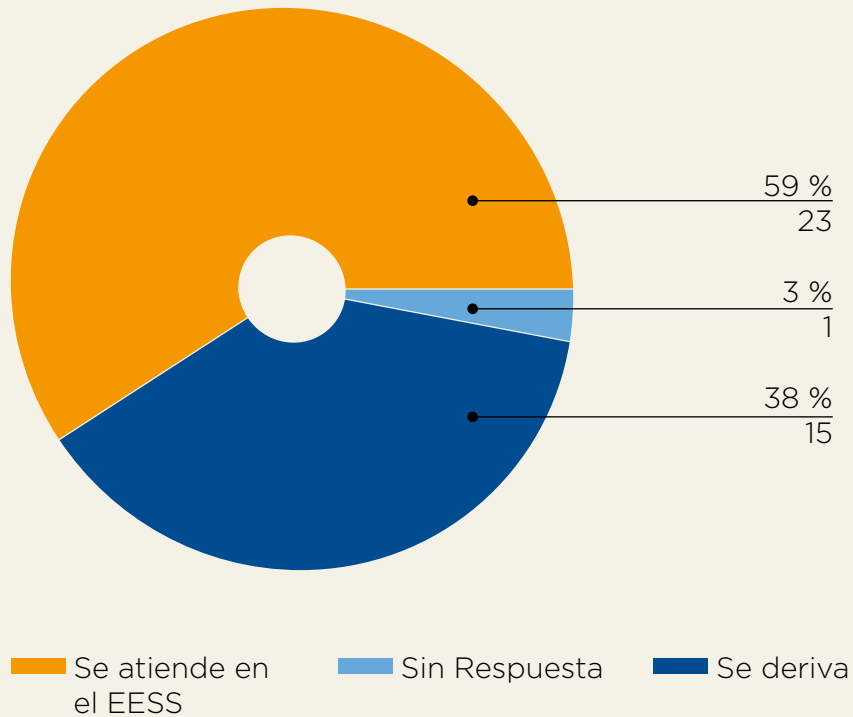
4.2.3. Manejo de la atención del embarazo

De los 39 EESS, solo el 59 % (23) respondió que sí atiende a las niñas; el 38 % (15) las refiere a otro EESS, y 1 EESS no brindó información. Sin embargo, la Guía Técnica señala que es a partir del II nivel de atención que se debe implementar, y que son los EESS de menor nivel quienes deberán ser referidos a otro EESS de mayor complejidad, bajo responsabilidad (Artículo 7.1).

Asimismo, según las funciones obstétricas, los EESS del segundo nivel (II-1 y II-E) realizan funciones obstétricas neonatales esenciales (FONE); entre ellas destacan, el diagnóstico del embarazo y la evaluación del riesgo en menores de 15 años, así como recibir las derivaciones de adolescentes o niñas menores de 15 años que se encuentren gestando, conforme lo establece la Norma Técnica de Salud sobre Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente, aprobada por la RM n.º 007-2017/MINSA.

Gráfico 10

Manejo de la atención del embarazo en el segundo nivel de atención (N=39)



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.2.4. Número de partos en principales regiones

En todas las regiones donde se ha supervisado EESS de segundo nivel, **se registran partos de niñas menores de 14 años**; estos alcanzan, durante el quinquenio 2015-2019, los 1 797 partos y 446 atenciones posaborto (APA) o de abortos en curso, es decir, se trata de abortos que serían espontáneos o que habrían sido realizados fuera del sistema de salud. Destacan, por sus elevados números, las regiones de Cusco, Loreto, Ucayali y Lima, tanto en partos como en atenciones posaborto.

Tabla 17
NÚMERO DE PARTOS DE NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS

Región	Partos de niñas de menores de 14 años					Número de partos (2015 - 2019)
	2015	2016	2017	2018	2019	
Amazonas	6	4	1	3	3	17
Cajamarca	15	22	19	13	25	94
Callao	6	2	6	11	16	41
Cusco	137	106	119	99	98	559
Huánuco	15	12	21	17	23	88
Junín	0	1	2	2	3	8
La Libertad	0	1	3	1	3	8
Lambayeque	11	14	13	16	17	71
Lima	18	14	22	43	41	138
Loreto	59	60	86	71	73	349
San Martín	0	3	4	9	6	22
Ucayali	113	85	86	67	51	402
Total	380	324	382	352	359	1797

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Tabla 18

NÚMERO DE CASOS DE ATENCIÓN POSABORTO (APA) EN NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS

Región	Casos de atención posaborto (APA) en niñas menores de 14 años					
	2015	2016	2017	2018	2019	Número de APA (2015-2019)
Amazonas	0	0	1	0	0	1
Cajamarca	4	4	3	6	3	20
Callao	7	4	2	3	0	16
Cusco	2	57	0	7	148	214
Huánuco	1	1	2	2	4	10
Junín	0	0	0	0	0	0
La Libertad	0	0	0	0	0	0
Lambayeque	1	3	2	3	2	11
Lima	8	8	12	9	8	45
Loreto	4	3	4	4	4	19
San Martín	0	0	4	0	3	7
Ucayali	17	32	27	18	9	103
Total	44	112	57	52	181	446

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

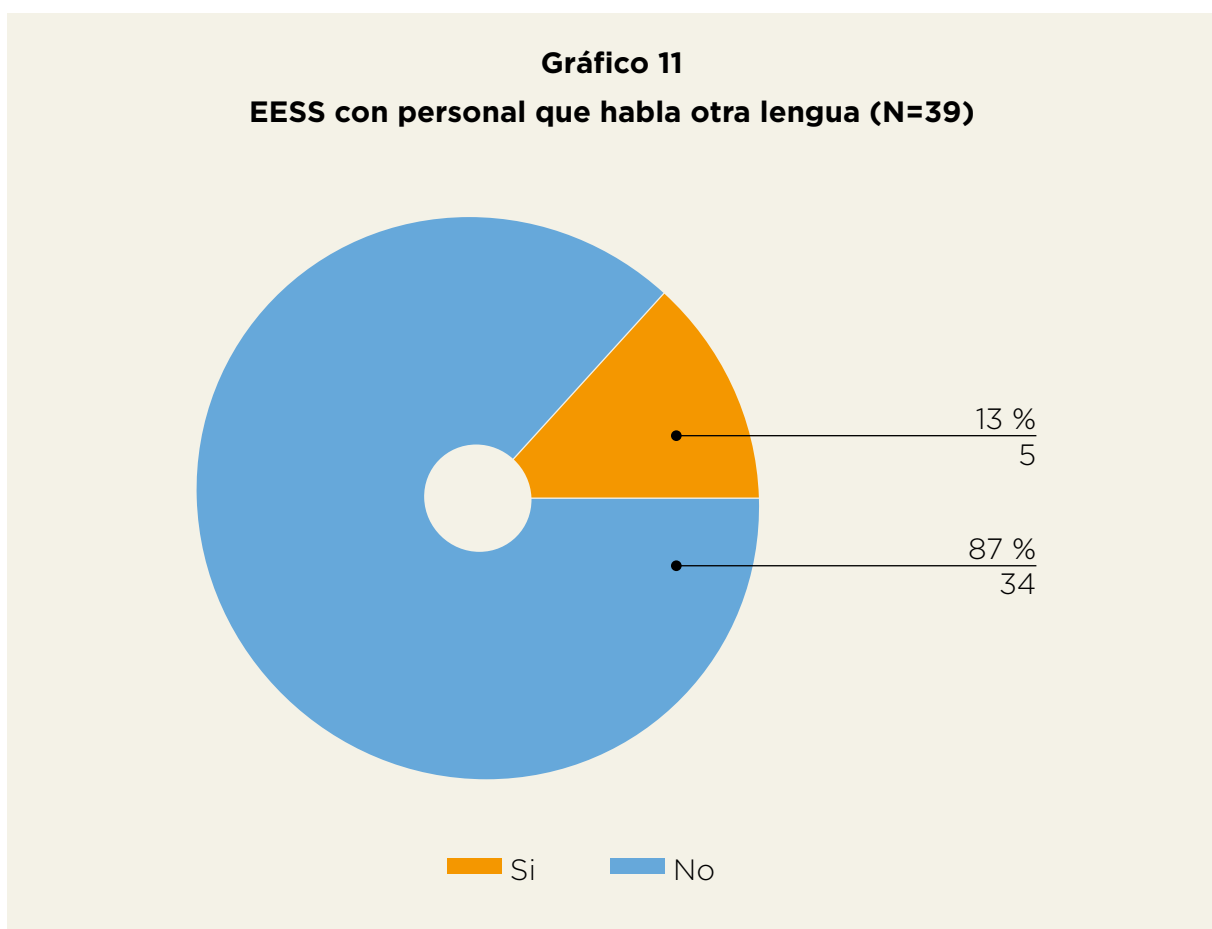
4.2.5. Establecimientos de salud que hablan otras lenguas originarias

De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, solo el 13 % (5) cuenta con personal que habla la lengua local (quechua/aimara), además del inglés, sin embargo, el 87 % (34) EESS señala que no cuenta con personal que hable otra lengua. Es importante considerar que entre las regiones supervisadas se encuentran Amazonas, Ucayali, Loreto, Cajamarca y Cusco.

Al respecto, recibir atención en la propia lengua es un derecho de toda persona usuaria de cualquier servicio público; más aún, en un servicio de salud que involucra la atención de la violencia sexual y el embarazo no deseado, donde la comunicación es fundamental debido a lo íntimo de la información; por lo que

la pertinencia cultural es imprescindible conforme lo señala el marco normativo nacional mencionado en el presente informe¹²⁰.

Asimismo, el reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, señala en su artículo 15º sobre el acceso a información y evaluación integral de la salud y su tratamiento, que en caso que la niña o adolescente haga uso de un idioma distinto al lugar en que se encuentra, el establecimiento de salud garantiza su atención informada en lenguaje comprensible a su edad y grado de madurez a fin de asegurar este derecho.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

120 Especialmente se contempla en el Decreto Supremo N° 009-2019-MC que aprueba los lineamientos para incorporar el enfoque intercultural en la prevención, atención y protección frente a la violencia sexual contra niñas, niños, adolescentes y mujeres indígenas u originarias, aprobado el 9 de agosto del 2019. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/decreto-supremo-que-aprueba-los-lineamientos-para-incorporar-decreto-supremo-n-009-2019-mc-1795966-3>

4.3. Principales aspectos de la aplicación de la Guía Técnica por el segundo nivel de atención

A partir de este punto abordaremos el cumplimiento de la Guía Técnica del Procedimiento de la Atención Integral de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica, especialmente para los casos de niñas menores de 14 años, víctimas de violación sexual.

Al respecto, se realizaron tres preguntas, con la intención de establecer una correlación entre el a) número de solicitudes de abortos terapéuticos en general, b) las solicitudes de aborto terapéutico en el caso de las niñas menores de 14 años y c) el número de atenciones de interrupción realizados en esta población; sin embargo, dicho cruce solo fue posible realizar en las regiones de Lambayeque y Ucayali por contar con esa información.

En Lambayeque, se informó de 21 solicitudes de aborto terapéutico para niñas de menos de 14 años y de 21 abortos realizados, es decir, ninguna solicitud habría sido rechazada. En Ucayali, hubo 1 solicitud, pero no se realizó ningún aborto en este grupo etario. No se informó sobre la causal invocada en la solicitud de aborto terapéutico.

Tabla 19

PEDIDOS DE ABORTO TERAPÉUTICO EN NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS

Región	Número solicitudes de aborto terapéutico 2015-2019	Número de solicitudes de aborto terapéutico en niñas menores de 14 años 2015-2019	Número de abortos terapéuticos realizados en niñas menores de 14 años 2015-2019
Amazonas	-	-	-
Cajamarca	-	-	-
Callao	-	-	-
Cusco	-	-	-
Huánuco	-	-	-
Junín	-	-	-
La Libertad	-	-	-
Lambayeque	131	21	21
Lima	-	-	-

Región	Número solicitudes de aborto terapéutico 2015-2019	Número de solicitudes de aborto terapéutico en niñas menores de 14 años 2015-2019	Número de abortos terapéuticos realizados en niñas menores de 14 años 2015-2019
Loreto	-	-	-
San Martín	-	-	-
Ucayali	69	1	0
Total	200	22	21

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Al respecto, la CIDH reiteró a los Estados el deber de eliminar todos los obstáculos de jure y de facto que impiden el acceso de las mujeres a servicios de salud materna, salud sexual y salud reproductiva que ellas requieren, incluyendo información y educación en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Estas medidas han de tener en cuenta la situación de especial riesgo, desprotección y vulnerabilidad de niñas y adolescentes, así como de las mujeres en particular situación de exclusión y alinearse con los estándares interamericanos en la materia¹²¹.

4.3.1. Motivación en la denegatoria del procedimiento de la Guía Técnica

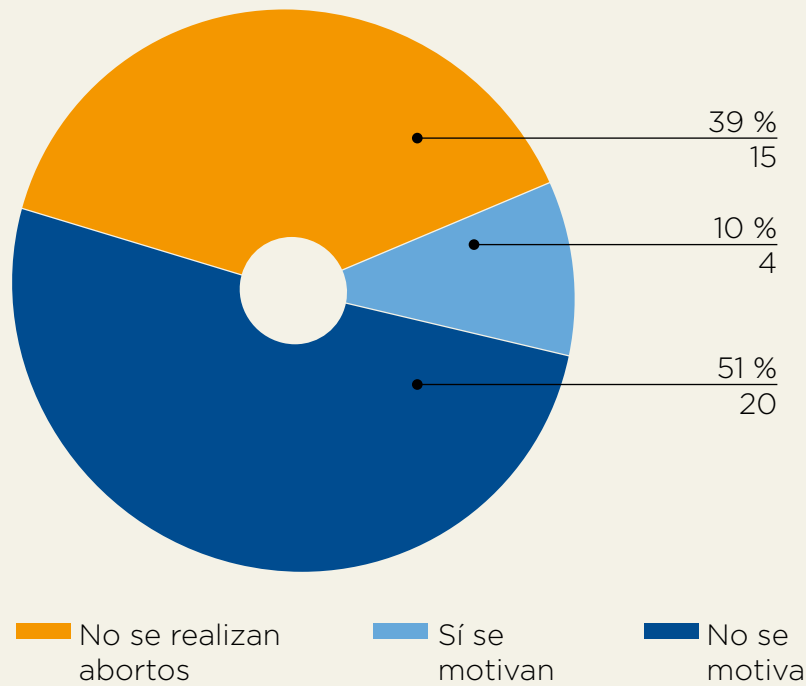
De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, el 51 % (20) de EESS denegó la interrupción del embarazo, de los cuales solo el 10 % (4) se motivó la denegatoria. El 39 % (15) de EESS respondió que no realizaban este tipo de procedimientos.

Respecto a la motivación, los 4 EESS que sí motivaron sus resoluciones denegatorias, señalaron que es la junta médica la encargada de la motivación y que esta se basa en las patologías maternas y neonatales. Al respecto, dicha ausencia de motivación vulnera el derecho a la debida motivación, un requisito de validez de todo acto administrativo y que alude a la obligatoriedad de expresar las razones que motivan la decisión del funcionariado, tanto respecto de los hechos como de la interpretación de las normas o del razonamiento realizado.

121 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Párrafo 210. Publicado el 22 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>.

Gráfico 12

Número de los EESS que motivaron la denegatoria de aborto terapéutico en Niñas y Adolescentes (N=39)



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.3.2. Criterios para la evaluación integral a la salud.

25 establecimientos de salud proporcionaron información sobre los criterios utilizados para evaluar el riesgo para la salud y la vida de la niña gestante (ver tabla). De ellos, solo el 16 % (4) señaló que considera la salud mental como un factor de riesgo, el 44 % (11) señaló enfermedades preexistentes que se agravan con la gestación como un riesgo de vida y 40 % (10) señaló otros criterios.

Al respecto, 14 EESS consideran como riesgos para la salud de la niña y adolescente gestante, principalmente: edad de la gestante, anemia, obesidad, salud mental; pelvimetría inadecuada; hipertensión, talla de la niña, el acto de violación sexual y las condiciones socioeconómicas, entre otras. Asimismo, entre los principales criterios para evaluar el riesgo para la vida de la niña y adolescente gestante, los 11 EESS señalan las hemorragias; enfermedades que aumentan el riesgo por la gestación; salud mental, condición patológica mental, desproporción cefalopélvica, condiciones socioeconómicas, disfuncionalidad familiar, maltrato, el acto de violación sexual y el embarazo no deseado, entre otras (ver tabla).

Los resultados evidencian que existe una limitada valoración de las condiciones de riesgo para la salud o la vida de una niña menor de 14 años, siendo que en su mayoría se rige por riesgos físicos. Como hemos mencionado, un embarazo producto de una violación sexual significa que se genere múltiples vulneraciones, tal como lo ha señalado el Comité de los Derechos del Niño en su Observación General n.º.13¹²², al indicar que los efectos de la violencia contra niñas o adolescentes pueden resultar sumamente graves y tiene múltiples consecuencias, entre ellas, “consecuencias psicológicas y emocionales (como sensaciones de rechazo y abandono, trastornos afectivos, trauma, temores, ansiedad, inseguridad y destrucción de la autoestima)”, que pueden derivar incluso en suicidio o intentos de cometerlo, aspecto recogido además en la sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos del caso P.G contra Ecuador¹²³.

En esa línea, la Corte señala que constituye un atentado contra el derecho a la vida de las niñas, porque las arrastra al suicidio y les impide el acceso a condiciones que les garanticen una existencia digna, libre de una violencia sexual que las deja humilladas física y emocionalmente, cuyos efectos pueden significar tortura (como un embarazo no deseado)¹²⁴. A su vez, también recalca que la violación sexual supone una intromisión en la vida sexual, perdiendo de forma completa el control sobre sus decisiones más personales e íntimas y sobre las funciones corporales básicas¹²⁵.

En atención a lo expuesto, y a pesar del carácter integral de las distintas dimensiones de la salud (física, mental y social), la mayoría de los criterios utilizados por los EESS para evaluar el riesgo en la salud de la gestante fueron las patologías físicas, equiparando los riesgos de una niña gestante menor de 14 años con los riesgos de una mujer adulta, a pesar de que sus cuerpos, biología y fisiología, son distintos. Respecto a este punto, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, recomienda diferenciar, en cuanto sea posible y pertinente, los derechos humanos de las niñas y de las adolescentes, de los derechos humanos de las mujeres con el fin de reconocer que las niñas enfrentan desafíos específicos, diferentes a los que enfrentan las mujeres adultas¹²⁶.

122 Observación General N° 13 (2011) del Comité de los Derechos del Niño: Derecho del niño a no ser objeto de ninguna forma de violencia (CRC/C/GC/13). Párrafo 15. Publicado el 18 de abril de 2011. Disponible en: <https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/G1142390.pdf>

123 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Sentencia caso Paola Guzmán Albarracín y otras contra Ecuador, 24 de junio de 2020.

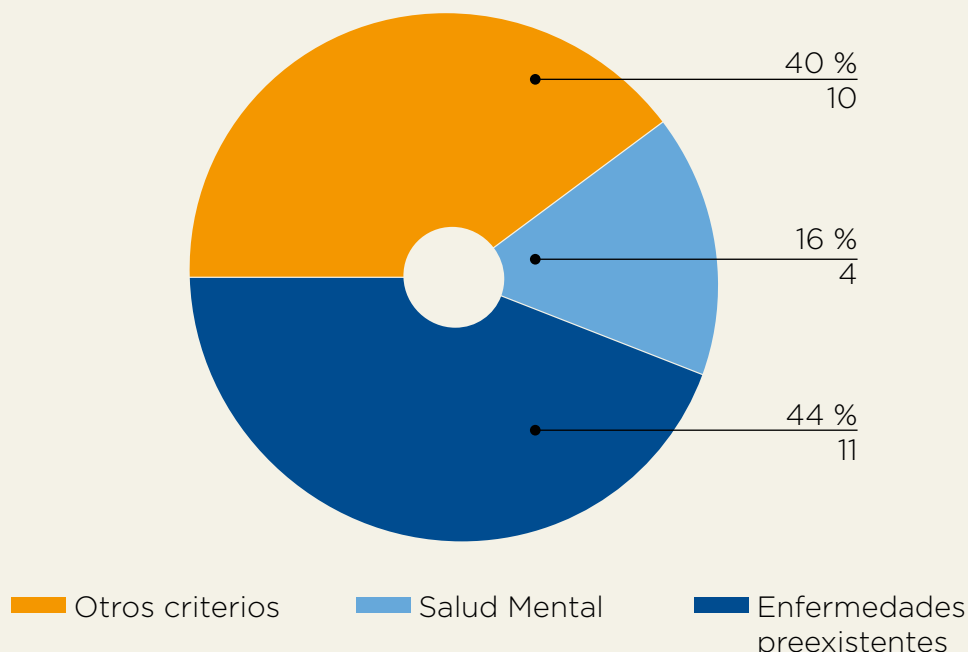
124 Corte Interamericana de Derechos Humanos. Caso del Penal Miguel Castro Castro Vs. Perú. Sentencia, 25 de noviembre de 2006. Serie C n.º 160, párr. 312

125 Corte IDH. Caso Fernández Ortega y otros. Vs. México. Excepción Preliminar, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 30 de agosto de 2010. Serie C n.º 215, párr. 129.

126 Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. Página 147. Publicado el 22 de enero del 2020. Disponible en: <https://www.oas.org/es/cidh/prensa/Comunicados/2020/012.asp>.

Gráfico 13

Número de EESS que informan sobre el derecho a una evaluación integral (N=25)



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Tabla 20

CRITERIOS PARA LA EVALUACIÓN DEL RIESGO EN LA SALUD Y DE VIDA EN LA NIÑA GESTANTE MENOR DE 14 AÑOS

Criterios para evaluar riesgo salud		Criterios para evaluar riesgo vida	
Criterios	Nº de EESS	Criterios	Nº de EESS
Anemia; parto prematuro; peso bajo al nacer; trastornos hipertensivos	1	Enfermedades colaterales al embarazo; embarazo no deseado; anemia; patologías del feto (retardo de crecimiento intrauterino, desproporción céfalo-pélvica)	1
Edad del paciente; pelvimetría obstétrica; talla del paciente; co-morbilidades presentes	1	Hemorragia; ruptura uterina; sufrimiento fetal; salud mental	1
Talla; hemoglobina; altura uterina; hipertensión arterial	1	Hemorragias intraparto y post parto; trastornos hipertensivos; anomalías en la inserción de la placenta	1

Criterios para evaluar riesgo salud		Criterios para evaluar riesgo vida	
Criterios	Nº de EESS	Criterios	Nº de EESS
Edad; condición socioeconómica; educación	1	Evaluación nutricional; factores gineco-obstétricos	1
Enfermedades concomitantes; pelvimetría inadecuada; factores de riesgo de feto	1	Signos vitales inestables; enfermedades que aumentan el riesgo de muerte con la gestación: cardíacas, cáncer, etc.	1
Anemia; obesidad; ETS; uso de alcohol y drogas	1	Condición patológica mental	1
Asmática; LES; obesidad	1	Condición económica; familia disfuncional; deserción escolar; bajo nivel educativo y rechazo social	1
Condición patológica y mental	1	Examen médico; maltrato; violación; infecciones	1
Edad	1	Interrupciones uterinas recientes	1
Embarazo por violación; evaluación clínica	1	Paridad; alguna otra patología	1
En caso de cesárea	1	Preeclampsia; hemorragia; amenaza de parto prematuro; desproporción céfalo-pélvica	1
Evaluación médica y evaluación psicológica	1		
Otras patologías	1		
Riesgo reproductivo; desarrollo de etapa de adolescencia; daño psicológico y riesgo nutricional	1		
Total	14	Total	11

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

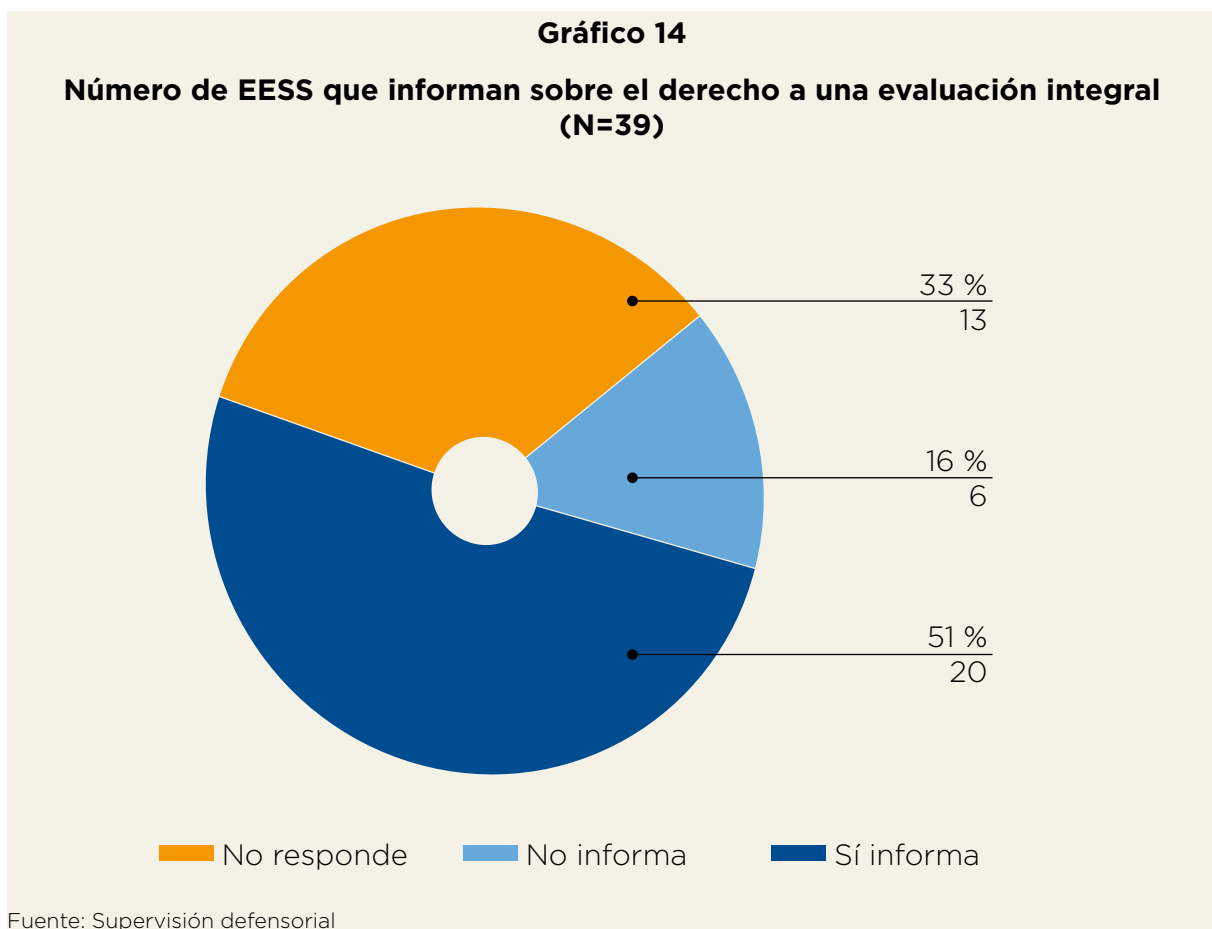
4.3.3. Entrega de Información

Al respecto, de los 39 EESS supervisados, solo en el 51 % (20) sí cumple con la obligación de brindar información completa sobre el derecho que asiste a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y/o gestantes a una evaluación integral de la salud, que es trascendental para el proyecto de vida de estas niñas y que amplía sus opciones frente a un embarazo no deseado. El 16 % (6) no informa sobre el derecho a la evaluación integral y un 33 % (13) no responde.

Es obligación de las y los prestadores de los servicios de salud entregar información veraz y clara a las y los progenitores o representantes legales de

las niñas con embarazos producto de una violación sexual, sobre el derecho a ser evaluadas integralmente para determinar si califican o no para acceder a un aborto terapéutico, aun cuando la información no les fuera solicitada, en conformidad con la Guía Técnica, como lo establecen de manera expresa los marcos normativos nacionales¹²⁷.

Asimismo, el reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, señala en su artículo 15º sobre el acceso a información y evaluación integral de la salud y su tratamiento que, las niñas o adolescentes y sus familiares y cuidadores reciben por parte del personal de salud que los atiende, información respecto al procedimiento en salud, en un lenguaje claro y entendible.



127 Protocolo de actuación conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud, aprobado por Decreto Supremo n.º 008-2019-SA; Protocolo base de actuación conjunta en el ámbito de la atención integral y protección frente a la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, aprobado por Decreto Supremo n.º 012-2019-MIMP (III.3.2, inciso c); Norma Técnica de Salud n.º 164-MINSA-2020-DGIESP, para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar, afectados por violencia sexual, Guía de atención a víctimas de violación sexual, Resolución Ministerial n.º 649-2020/MINSA (artículo 5.5.3.c).

4.3.4. Conformación de la Junta Médica

De los 39 EESS del segundo nivel, el 44 % (17) mencionó la participación de otras especialidades para conformar la Junta Médica, como: psicólogas/os, pediatras, obstetras e, incluso, trabajador/a social (Ver tabla n.º. 21); sin embargo, según la Guía Técnica, ningún otro profesional que no sea médico puede integrar la junta médica, ya que esta se debe conformar por tres médicos o médicas, por lo menos un/a gineco-obstetra quien la presidirá y dos médicos cirujanos, una/o de ellas/os especialista o medico/a relacionado con la patología de fondo que afecta a la gestante (artículo 6.3.1).

No obstante, ello no impide que se pueda complementar con el aporte de otras profesiones, cuya participación mediante sus evaluaciones y/o informes son sumamente valiosos y determinantes para una evaluación integral. Específicamente, sus conclusiones pueden incorporarse en la historia clínica como actos de salud, categoría que comprende a los actos de la prevención, promoción y atención de los distintos profesionales de la salud.

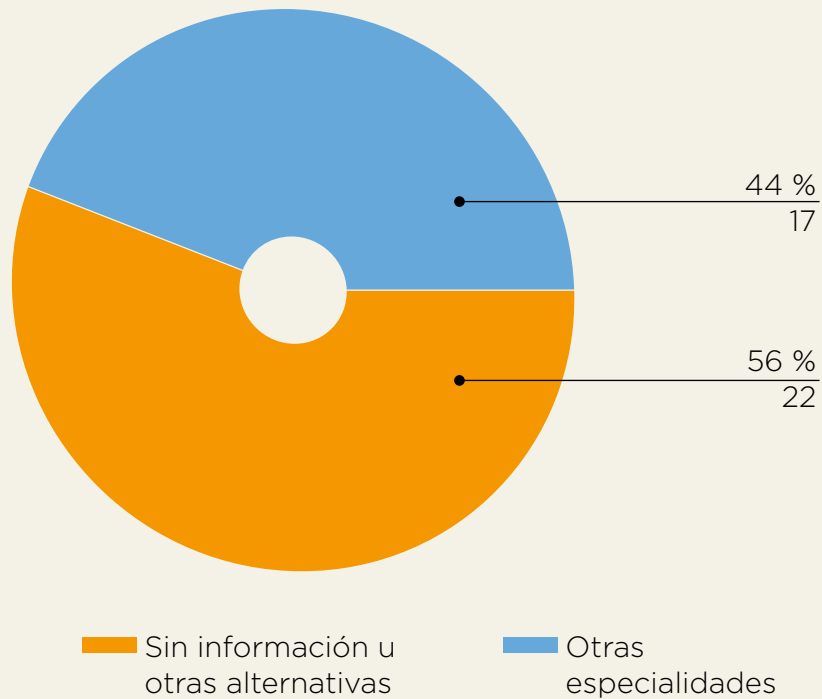
Al respecto, se debe considerar lo señalado en el reglamento de la ley para la consideración primordial del interés superior del niño¹²⁸ en su artículo 12.4 sobre la participación de profesionales calificados, la cual señala que en los procedimientos se debe contar con profesionales y técnicos especializados en el desarrollo y atención de la niña o adolescente que examinen la información recibida de manera objetiva.

Asimismo, según el mismo artículo, los servicios públicos y privados deben ser conducidos por personal profesional, técnico o promotores capacitados y evaluados periódicamente por las entidades competentes, para asegurar la prestación de un servicio de calidad que atienda a sus necesidades y características particulares. Donde, en caso tengan que evaluar el interés superior del niño debe participar un equipo interdisciplinario de profesionales y técnicos que puedan determinar las posibles consecuencias y soluciones para el curso de su vida, dadas sus características individuales y las experiencias anteriores. Cabe precisar que los 22 EESS restantes no brindó información o señaló otras respuestas como: desconocimiento sobre la creación de la Junta Médica, deriva a otros EESS porque no realizan esa intervención, no brindan el servicio de Gineco- Obstetricia ya que priorizan atención COVID-19 o incluso que no es aplicable el aborto terapéutico.

128 Reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, Decreto Supremo n.º 002-2018-MIMP.

Gráfico 15

Conformación de la Junta Médica (N=39)



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

Tabla 21

ESPECIALIDADES MÉDICAS QUE INTEGRAN LA JUNTA MÉDICA, POR LOS EESS

Especialidades que integran la junta médica	N° de EESS
Dos ginecólogos, un médico de la patología que padece la paciente	1
Ginecólogo, pediatra, psicólogo y psiquiatra	1
Especialista y médico tratante	1
Gineco-obstetras	2
Gineco-obstetra y médico especialista en cirugía	2
Ginecología, psicología	1

Especialidades que integran la junta médica	N° de EESS
Ginecólogo, médicos especialistas (anestesia, cirugía y otros que apoyen alguna patología que presente la paciente), obstetras, psicólogos	1
Ginecólogo, médico general, obstetra	1
Gineco-obstetra, médico legal y asistente social	1
Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, médico ginecólogo, jefe del Servicio de Obstetricia y Ginecología, asistente de turno	1
Depende de la patología de la paciente	1
Médico general y psicólogo	2
Médico gineco-obstetra, médico anestesista, médico pediatra	1
Médico gineco-obstetra y cirujano con especialidad, según patología materna	1
Total	17

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.3.5. Entrega de información y consideración de la opinión de la niña o adolescente

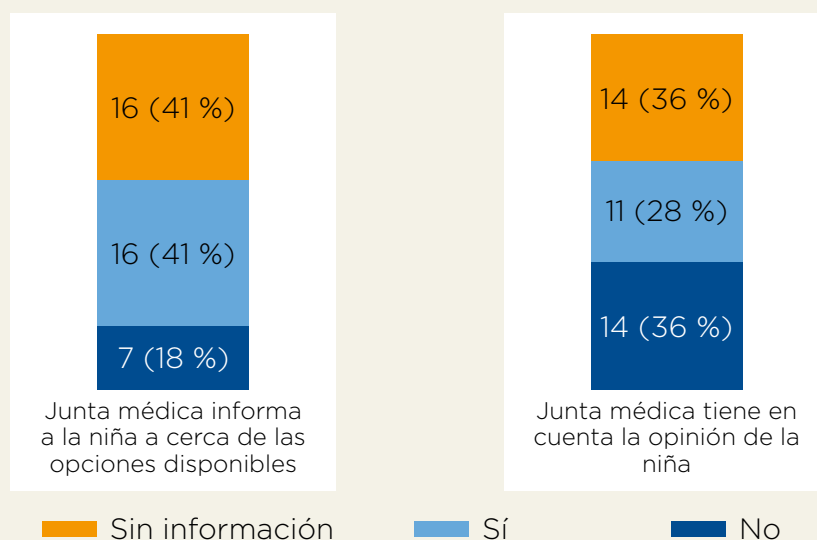
A los 39 EESS, se les preguntó si la Junta Médica informa a la niña o adolescente sobre las opciones y riesgos, el 41 % (16) indicó que sí brinda información, pero el porcentaje se reduce a 28 % (11) cuando se indaga por quiénes toman en cuenta o consideración la opinión en función a su edad y madurez. Asimismo, de los 39 EESS, 18 % (7) indicó que no brinda información a las niñas o adolescentes y 41 % (16) no respondió. Respecto a la segunda pregunta, 36 % (14) EESS no tiene en cuenta su opinión y 36 % (14) no respondió.

Al respecto, si bien la *Guía técnica* no precisa la entrega de información a la niña gestante menor de 14 años, el reglamento de la Ley n.º 30466 para la consideración primordial del interés superior del niño¹²⁹ en su artículo 14 señala expresamente que la Junta Médica debe informar a las niñas sobre las opciones disponibles, riesgos y efectos secundarios, y tener en cuenta su opinión según su edad y madurez, sin embargo, señala como uno de los motivos el que “no cuenten con presencia o autorización de los padres”.

129 Artículo 14 del reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, D. S. n.º 002-2018-MIMP.

Gráfico 16

Derecho a la información y consideración de la opinión de la niña y adolescente menor de 14 años (N=39)



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.3.6. Consentimiento de las niñas y adolescentes

De los resultados de la supervisión, se advierte que el personal de salud de los EESS no toma en cuenta la opinión de las niñas y adolescentes menores de 14 años, debido a que consideran “que no son conscientes de la situación que atraviesan”. Esto es generado por la persistencia de las practicas adultocéntricas en los distintos operadores o profesionales, lo que implica mantener las relaciones de poder jerarquizadas, donde las niñas y adolescentes están en una posición inferior de poder¹³⁰; por lo tanto, invalidan o minimizan su opinión.

Al respecto, señalan que el médico especialista es quien informa según la evaluación y, en caso de realizar el procedimiento, este se efectúa con la autorización de los padres de la niña, silenciando su voz, o en el mejor de los casos, mediada por las interpretaciones de las personas adultas que la acompañan, representante o del propio equipo de salud. Incluso, en un EESS el desconocimiento no solo involucra los derechos de las niñas, sino la propia legalidad del aborto terapéutico, al mencionar que “en el Perú no está legalizado el aborto terapéutico”, que como se sabe no es punible desde hace noventa y seis años (el Código Penal de 1924 penalizó todas las figuras de aborto, con excepción del terapéutico hasta la actualidad).

130 UNICEF, Cuadernillo “Superando el adultocentrismo”, publicado en noviembre del 2013. Disponible en: <https://uploads.tapataalk-cdn.com/files-120/UNICEF-04-SuperandoelAdultocentrismo.pdf>

Si bien el marco normativo exige el **consentimiento** de un progenitor o representante legal, la niña tiene derecho a ser informada y a ser escuchada, su voz es clave en el proceso de toma de decisiones. Muchas veces se privilegia una orden fiscal antes que su opinión, desconociendo el derecho de niñas y adolescentes a ser escuchadas y consideradas, según el principio de autonomía progresiva y el derecho de la niña a ser escuchada en la toma de decisiones sobre su salud, especialmente cuando se trata de un tema personalísimo, como la salud sexual y reproductiva, que impactará a lo largo de su vida, como con la maternidad; conforme lo establece el Comité de los Derechos del Niño, en su Observación general n.º 12, sobre el Derecho del niño a ser escuchado¹³¹ y el marco normativo nacional descrito.

Asimismo, el reglamento de la Ley n.º 30466, señala en su artículo 12.1. inciso cº sobre el derecho a ser escuchado, indicando que, en todo proceso o procedimiento, en el que se encuentren comprendidos sus intereses, deben establecerse los mecanismos y recursos pertinentes para que ejerzan su derecho a ser escuchados, expresando con libertad sus opiniones, expectativas, intereses o necesidades, en espacios o servicios para su edad y características, evitando entornos intimidatorios, hostiles o insensibles para una eficaz escucha.

En ese sentido, se debe garantizar la capacitación del personal para recibir la opinión de la niña, niño o adolescente; así como el diseño, adecuación e implementación de los ambientes de todas las entidades públicas y privadas que atienden a niñas, niños y adolescentes.

4.3.7. Formalidad del consentimiento de las niñas y adolescentes

Del 39 (100 %) EESS, se advierte que el 64 % (25) de los EESS supervisados exige el consentimiento de más de 1 progenitor, siendo que en 14 EESS exigen el consentimiento de ambos progenitores; 8 EESS a ambos progenitores y la niña, 2 EESS requieren a ambos progenitores y otro; 1 EESS requiere a ambos padres, la niña y otro. Asimismo, 2 requieren solo el consentimiento de la madre y 1 EESS señala otra opción. Cabe precisar que 11 EESS no brindaron información.

Es decir, los 25 EESS van más allá de lo establecido por la Guía técnica, la cual señala que se requiere el consentimiento y firma de uno de los progenitores (Artículo 6.6.). Asimismo, como se observa, solo en un 23 % (9) de los EESS se mencionó a las niñas como parte involucrada en el proceso de la toma de decisión, y cuya firma era necesaria. Este aspecto es sustancial debido a la relevancia de considerar la opinión de la niña o adolescente.

131 No basta con escuchar al niño; sus opiniones tienen que tomarse en consideración a partir de que es capaz de formarse un juicio propio. Estudios demuestran que la información, la experiencia, el entorno, las expectativas sociales y culturales y el nivel de apoyo contribuyen al desarrollo de la capacidad del niño para formarse una opinión, al margen de la edad biológica. Las opiniones del niño tienen que evaluarse caso por caso (párrafo 29). "Madurez" hace referencia a la capacidad de comprender y evaluar las consecuencias de un asunto, por lo que debe tomarse en consideración en cada niño (párrafo 31). El Comité celebra que algunos países hayan establecido una edad fija para el derecho al consentimiento del niño sin una evaluación profesional de su capacidad. Sin embargo, recomienda enérgicamente que los Estados garanticen que, cuando un niño menor de esa edad demuestre capacidad para expresar una opinión con conocimiento de causa sobre su tratamiento, se tome debidamente en cuenta esa opinión (párrafo 102).

Respecto a los requerimientos de solicitar el consentimiento de progenitores, las niñas o algún otro representante, obstaculiza el procedimiento y ocasiona demoras innecesarias que se pueden tornar en irreparables e incluso letales; considerando, además, que la norma sanitaria establece un límite gestacional de 22 semanas para la interrupción.

Es importante precisar que, de acuerdo con las normas para la aplicación del interés superior del niño y del adolescente, en caso los progenitores no otorguen el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña o adolescente, se puede prescindir de la autorización, conforme lo señala el artículo 17 del reglamento de la Ley n°30466, ley que establece los parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño. Incluso, señala la misma ley en su artículo 12.1 inciso c, que en caso que la opinión de la niña o adolescente entrara en conflicto con la de su representante, el EESS competente debe asegurar el derecho a expresar libremente su opinión y salvaguardar sus derechos.

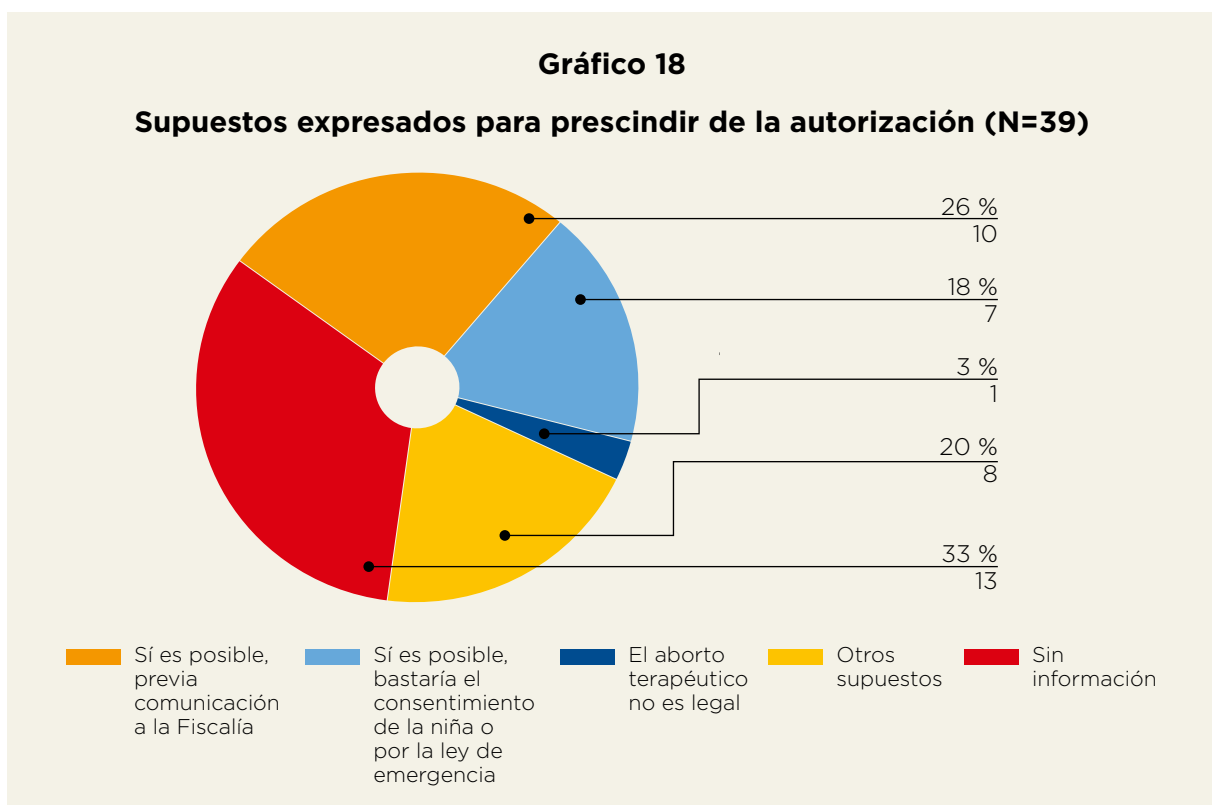


Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.3.8. Respuestas expresadas por los EESS respecto a prescindir la autorización

Asimismo, conforme se observa en la siguiente tabla, existe una serie de respuestas expresadas por los EESS respecto a la posibilidad de prescindir de esta autorización y realizar el procedimiento de interrupción del embarazo, en caso de que la madre, padre, responsable o tutor no otorgue el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña y adolescente menor de 14 años.

Al respecto, entre los principales supuestos expresados resaltan que el 26 % (10) de EESS considera que sí es posible, pero previa comunicación a la Fiscalía, y el 18 % (7) de EESS señala que sí es posible y bastaría con el consentimiento de la niña o en aplicación de la ley de emergencia. En el 3 % (1) EESS se señala que “el aborto terapéutico no está legalizado en el Perú, situación que evidencia el desconocimiento del marco normativo; por lo tanto, de las obligaciones como personal médico. El 20 % (8) EESS señala otros supuestos y 33 % (13) no brindó información.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

En ese sentido, es fundamental recordar lo mencionado anteriormente, respecto a la posibilidad de prescindir de la autorización en caso de que ponga en peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña o adolescente (artículo 17 del reglamento de la Ley n°30466) o incluso en caso de que la opinión de la niña o adolescente entrara en conflicto con la de su representante, el EESS debe salvaguardar su opinión y sus derechos (artículo 12.1 inciso c).

Tabla 22

CONSENTIMIENTO EN CASOS DE RIESGO DE VIDA PARA LA NIÑA GESTANTE Y NEGATIVA DE PROGENITORES

Supuestos expresados	Nº de EESS
No se han presentado en nuestro hospital. Comunicaría a Fiscalía o Policía para que constate que los profesionales están actuando en salvaguarda del paciente. En casos de extrema gravedad, a discreción del profesional, se puede actuar para salvar la vida.	1
Aborto terapéutico no está legalizado en el Perú	1
No	2
No aplica	4
No hubo casos	1
No se realizan abortos terapéuticos	1
Se realiza junta médica para evaluar riesgos y beneficios del paciente, y se realiza el procedimiento para salvar la vida de la niña	1
Sí, para salvar la vida y por ley de emergencia	4
Sí se realiza con el consentimiento de la niña	1
Sí, previa comunicación con Fiscalía	9
Shock hipovolémico, shock séptico	1
Sin información	13
Total	39

Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.3.9. Acompañamiento psicológico a la niña o adolescente gestante

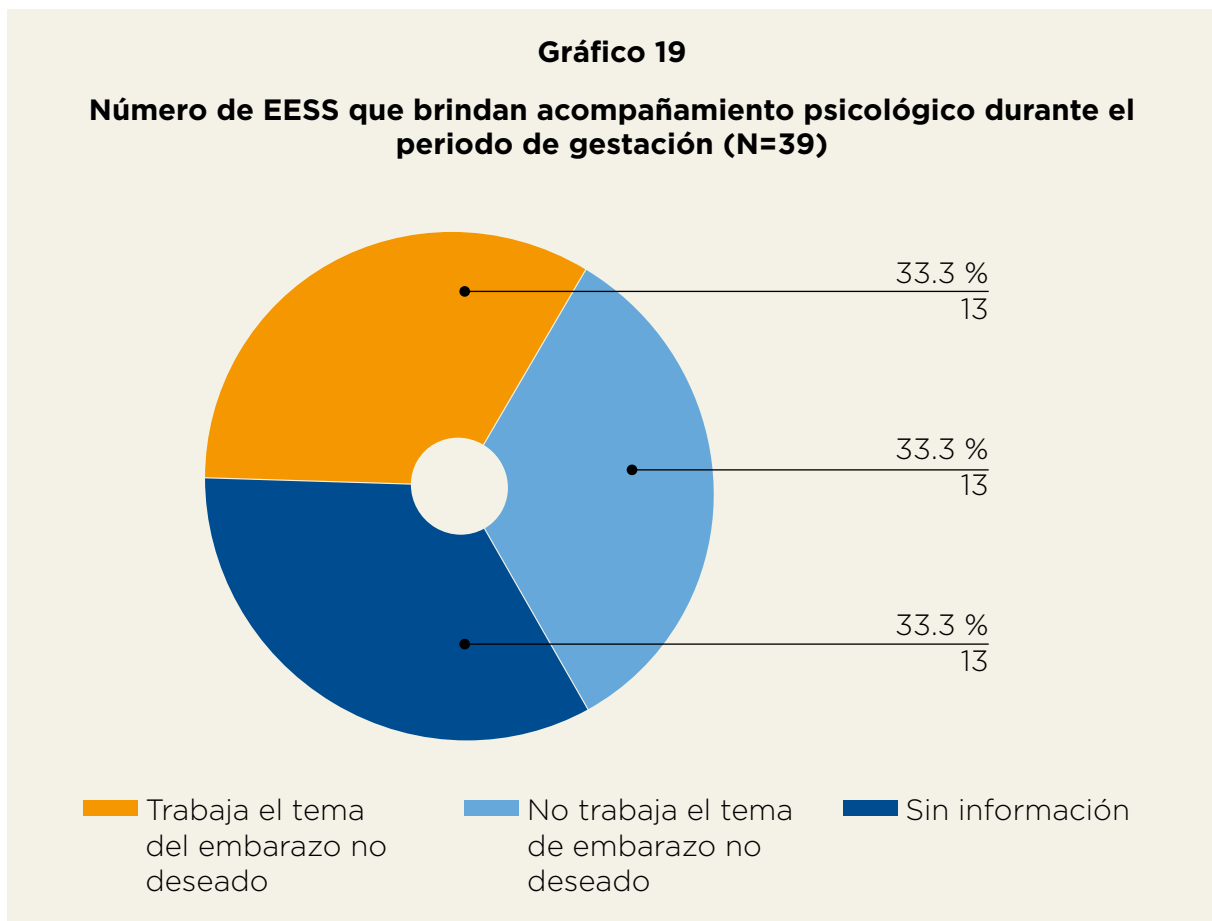
Al respecto de los 39 EESS supervisados, solo el 33.3 % (13) indaga con las niñas o adolescente gestantes respecto a la naturaleza u origen del embarazo; otros 33.3 % (13) EESS no trabaja el tema; y el tercio restante no proporciona información.

Cabe precisar que las normas para la atención de la gestante adolescente establecen un acompañamiento psicológico durante la gestación, que comprende tres sesiones de consulta psicológica individual. En la primera sesión, se busca identificar si se trata de un “embarazo no deseado”, conforme se señala en la Resolución Ministerial n° 007-2017-MINSA, artículo 7.3.3.2. inciso c)¹³².

¹³² Norma Técnica de Salud sobre Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente, aprobada por Resolución Ministerial n.º 007-2017-MINSA Aprobada el 06 de enero del 2017. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191000/190557_RM_N_007.pdf20180823-19572-n07xwz.pdf

Asimismo, el artículo 81 del Decreto Supremo n.º 04-2019-MIMP¹³³ señala que en todo establecimiento de salud es gratuita la promoción, prevención, atención y recuperación integral de la salud física y mental de las víctimas de violencia. Lo que incluye un plan de atención individualizado que asegura la atención médica; exámenes de ayuda diagnóstica (laboratorio, imagenología y otros); hospitalización, medicamentos, tratamiento psicológico y psiquiátrico; y cualquier otra prestación, actividad necesaria o requerida para el restablecimiento de su salud, según complejidad, en todos los niveles de atención.

La norma en mención señala que cuando exista Centro de Salud Mental Comunitario en la jurisdicción donde se encuentra la víctima, la atención en salud mental es brindada por dicho centro en los casos que corresponda, según el riesgo en el que aquella se encuentra; sin perjuicio de la atención especializada que debe recibir de los otros establecimientos de salud para garantizar su recuperación integral.



Fuente: Supervisión Defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

133 Decreto Supremo n.º.004-2019-MIMP que modifica el Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP. Publicado el 07 de marzo del 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297866/ds_004_2019_mimp.pdf

4.3.10. Recursos humanos y logísticos para una atención integral a la niña o adolescente gestante

De los 39 EESS supervisados, solo el 62 % (24) EESS cuenta con profesionales calificados para la atención materno perinatal infantil con capacidades para realizar una atención diferenciada de las niñas gestantes menores de 14 años; el 56 % (22) EESS cuenta con obstetras para orientación o consejería en servicios de salud sexual y reproductiva, solo el 51 % (20) de EESS dispone de medicamentos e insumos, el 49 % (19) cuenta con equipos y el 41 % (16) con la infraestructura. Estos déficits se ven reflejados en el tipo de procedimiento seleccionado para realizar un aborto terapéutico en este grupo etario, conforme lo veremos en el siguiente ítem (4.3.11).

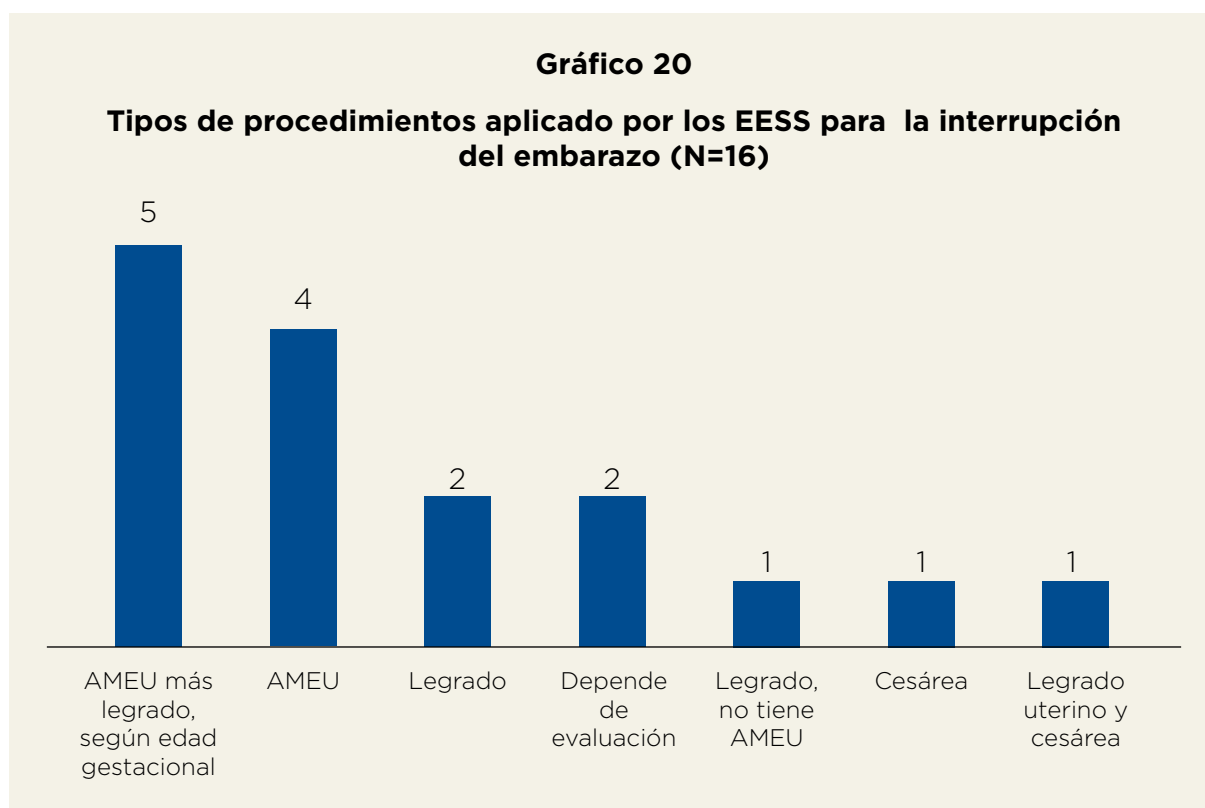
4.3.11. Tipo de procedimientos que se realiza para casos de interrupciones de embarazo

La *Guía Técnica* (artículo 6.7) señala que el procedimiento se realiza según la edad gestacional, los cuales pueden ser:

- a) Métodos hasta las 12 semanas de gestación:** Aspiración manual endouterina (AMEU) o el uso de misoprostol.
- b) Métodos para evacuar el contenido uterino entre las 13 y menos de 22 semanas:** Aplicar esquemas terapéuticos con misoprostol; producida la expulsión, completar con legrado uterino.

Al respecto de la supervisión realizada, se observa que 5 EESS utilizan AMEU más legrado dependiendo de la edad gestacional, 4 EESS utilizan el procedimiento de AMEU; 2 EESS realizan un legrado, 2 EESS indicaron que depende de la evaluación, 1 EESS señala que utiliza el legrado porque no tiene equipo para AMEU.

Asimismo, 1 EESS señala como procedimiento la cesárea y 1 indica el legrado uterino y cesárea. Los 23 EESS no realizaron ese tipo de intervención o no respondieron la pregunta. Es importante precisar que la cesárea no es un método indicado por la *Guía Técnica* para la interrupción del embarazo hasta las 22 semanas gestacionales; y que ningún EESS señaló el uso del fármaco misoprostol como un procedimiento, pese a que la *Guía Técnica* lo regula y es el método menos invasivo para la niña y menos oneroso para el sistema de salud. Cabe precisar que solo 16 EESS brindaron información.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.3.12. Salas de atención y hospitalización ginecológica especializadas

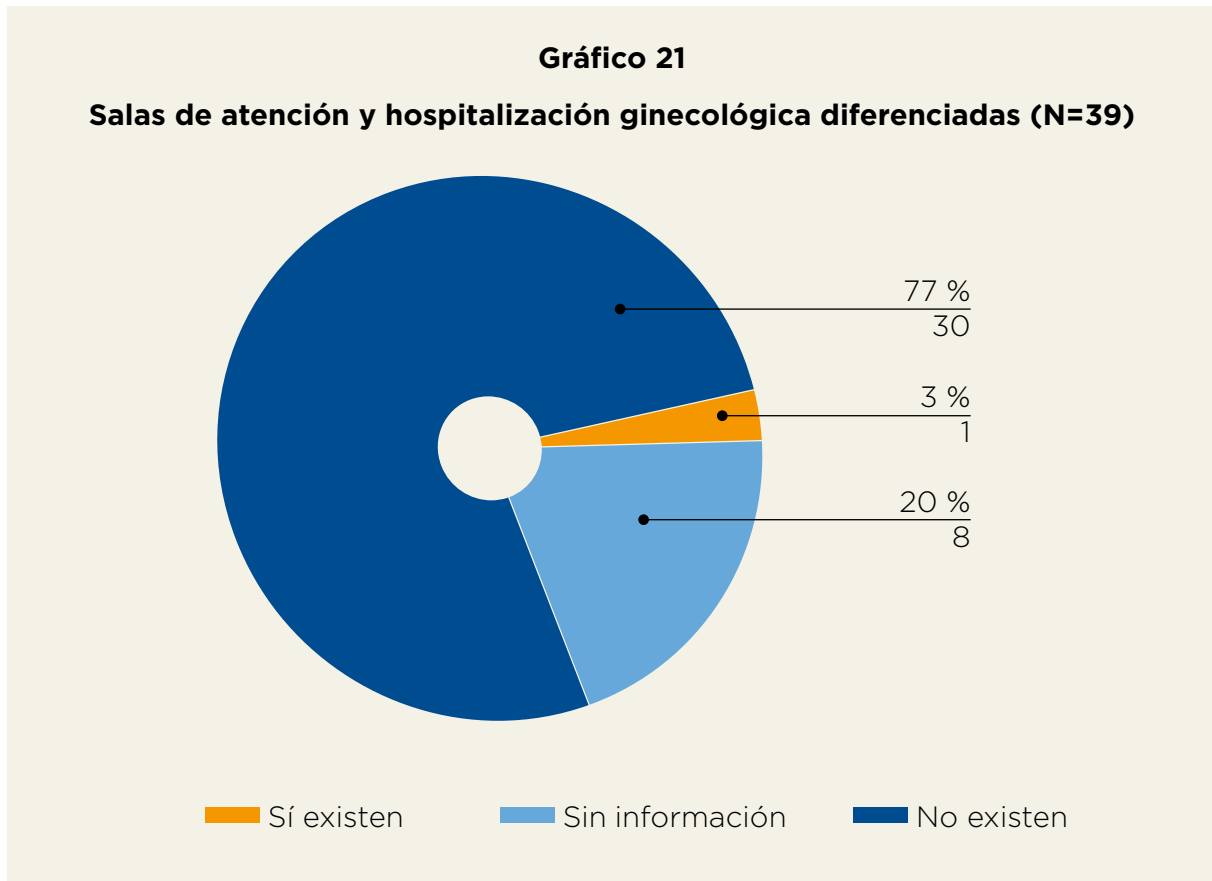
De los 39 (100 %) EESS supervisados, solo el 3 % (1) señaló la existencia de salas de atención y hospitalización ginecológicas adecuadas para niñas; es decir, el 77 % (30) EESS señaló que no cuentan con dichas salas especializadas. Asimismo, el 20 % (8) EESS no brindó información.

Al respecto, en términos de infraestructura es difícil no reflexionar sobre la ausencia de salas de atención y hospitalización de ginecología pediátrica o diferenciada para niñas. Colocar a las niñas en las salas junto a mujeres adultas constituye un trato cruel, inhumano y degradante debido a que las mujeres adultas decidieron sus embarazos, tienen otros cuerpos y esperan alumbrar para regresar a casa con su familia; además, representa una afectación a la salud mental de las niñas y vulnera la aceptabilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva, de acuerdo a lo establecido por la Recomendación General n.º 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa al Derecho a la salud sexual y reproductiva.

Asimismo, el reglamento de la Ley n.º 30466¹³⁴ en su artículo 15.3 señala que el establecimiento de salud realiza una evaluación integral orientada a la

¹³⁴ Reglamento de la Ley n.º 30466, Ley que establece parámetros y garantías procesales para la consideración primordial del interés superior del niño, Decreto Supremo n.º 002-2018-MIMP.

identificación, atención de riesgos y fortalecimiento de factores protectores en su salud física y nutricional, salud mental, salud sexual y reproductiva mediante espacios diferenciados.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

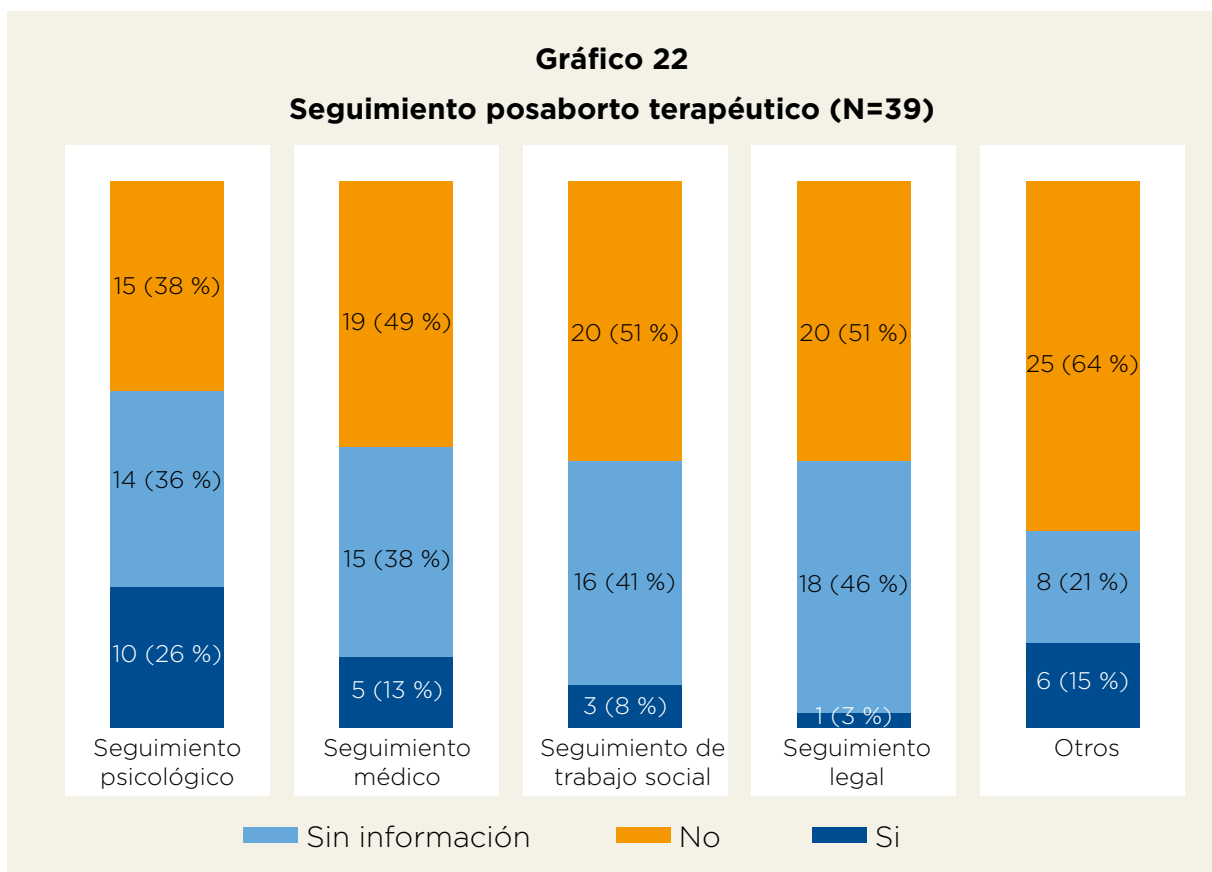
4.3.13. Seguimiento posaborto terapéutico

De los 39 EESS, solo el 26 % (10) cumple con ofrecer seguimiento psicológico a la niña o adolescente; 13 % (5) EESS señala realizar seguimiento médico, 8 % (3) EESS indica seguimiento social, el 3 % (1) EESS señala seguimiento legal y el 15 % (6) EESS señala otros tipos de seguimiento. Como se observa, la mayoría de EESS no brinda algún tipo de seguimiento y otro significativo número no dio respuesta alguna.

Respecto al seguimiento médico, la Guía Técnica señala como parte del cuidado post - intervención, que se debe brindar al paciente varias indicaciones, entre ellas: instrucciones muy claras sobre los cuidados necesarios, información sobre cómo reconocer los signos de alarma y contactar al médico, de ser necesario, síntomas que presentará posteriormente, orientación, consejería en salud sexual reproductiva y ofrecer anticoncepción para la prevención de un nuevo embarazo.

Sin embargo, es importante precisar que la atención no concluye con la resolución de la urgencia o con la interrupción de la gestación, de ser necesaria. El seguimiento a la niña y/o adolescente embarazada consiste en observar la evolución de su condición física, emocional y social, las intervenciones psicológicas para mitigar el impacto que tuvo la violencia sexual y el estado de embarazo forzado en su vida. Sobre ello, la Guía Técnica señala en su artículo 6.8 que, como seguimiento, se debe realizar una consulta a la semana para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva. Así también, el Decreto Supremo n.º 04-2019-MIMP¹³⁵, señala en su artículo 76.3 que las víctimas de violencia reciben atención médica y psicológica tanto de emergencia como de forma continuada si así se requiere, siguiendo un protocolo de atención cuyo objetivo es reducir las consecuencias de la violencia perpetrada.

Estas deben representar acciones de seguimiento necesarias para garantizar su reincorporación a la familia, la escuela y la comunidad, evitando así la revictimización desde todos los sectores involucrados y con equipos multidisciplinarios.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

135 Decreto Supremo n.º.004-2019-MIMP que modifica el Reglamento de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, aprobado por Decreto Supremo N° 009-2016-MIMP. Publicado el 07 de marzo del 2019. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297866/ds_004_2019_mimp.pdf

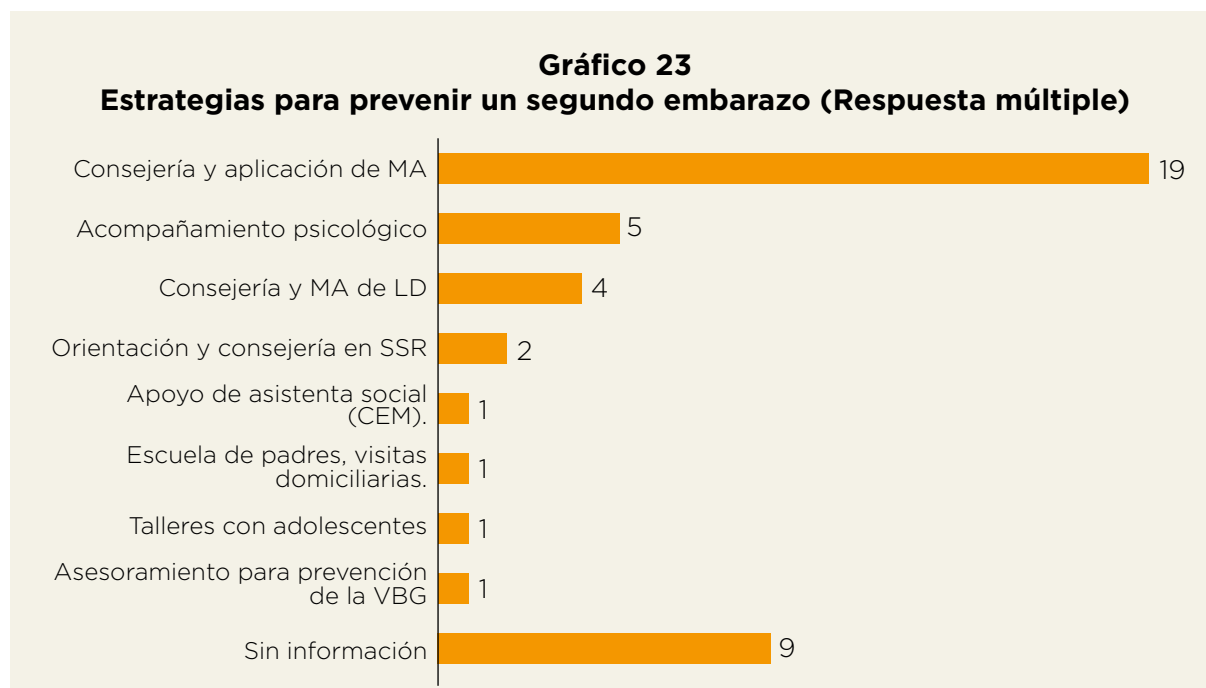
4.3.14. Estrategias para la prevención de un segundo embarazo

Los 39 EESS del segundo nivel supervisados señalan múltiples estrategias para la prevención de un segundo embarazo, entre ellos, 19 EESS señalan la consejería y la aplicación de un método anticonceptivo (MA), el 5 % (5) EESS menciona el acompañamiento psicológico, 4 EESS señalan la consejería y la aplicación de un método anticonceptivo de larga duración (MA de LD).

Además, en 2 EESS señalan la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva (CSSR), y solo 1 EESS señala otras estrategias; entre ellas, el apoyo de la trabajadora social y la intervención del Centro de Emergencia Mujer, escuela de padres, visitas domiciliarias, talleres con adolescentes (ejemplo, cáncer uterino), asesoramiento para prevención de la violencia basada en género (VBG) respectivamente. Asimismo, 9 EESS no brindaron información.

Los EESS realizan diferentes estrategias para prevenir un segundo embarazo, sin embargo, estas intervenciones difieren entre unas y otras; por lo que es necesario que se refuerce las estrategias y su frecuencia de realización de alcance para todas y de forma permanente.

Asimismo, es importante resaltar que un EESS mencionó que para la administración de un método anticonceptivo se requería el consentimiento de los padres; sin embargo, la Norma Técnica de Planificación Familiar n.º 124-2016-MINSA.V.01¹³⁶ establece expresamente que la planificación familiar no es un tratamiento, por lo tanto, no se requiere la autorización de ninguno de los progenitores para el uso de métodos hormonales por las adolescentes.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

136 Aprobada por Resolución Ministerial n.º 652-2016/MINSA, del 31 de agosto de 2016. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/193182/191906_RM_652-2016-MINSA.pdf

4.4. Atención de casos de violación sexual de niñas y adolescentes durante el contexto de emergencia sanitaria

Durante la emergencia sanitaria por el COVID-19, se les preguntó a los 39 EESS del segundo nivel sobre el número de casos de niñas y adolescentes menores de 14 años víctimas de violación sexual atendidos, de los cuales solo el 13 % (5) de los EESS supervisados indicó haber atendido a un total de 10 casos. Al respecto, 64 % (25) EESS indicó que no atendieron y 23 % (9) EESS no brindó información.

Asimismo, ante la consulta sobre el número de solicitudes para abortos terapéuticos de niñas y adolescentes menores de 14 años víctimas de violación, de los 39 EESS del segundo nivel solo 2 % (1) recibió una solicitud de aborto terapéutico. Al respecto, 72 % (28) EESS no reportó alguna solicitud y 26 % (10) EESS no brindó información.

Adicionalmente, según un estudio publicado por la Defensoría del Pueblo, advirtió que de 57 EESS supervisados solo el 30 % (17) señaló que durante la emergencia nacional no se garantizó la provisión de los kits para la atención de casos de violencia sexual, así como la consejería sobre su uso, con el fin de garantizar la recuperación de las adolescentes víctimas de violencia sexual y la prevención de posible embarazo asociado¹³⁷. Esta situación es de suma preocupación, ya que recordemos que si se genera un embarazo no deseado es por la falta del deber de garantizar una vida libre de violencia y de suministrar en su oportunidad una atención oportuna y el respectivo el kit por los EESS.

El acceso al derecho a la salud integral es una obligación, recogida en diferentes normativas señaladas en el presente informe, principalmente en las normas técnicas de salud que indican el deber del personal de salud en ofrecer atención integral, lo que incluye salud sexual y salud mental (artículo 6.3.13); y valorar darle fin al embarazo en cualquier momento en caso se ponga en riesgo la vida de la gestante con COVID-19 (artículo 6.3.14)¹³⁸.

En esa línea, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos expresó su preocupación advirtiendo que el confinamiento doméstico y la disminución de la circulación de personas en las calles habría aumentado los actos de violencia sexual y violaciones contra mujeres, niñas y adolescentes, por lo que reitera la naturaleza esencial y carácter imprescindible de los servicios de salud sexual y reproductiva para la efectividad de los derechos de las mujeres y niñas a la vida, igualdad y no discriminación, integridad

137 Defensoría del Pueblo, Informe Especial N° 7-2021-DP: Informe sobre la supervisión de intervenciones efectivas para la prevención del embarazo no planeado en adolescentes: educación sexual integral y acceso a anticoncepción moderna para quienes lo requieren. Publicado el 3 de julio del 2021. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/Informe-sobre-prevenci%C3%B3n-de-embarazo-en-adolescentes.pdf>

138 NTS 094-MINSA/2020/DGIESP, sobre salud de las gestantes y atención de planificación familiar ante la infección por COVID-19, reemplazada por Directiva Sanitaria N°131-2021/MINSA/DGIESP, para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la COVID-19, aprobada por R. M. n°450-2021-MINSA, del 31 de marzo del 2021. Esta directiva señala de manera expresa que con el embarazo se puede cursar un peor pronóstico de la enfermedad grave del SARS-CoV-2 y para evitar en la salud un mal grave y permanente, de acuerdo con la voluntad de la paciente, se consideraría la interrupción o culminación del embarazo en el marco de la normatividad vigente.

personal, salud, dignidad, acceso a la información, entre otros¹³⁹.

En ese sentido, manifestó que es deber de los Estados fortalecer los servicios de respuesta a la violencia de género, y garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, incrementando, en particular, las medidas de educación sexual integral y de difusión de información en medios accesibles y con lenguaje adecuado, con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad y en todo ciclo de su vida.

Asimismo, respecto a la salud mental, recalca la obligación estatal de garantizar el derecho a la salud mental, bajo los criterios establecidos por el Sistema Interamericano de Derechos Humanos, tales como: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, y recomendó incluir servicios de atención integral a la salud mental y su financiación como un factor esencial en los sistemas de salud, desde un enfoque de derechos humanos y bajo una perspectiva interseccional, de género, de diversidad étnico-cultural y adecuados, para asegurar su recepción por parte de los niños, niñas y adolescentes, tanto durante como después de la emergencia sanitaria actual¹⁴⁰.

Por otro lado, es importante mencionar que la emergencia sanitaria agudizó la situación de las mujeres, niñas o adolescentes embarazadas que fueron contagiadas de COVID-19, generando un alto impacto en la mortalidad materna, la cual representa un problema de salud pública, de servicios de salud de calidad, de derechos humanos y de desarrollo; asimismo, es un indicador de la situación de los sistemas de salud y de la posición social de las mujeres. Respecto a ello, durante el año 2020 en nuestro país se reportaron 440 casos de mujeres que murieron durante el embarazo o en los 42 días siguientes al parto, lo que representó un incremento de 45.7 % respecto al 2019, y es la cifra más alta de los últimos ocho años¹⁴¹. Aunado a ello, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Perú es el primer país con más mujeres embarazadas con COVID-19 de Latinoamérica, con más de 40 mil contagiadas y 76 fallecidas, siendo el país que tiene el 49 % de gestantes infectadas de la región¹⁴².

En ese sentido, se evidencia que la situación de vulneración que enfrentan las niñas y adolescentes con un embarazo no deseado producto de violación sexual, se ve

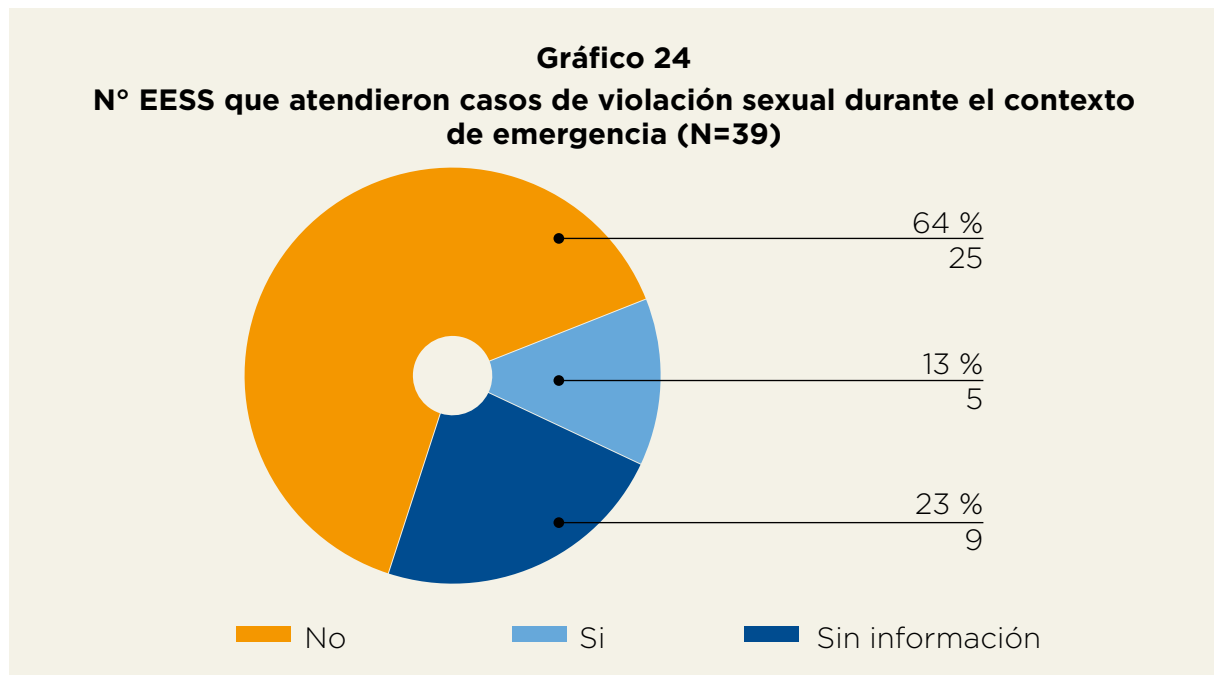
139 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Comunicado 074 denominado La CIDH hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto. Publicado el 11 de abril del 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/074.asp> y Comunicado 217 denominado La CIDH exhorta a los Estados a garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva de mujeres y niñas en el contexto de la pandemia del COVID-19. Publicado el 14 de setiembre del 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/217.asp>

140 Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Comunicado 243 denominado Los Estados de la región deben adoptar medidas urgentes hacia la efectiva protección de la salud mental en el contexto de la pandemia y la garantía de su acceso universal. Publicado el 2 de octubre del 2020. Disponible en: <http://www.oas.org/es/cidh/prensa/comunicados/2020/243.asp>

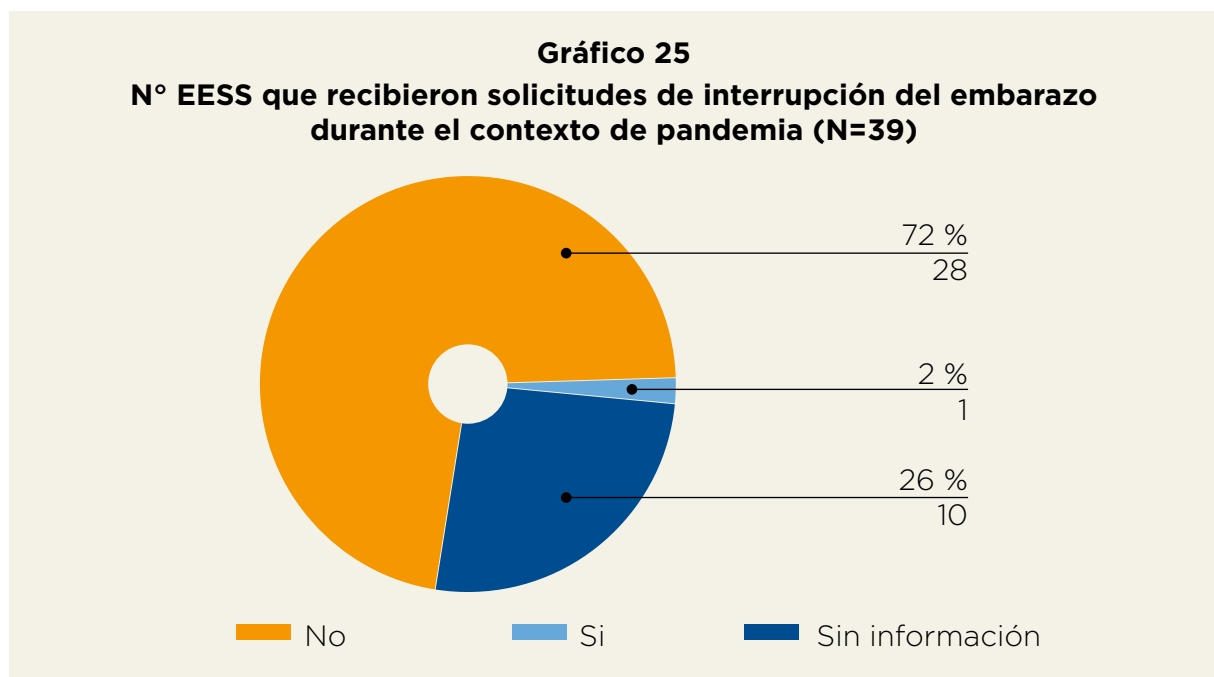
141 Perú: mortalidad materna sigue en aumento en el contexto de COVID-19. un llamado a la acción. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (MCLCP). Página 3. Publicado en abril del 2021. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2021-05-07/mclcp-alerta-sobre-muertes-maternas-abril-2021-vp4.pdf>

142 Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Actualización epidemiológica: Enfermedad por Coronavirus (COVID-19), 15 de enero de 2021. Dichas cifras corresponden al 14 de enero del 2021. Página 8. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53218/EpiUpdate15January2021_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y

doblemente afectada por el riesgo que representa las consecuencias del COVID-19, entre ellas, la suspensión de los servicios, desatención y la posibilidad de contagiarse, situación que incrementa su riesgo a la salud o incluso para la vida; es por ello que puede considerarse un factor adicional a considerar en la evaluación integral de la Junta Médica.



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo



Fuente: Supervisión defensorial
Elaboración: Defensoría del Pueblo

CONCLUSIONES

1. El embarazo en niñas y adolescentes producto de una violación sexual es un estado de vulneración a sus derechos fundamentales. Cabe precisar que, dicho embarazo ha sido catalogado como tortura por el Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.
2. De las altas tasas de embarazo en niñas y adolescentes, se observa mayor prevalencia en aquellas con menor nivel educativo, pertenecientes a zonas rurales y en condición de pobreza económica (INEI). Asimismo, durante el 2019 y 2020, según cifras del Programa Aurora sobre violación sexual a menores de edad, el 92 % de los casos corresponde a niñas y adolescentes menores de 17 años. Existe un promedio diario de 16 niñas y adolescentes que han sido víctimas de violación sexual.
3. El Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud no permite obtener información sobre madres adolescentes hasta los 17 años sino hasta los 19 años, lo que impide conocer la magnitud del embarazo del primer grupo etario.
4. El número de nacimientos señalados por el Registro de Certificado de Nacido Vivo del Ministerio de Salud y el número de nacimientos inscritos por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (2019) no coinciden, presentando un número menor esta última institución. Asimismo, se evidencia un subregistro, debido a que el número de casos de violación sexual contra niñas, niños y adolescentes reportados por el programa Aurora (11 463) es mayor al número de denuncias efectuadas durante el mismo periodo ante el Ministerio Público (9 342), ello demuestra, además, la tendencia a no denunciar estos casos.
5. El Código Penal peruano en su artículo 173° sanciona como delito de violación sexual todo acto de esa índole realizado contra una mujer (niña o adolescente) menor de catorce años. Por lo que debe presumirse que, el embarazo es producto de dicho acto. En este tipo penal se incluyen los casos de niñas y adolescentes víctimas de violación sexual, esta situación constituye una violación a sus derechos humanos en los que el agente agresor, por su costumbre y cultura, supuestamente, no percibe que actúa en contra del ordenamiento jurídico en amparo del Acuerdo Plenario (1-2015/CIJ-116) y sentencia del Tribunal Constitucional (STC 08-2012).
6. El embarazo en niñas y adolescentes es una violación a sus derechos fundamentales. Su impacto tiene múltiples repercusiones, tanto a nivel individual (salud física y mental) como social, en tanto limita el ejercicio de sus derechos y oportunidades y la transición a la vida adulta e incluso perpetúa la transmisión intergeneracional de la pobreza.

7. Otro impacto del embarazo a temprana edad es la deserción escolar. Al respecto, cuatro de cada diez adolescentes que abandonaron la escuela, lo hicieron debido a un embarazo. En el Perú, según UNFPA 2018 y 2019, la deserción escolar por causa del embarazo y la dedicación a trabajos domésticos no remunerados se produce en 13.2 % del total de mujeres entre 15 a 24 años.
8. Diversos estudios, entre ellos de OPS y UNICEF, señalan que las consecuencias del embarazo en niñas y adolescentes son verdaderamente preocupantes, pudiendo presentar diferentes complicaciones físicas como: preclamsia, anemia, infección del tracto urinario, retardo de crecimiento intrauterino, parto prematuro, complicaciones en el parto, aborto y parto Instrumental.
9. Constituye, también, un problema de salud pública por la gravedad del daño ocasionado y los costos biológicos que asume la niña y adolescente embarazada producto de una violación sexual, que se evidencian en las complicaciones del embarazo y el parto como principales causas de muerte en las adolescentes de 15 a 19 años. El riesgo de muerte materna se acrecienta en las madres que dan a luz antes de los 15 años. Solo su edad constituye un factor de riesgo obstétrico y perinatal, además de poder presentar alguna afectación grave o daño permanente a su salud. En el actual contexto, se debe considerar que el riesgo a su salud puede verse agudizado por el contagio del COVID-19 en las niñas o adolescentes gestantes.
10. La salud mental tiene repercusiones en las condiciones de vida de las personas, ya que les permite desarrollar su potencial intelectual y emocional. Esta se ve quebrantada por las consecuencias generadas por una violación sexual, especialmente en niñas y adolescentes que son víctimas de estos execrables hechos (Defensoría del Pueblo - 2010, OPS - OMS, 2010).
11. Dicha afectación, sumada al embarazo forzado, genera diversos síntomas como la ansiedad, trastorno de estrés postraumático, abuso de alcohol y otras sustancias, insomnio, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de personalidad, comportamiento sexual arriesgado, sensaciones de rechazo y abandono, trastornos afectivos, trauma, temores, inseguridad, suicidio y destrucción de la autoestima; así como afectaciones a su proyecto de vida y consecuencias sociales referentes a las expuestas a situaciones de discriminación y estigma, reestructuración de sus familias, posibles hechos generacionales de violencia y afectación a su capacidad de establecer vínculos y ejercer la maternidad.
12. El embarazo en las niñas y adolescentes también tiene consecuencias en su progreso económico, ya que se ve afectado por la maternidad temprana y su relación con el menor rendimiento educativo y acceso en el mercado laboral. Asimismo, cada embarazo no planificado representa un gasto público mayor que el que se destinaría a la prevención (UNFPA- 2020 y Banco Mundial -2012, OPS-UNICEF 2018, entre otros).
13. Se advierte repercusiones legales ante la negativa de continuar con un embarazo no deseado, generando una criminalización para las que deciden abortar, siendo que entre los años 2019 y 2020 el Ministerio Público registró 24 denuncias contra niñas y adolescentes menores de 18 años.

14. Se advierte que persisten prácticas adultocéntricas que impiden a las niñas y adolescentes embarazadas producto de una violación sexual, opinar y expresar libremente de acuerdo a su edad y madurez en las decisiones respecto a su salud integral y proyecto de vida; asimismo, existe una alta tolerancia a esta afectación a sus derechos humanos, lo que puede limitar una adecuada atención legal y asistencial hacia ellas.
15. Se evidencia la existencia de un ordenamiento jurídico referente a la violencia; sin embargo, no se contempla específicamente la atención de niñas y adolescentes embarazadas a consecuencia de violación sexual, a quienes se les aplican las normas técnicas sanitarias y protocolos existentes para las mujeres adultas.

CONCLUSIONES SOBRE LOS RESULTADOS DE LA SUPERVISIÓN DEFENSORIAL

16. Actualmente, pese a la magnitud de la violencia sexual, las consecuencias de los embarazos no deseados o forzados y de la legalidad del aborto terapéutico, según los hallazgos de la supervisión realizada en 109 establecimientos de salud, todavía se evidencia una serie de limitaciones en el acceso a la atención integral de la salud de las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual; entre ellas resaltan : i) falta de conocimiento y capacitación al personal de salud, ii) condicionamiento de la atención a la autorización de ambos progenitores o sus representantes, iii) falta de atención diferenciada y personal que hable una lengua local/originaria; así como un lenguaje claro y sencillo conforme a su edad y madurez, iv) falta de información oportuna sobre su derecho a acceder a una atención integral a su salud y, de ser el caso, la posibilidad de acceder a una interrupción del embarazo previa evaluación de la junta médica.
17. Asimismo, otras limitaciones que se evidencian son las siguientes: v) interpretación restrictiva sobre la valoración del riesgo, relacionándolo exclusivamente a una afectación o daño físico, vi) falta de motivación en la decisión de la junta médica, vii) desconocimiento sobre conformación de la junta médica; asimismo, no se consideran las opiniones de otras especialistas para la evaluación integral, viii) lentitud y burocracia del procedimiento administrativo, ix) falta del cumplimiento a que sean escuchadas y que su opinión sea considerada, x) falta de recursos humanos, logística y de salas especializadas, xi) falta de seguimiento post terapéutico, xii) falta de seguimiento psicológico, xiii) incumplimiento de procedimientos médicos adecuados (técnicas) para la intervención, xiv) referencias innecesarias a establecimientos de mayor nivel, xv) insuficientes estrategias para prevenir un segundo embarazo y xvi) falta de atención a víctimas de violación sexual durante la emergencia sanitaria.
18. El 71 % (50) de EESS del primer nivel y el 49 % (19) del segundo nivel, desconocen la existencia de la *Guía técnica* de aborto terapéutico, norma que tiene una antigüedad superior a los 7 años, lo que generaría riesgos al acceso a sus derechos por los establecimientos de salud.
19. En el primer nivel de atención, solo el 29 % (20) conoce la *Guía técnica* del aborto terapéutico y de este personal, el 75 % (15) se capacitó por su cuenta o se autocapacitó. Asimismo, en el segundo nivel de atención, del 51 % (20) de personal de salud que sí conoce la *Guía técnica*, el 75 % (15) de ellos/as se autocapacitó.

20. Del total de los 70 EESS de primer nivel de atención, el 94 % (66) del personal de salud de los EESS señala que se deriva a la niña o adolescente menor de 14 años a un EESS de mayor nivel y el 6 % (4) de EESS señala que realizan las primeras atenciones prenatales y luego las refiere a un establecimiento de mayor complejidad, conforme lo establece la Guía Técnica.
21. Del total de los 39 EESS del segundo nivel de atención, según el personal entrevistado, solo el 59 % (23) respondió que sí atiende a las niñas y adolescentes menores de 14 años; el 38 % (15) las refiere a otro EESS, y 1 no brindó información. Sin embargo, la Guía Técnica señala que es a partir del II nivel de atención que se debe implementar y que solo son los EESS de primer nivel, quienes deberán ser referidos a otro EESS de mayor complejidad, bajo responsabilidad funcional.
22. El número de partos y atenciones de posaborto de niñas y adolescentes menores a 14 años en EESS de segundo nivel alcanzó, durante el quinquenio 2015-2019, los 1 797 partos y las 446 atenciones posaborto.
23. De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, ubicados en regiones en las que se habla más de una lengua, solo el 13 % (5) cuenta con personal que habla una lengua local (quechua/aimara) y el 87 % (34) señala que no cuentan con personal que hable otra lengua, pese a que recibir atención en la propia lengua es un derecho de toda persona usuaria de un servicio público.
24. De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, el 51 % (20) de establecimientos supervisados no motiva su respuesta denegatoria ante una solicitud de aborto terapéutico. Solo 10 % (4) motiva la denegatoria, la misma que refieren estaría basada en enfermedades maternas y neonatales.
25. De los 25 EESS del segundo nivel supervisados que proporcionaron información sobre los criterios utilizados para evaluar el riesgo para la salud y la vida de la niña o adolescente gestante, solo 4 (16 %) señalaron que consideran la salud mental y 11 (44 %) señalan las enfermedades preexistentes que se agravan con la gestación lo que representan riesgo de vida.
26. De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, solo en el 51 % (20) se cumple con la obligación de brindar información completa sobre el derecho que asiste a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y/o gestantes a una evaluación integral de la salud, que es trascendental para el proyecto de vida de estas niñas y que amplía sus opciones frente a un embarazo no deseado. El 15 % (6) no informa sobre el derecho a la evaluación integral y un 33 % (13) no responde.
27. El 44 % (17) EESS del segundo nivel supervisados señala la participación de otras especialidades como psicología, obstetricia y trabajo social, por lo que se advierte desconocimiento sobre la conformación de la junta médica, ya que según la Guía Técnica ningún otro profesional que no sea médico puede integrarla; no obstante, la participación de otras especialidades mediante sus evaluaciones y/o informes son sumamente valiosos y determinantes para una evaluación integral.
28. En el 41 % (16) de los EESS del segundo nivel supervisados señala que la junta médica informa a las niñas o adolescentes, pero solo en el 28 % (11) de ellos, se toma en cuenta su opinión. Asimismo, de los 39 EESS, 18 % (7) indicó que no

brinda información a las niñas o adolescentes y 41 % (16) no respondió. Respecto a la pregunta sobre tener en cuenta su opinión el 36 % (14) EESS no lo hace y 36 % (14) no respondió.

29. Se advierte que el personal de salud de los EESS del segundo nivel supervisados no toma en cuenta la opinión de las niñas menores de 14 años, debido a que consideran que no son conscientes de la situación que atraviesan, lo que evidencia prácticas adultocentristas.
30. El 64 % (25) de los EESS del segundo nivel supervisados solicita el consentimiento a ambos progenitores, obstaculizando el proceso y ocasionando demoras innecesarias que podrían tornarse irreparables. Es decir, los 25 EESS incumplen la Guía técnica, la cual señala que solo se requiere el consentimiento y firma de uno de los progenitores. Solo un 23 % (9) mencionó a las niñas y adolescentes como parte involucrada en el proceso, cuya firma era necesaria.
31. Entre los principales supuestos expresados por el personal del EESS para prescindir de la autorización, resaltan que 10 (25 %) de los EESS del segundo nivel supervisados consideran que sí es posible, pero previa comunicación a la fiscalía, y en 7 (18 %) señalan que sí es posible y bastaría con el consentimiento de la niña o adolescente menor de 14 años, en aplicación de la ley de emergencia. En 1 establecimiento se señala que “el aborto terapéutico no está legalizado en el Perú”, situación que evidencia el desconocimiento del marco normativo; por lo tanto, de las obligaciones del personal médico y asistencial. El 20 % (8) EESS señala otros supuestos y 33 % (13) no brindó información.
32. El 33 % (13) de los 39 EESS del segundo nivel supervisados no trabaja con las niñas o adolescentes gestantes sobre la identificación de un embarazo no deseado o forzado, mediante un acompañamiento psicológico.
33. El 62 % (24) de los 39 EESS del segundo nivel supervisados cuenta con profesionales calificados para la atención materno perinatal infantil, y para realizar una atención diferenciada. El 56 % (22) cuenta con obstetras para orientación o consejería. El 51 % (20) EESS dispone de medicamentos e insumos, el 49 % (19) cuenta con equipos y el 41 % (16) con la infraestructura adecuados.
34. En ningún establecimiento del segundo nivel supervisado se señala el uso del misoprostol, método menos invasivo y oneroso, acorde con el derecho a beneficiarse del progreso científico, pese a que la Guía técnica lo regula.
35. De los 39 (100 %) EESS del segundo nivel supervisados, solo 1 (3 %) de ellos señaló la existencia de salas de atención y hospitalización ginecológicas adecuadas para niñas; y 30 (77 %) señalaron que no cuentan con las mismas. Esto constituye un trato estigmatizante, cruel e inhumano que afecta la salud mental de las niñas y adolescentes, y vulnera los elementos de disponibilidad, aceptabilidad y calidad que debiera reunir un servicio de salud. Asimismo, 8 (20 %) no brindaron información.
36. De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, sólo 10 (26 %) de ellos, cumplen con ofrecer seguimiento psicológico a la niña o adolescente; 5 (13 %) señalan realizar seguimiento médico, 3 (8 %) indican seguimiento social, 1 (3 %) señala

seguimiento legal y 6 (15 %) señalan otros tipos de seguimiento. Asimismo, se observa que la mayoría de EESS no brinda información sobre estos tipos de seguimiento o monitoreo.

37. Los EESS del segundo nivel supervisados realizan diferentes estrategias para prevenir un segundo embarazo. Entre ellos, señalan múltiples estrategias para la prevención de un segundo embarazo, entre ellos, en 19 (17 %) señalan la consejería y la aplicación de un método anticonceptivo, en 5 (5 %) mencionan el acompañamiento psicológico, en 4 (4 %) señalan la consejería y la aplicación de un método anticonceptivo de larga duración. Además, en 2 EESS señalan la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva, y solo 1 EESS señala otras estrategias. Asimismo, 9 no brindaron información.
38. De los 39 EESS del segundo nivel supervisados, solo el 13 % (5) de ellos atendió 10 casos de niñas menores de 14 años víctimas de violación sexual durante el contexto de la emergencia sanitaria por el COVID-19 (2020). Al respecto, 64 % (25) indicó que no atendió y 23 % (9) EESS no brindó información.
39. De los 39 EESS supervisados solo 1 recibió una solicitud de aborto terapéutico, 72 % (28) EESS no reportó alguna solicitud y 26 % (10) EESS no brindó información.

RECOMENDACIONES

AL MINISTERIO DE SALUD

- 1. CUMPLIR** lo estipulado por la Guía de estandarización del aborto terapéutico: debe entenderse como un procedimiento más del paquete prestacional del sistema de salud.
- 2. DIFUNDIR y CAPACITAR** al personal de salud en la implementación 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.
- 3. CAPACITAR** al personal de salud respecto de su obligación de: i) entregar información veraz a las niñas y adolescentes sobre su derecho a ser evaluadas integralmente para determinar si califican o no para un aborto terapéutico; ii) informar con un lenguaje claro y sencillo y iii) fundamentar la negación de las solicitudes de aborto terapéutico.
- 4. CUMPLIR** en garantizar la atención integral a las niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, especialmente a las menores de 14 años para evitar consecuencias sobre su vida y salud. Es importante considerar que el riesgo a su salud o afectación grave puede verse agudizado por el COVID-19.
- 5. CONTAR** con un registro sistematizado, que contenga información actualizada, confiable, amigable, por variable étnica, por edades y anonimizada de las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual, especialmente, de las embarazadas como consecuencia de dicha violación.
- 6. ELABORAR y APROBAR** una Norma Técnica de Salud exclusiva para la atención integral diferenciada para las niñas en estado de embarazo producto de violación sexual, acorde a los estándares internacionales de derechos humanos de la niñez y adolescencia.
- 7. REFORZAR** las intervenciones multisectoriales (planes, políticas, programas, entre otros) para reducir las tasas de embarazo adolescente; así como reforzar la detección de indicadores de violación sexual por parte del personal de salud.
- 8. MODIFICAR** el Sistema de Registro de Certificado de Nacido Vivo, con el fin que establezca un corte etario hasta 17 años para evidenciar de forma exacta el número de niñas y adolescentes menores de edad que se han convertido en madres.
- 9. REVISAR, ACTUALIZAR Y ORGANIZAR** el conjunto de normas técnicas de salud emitidas por el Ministerio de Salud, de acuerdo con los estándares internacionales

alcanzados en materia de atención a niñas y adolescentes víctimas de violación sexual y su acceso a la salud, incluyendo la salud mental y el aborto legal.

10. **UNIFORMIZAR** el ámbito de aplicación de las distintas regulaciones del sector salud, es decir, que todas las normas que sobre esta materia emite el ente rector sean de carácter general y de aplicación obligatoria para los servicios públicos y los de gestión privada, ya que se trata de la provisión de un servicio de salud para una situación de urgencia.
11. **FORMULAR e IMPULSAR** normas que contribuyan a garantizar que todos los servicios públicos y privados velen por garantizar el acceso al derecho integral de la salud de todas las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual.
12. **FORTALECER**, en coordinación con las Diresas y Diris, las competencias profesionales del personal encargado de atender a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Se necesita desarrollar dos módulos: uno para los procesos de inducción del personal que se incorpora al sector salud y otro de actualización anual, de manera especial en las áreas de gineco-obstetricia pediátrica y en técnicas modernas y seguras de vaciamiento uterino, farmacológicas o quirúrgicas, pues las niñas y adolescentes en situación de embarazo siguen siendo niñas y adolescentes, por lo que la atención no debe ser la misma que se proporciona a las mujeres adultas gestantes.
13. **MEJORAR** la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, especialmente del primer nivel de atención, para brindar la primera intervención y oportuna referencia -de ser el caso- a fin de evitar daños irreparables a la salud o vida de las niñas y adolescentes, así como asegurar su atención a nivel nacional durante la emergencia sanitaria.
14. **EMITIR** disposiciones para priorizar la atención de niñas y adolescentes embarazadas, considerando que el embarazo en una niña y adolescente de menos de 14 años es producto de la violencia sexual y debe atenderse como una urgencia médica, bajo responsabilidad administrativa y penal del personal a cargo.
15. **CAPACITAR y ARTICULAR** en todos los servicios de salud con los servicios de atención y asesoría a niñas y adolescentes víctimas de violación sexual (Centro Emergencia Mujer, Unidad de Protección Especial, Línea 100, Chat 100, Demuna, ALEGRA, SAU, Comisarías y Servicios de asistencia legal y defensa de víctimas en general).
16. **FORTALECER** las capacidades del personal de salud en el manejo del principio del interés superior del niño, la autonomía progresiva y el derecho de las niñas a expresar opinión y consentir determinados procedimientos esenciales para su salud y su proyecto de vida.
17. **EVALUAR** la modificación de la Guía Técnica para que la Junta Médica sea conformada por otras especialidades, cuya participación mediante sus evaluaciones y/o informes sean multidisciplinaria y determinantes para garantizar una evaluación integral física y mental.

18. **IMPULSAR** el uso de la telemedicina para garantizar la participación de las y los profesionales especializados de las distintas regiones del país en la conformación de las juntas médicas para la evaluación de los casos de aborto terapéutico, o en su defecto, se recabe su opinión y esta sea considerada.
19. **CAPACITAR** al personal de los EESS respecto a la necesidad de solicitar autorización escrita de un progenitor o representante; y causales por las que se puede prescindir de ello; así como del deber de informar a la niña o adolescente.
20. **ASEGURAR e IMPULSAR** medidas para garantizar la continuidad al tratamiento o seguimiento de la niña o adolescente post- intervención de aborto terapéutico por los establecimientos de salud.
21. **ARTICULAR y FORTALECER** con los Centros de Salud Mental Comunitario, en caso exista en la jurisdicción de la víctima o caso contrario, de la telemedicina; sin perjuicio de la atención especializada que debe recibir de los EESS en aras de garantizar su recuperación integral. Asimismo, asegurar su funcionamiento y disponibilidad como un servicio esencial en el contexto de emergencia sanitaria.
22. **DISPONER** a nivel nacional la implementación de salas de atención y de hospitalización diferenciadas para niñas y adolescentes.
23. **RECORDAR** a las y los funcionarios del sistema de salud que tienen responsabilidad administrativa, civil o penal, por sus conductas de pasividad, inactividad y de omisión a la información o prestaciones que afectan la libertad, el bienestar y la protección de las niñas y adolescentes, por lo que las y los prestadores deben estar informados de su responsabilidad y las potenciales usuarias deben estar informadas de las rutas de denuncia o mecanismos de reclamos.
24. **ASEGURAR** la presencia de un miembro del personal que hable la lengua de la localidad y que pueda desempeñar la función de intérprete entre la usuaria y el personal de salud.
25. **CONFORMAR** una Mesa de trabajo multisectorial (MINSA, Mimp, Minjusdh, Colegio Médico, Colegio de Obstetras, entre otros), con el objetivo de elaborar un Plan de Acción con objetivos, líneas de intervención, actividades y metas, a mediano y largo plazo, que permita implementar cabalmente la normativa sanitaria sobre acceso al aborto terapéutico para las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual.
26. **IMPULSAR y ARTICULAR** con otros sectores respecto de la necesidad de modificación a la norma de despenalización del aborto en niñas y adolescentes menores de catorce años, a fin de precisar los aspectos que permitan a los profesionales médicos aplicarla, sin obstáculos y de forma segura, oportuna y confidencial.
27. **IMPLEMENTAR** las recomendaciones formuladas con enfoques de niñez, género, derechos humanos, intergeneracional, interseccional e intercultural.

A LAS AUTORIDADES REGIONALES O LOCALES DE SALUD

- 1. DESARROLLAR E IMPLEMENTAR** programas de capacitación y entrenamiento adecuados para los equipos de salud en atención clínica y gineco-obstétrica pediátrica, con enfoque de género, niñez y adolescencia y derechos humanos, intergeneracional, interseccional e intercultural, especialmente acorde con el manejo del principio del interés superior del niño y la autonomía progresiva.
- 2. REALIZAR** campañas de sensibilización para fortalecer las competencias profesionales del personal encargado de atender a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, con el fin de mejorar la calidad de la atención y obtener una mayor comprensión de su salud integral; asimismo, dicha atención debe reflejar confianza y seguridad, respeto al principio de no revictimización y debe estar libre de estereotipos y prejuicios.
- 3. RECORDAR** a todo el personal del sistema de salud que existe obligación de atención integral a toda víctima de violencia sexual. Asimismo, se debe considerar que el riesgo a su salud o afectación grave puede verse agudizado por el contagio del COVID-19 en las niñas o adolescentes que cursan un embarazo no deseado o forzado.
- 4. ELABORAR** una caja de herramientas con materiales amigables que faciliten el conocimiento de las normas sanitarias y los distintos criterios de interpretación, dirigido a las/os prestadoras/es de los servicios de salud, a nivel nacional.
- 5. GENERAR** alianzas institucionales con las instancias de coordinación regional en materia de violencia basada en género (establecidas en la Ley n.º 30364 y el Plan de Acción Conjunto), con el fin de dar seguimiento y vigilancia, a los casos que se reciben en los CEM y en los establecimientos de salud.
- 6. GESTIONAR**, intercambios y/o pasantías entre el personal de salud y funcionarios de algunas Direcciones/Geresas con equipos de profesionales expertos de otros países que puedan maximizar los conocimientos y experiencias en la prestación de los servicios de salud dirigidos a niñas y adolescentes en situación de embarazo no deseados o forzados.
- 7. FORTALECER** la articulación y calidad de servicio de los Centros de Salud Mental Comunitario.
- 8. FORTALECER** la articulación con los actores y sectores de su jurisdicción como las Direcciones Regionales de Educación, las Unidades de Gestión Educativa Local, agentes comunitarios, organizaciones de adolescentes integrando esfuerzos para lograr una efectiva atención integral de la salud de las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual y embarazadas.
- 9. DIFUNDIR Y SENSIBILIZAR** a niñas y adolescentes respecto a sus derechos y sobre los servicios que brinda el establecimiento de salud, en caso de ser víctimas de violación sexual.

AL MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

1. **COORDINAR**, en su calidad de ente rector del Sistema Nacional de Atención Integral al Niño y Adolescente, y de los servicios para víctimas de violencia, la ejecución de las políticas públicas de prevención y atención en favor de las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual.
2. **FORTALECER** todos los servicios del Programa AURORA, orientándolos al cumplimiento del derecho a una atención integral de la salud de toda niña y adolescente víctima de violación sexual.
3. **CAPACITAR y ARTICULAR** con el sector salud, sobre todos los servicios de atención y asesoría a niñas y adolescentes víctimas de violación sexual bajo su rectoría (Centro Emergencia Mujer, Unidad de Protección Especial, Línea 100, Chat 100, ALEGRA, SAU, Centros de Atención Residencial).
4. **ARTICULAR** con las entidades que correspondan, la toma de las acciones correspondientes y garantizar el acceso al derecho integral de la salud de todas las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual.
5. **CAPACITAR** a las/os profesionales de sus servicios de atención a víctimas de violencia sobre el derecho de toda víctima a una evaluación integral de su salud, en consideración del principio del interés superior del niño, la autonomía progresiva y el derecho de las niñas a expresar su opinión y a consentir determinados procedimientos esenciales para su salud y su proyecto de vida.
6. **ARTICULAR** con las entidades competentes (Ministerio de Salud, Registro Nacional de Identificación y Estado Civil, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Instituto Nacional de Estadística e Informática, entre otros) para contar con cifras oficiales uniformes y evitar el subregistro de casos de violencia sexual.
7. **FORTALECER** los espacios de participación de la niñez y adolescencia, a nivel nacional, con el fin de recoger sus propuestas y preocupaciones sobre la problemática abordada; así como para garantizar el conocimiento de sus derechos.
8. **FORTALECER** acciones dirigidas a garantizar la igualdad de género y el empoderamiento de las niñas y adolescentes sobre sus derechos, lo que incluye estrategias para disminuir y prevenir la violencia; así como mecanismos de denuncias.
9. **FORTALECER** las acciones orientadas a fomentar la tolerancia cero hacia la violencia, creencias, aptitudes e imaginarios sociales (estereotipos, mitos, imágenes y representaciones) que refuercen la violencia en nuestra sociedad.

AL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS

- 1. IMPULSAR y ARTICULAR** con el Ministerio de Salud una propuesta legislativa respecto de la necesidad de modificar la normativa penal sobre la despenalización del aborto en niñas y adolescentes menores de catorce años víctimas de violación sexual.
- 2. FORTALECER y DIFUNDIR** sus Centros de Asistencia Legal Gratuita “ALEGRA”, en cuanto a la concientización de defensa del derecho a una atención integral de la salud de toda niña y adolescente víctima de violación, así como garantizar el conocimiento de sus derechos y los medios de defensa en caso de denuncias por abortos.
- 3. CAPACITAR** a las/os profesionales especializados de los diversos servicios que presta, sobre el derecho de toda víctima a una evaluación integral y de ser el caso, a acceder al aborto terapéutico.
- 4. CAPACITAR y ARTICULAR** con todos los servicios de salud, y de atención y asesoría a niñas y adolescentes víctimas de violación sexual, lo que implica entregar toda la información disponible sobre sus derechos sexuales y reproductivos, la utilización del anticonceptivo oral de emergencia y el procedimiento del aborto terapéutico, aunque no fuera expresamente solicitada por la niña, adolescente o sus representantes o acompañantes, facilitando la toma de decisión oportuna.

AL MINISTERIO DE EDUCACIÓN

- 1. CAPACITAR** a la comunidad educativa sobre los Lineamientos para la Gestión de la Convivencia Escolar, la Prevención y la Atención de la Violencia contra Niñas, Niños y Adolescentes (D.S n°. 004-2018-MINEDU), especialmente garantizar el protocolo n°. 5 sobre violación sexual.
- 2. ESTABLECER** lineamientos de actuación obligatoria, dentro del sistema educativo, a fin de realizar una derivación oportuna a las autoridades de salud; y dar trato, con perspectiva de protección de derechos, a las niñas y adolescentes con sospecha o confirmación de embarazo.
- 3. FORTALECER** el cumplimiento de la Ley N° 29600 que fomenta la reinserción escolar por embarazo y su reglamento, para viabilizar la permanencia o continuidad escolar de la niña o adolescente víctima de violencia sexual.
- 4. APROBAR** un protocolo de cumplimiento en todo el sistema educativo de la Ley n.º 29600 y su reglamento, para viabilizar la permanencia o la reinserción escolar de la niña o adolescente.
- 5. IMPLEMENTAR** los Lineamientos de Educación Sexual Integral para la Educación Básica, aprobados por Resolución Viceministerial n°. 169-2021-MINEDU, con la finalidad de fortalecer las capacidades de las niñas y adolescentes para prevenir la violencia hacia ellas y los embarazos, considerando su autonomía progresiva y las decisiones libres, informadas y responsables sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos.

AL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

DICTAMINAR y AGENDAR el debate del Proyecto de Ley 387/2016-CR, que despenaliza el aborto en casos de embarazo a consecuencia de violación sexual, entre otros que aborden dicha temática.

BIBLIOGRAFÍA

CAMPBELL R, DWORKIN, E & CABRAL, G (2009). *An Ecological Model of the Impact of Sexual Assault On Women's Mental Health. Trauma Violence Abuse. 10; 225 originally published online May 10, 2009; DOI: 10.1177/1524838009334456.*

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2016). Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61.

COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (2020). Informe: Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe.

MENDOZA, W., & SUBIRÍA, G. (2014). El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(3). doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.303.286>

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2019). Consecuencias socioeconómicas del embarazo adolescente en Paraguay. Implementación de la metodología para estimar el impacto socioeconómico del embarazo y la maternidad adolescentes en países de América Latina y el Caribe - MILENA 1.0, noviembre, 2019. Asunción, Paraguay.

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS & PLAN INTERNACIONAL PERÚ (2019). Las adolescentes peruanas en matrimonio o unión: Tradiciones, desafíos y recomendaciones. Junio, 2019. Lima, Perú.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (2018). Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES.

MARTES C. Paula. (2016). Perfil sociodemográfico del embarazo y la maternidad adolescente. Análisis del período 1986-2014. Fondo de Población de las Naciones Unidas.

MESA DE CONCERTACIÓN PARA LA LUCHA CONTRA LA POBREZA - MCLCP (2018). Embarazo en Adolescentes y Niñas en el Perú. Un problema de salud pública, derechos y oportunidades para las mujeres. Alerta N°1-2018. Seguimiento Concertado entre Estado y Sociedad Civil/MCLCP.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas (2012). Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud, segunda edición, Montevideo, Uruguay.

PLANNED PARENTHOOD GLOBAL. (2016) *Vidas Robadas*. Un estudio multipaís sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9-14 años.

RONDÓN Marta (2015). El impacto del embarazo luego de una violación. Argumentos para proteger la salud mental. PROMSEX. Lima, Perú.

TÁVARA L., JACAY S. y DADOR J. (2009). Apuntes para la acción: el derecho de las mujeres a un aborto legal. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Primera reimpresión, enero de 2009.

REVISTA CUBANA DE MEDICINA GENERAL INTEGRAL. 2015. Maternidad temprana: repercusión en la salud familiar y en la sociedad. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v31n3/mgi12315.pdf>

MIRAMA CALDERON, L. V., CALLE RUEDA, D. G., VILLAFUERTE ARIAS, P. F., & GANCHOZO PERALTA, D. F. (2020). El embarazo y sus complicaciones en la madre adolescente. RECIMUNDO, 4(3), 174-183. [https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(3\).julio.2020.174-183](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(3).julio.2020.174-183)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS) Y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2010): "Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias".

1. Ficha de supervisión aplicada a EESS de todos los niveles.

OD/MAD _____
 Región/Provincia/Distrito: _____
 Comisionado/a _____
 Fecha: _____ / _____ / _____

FICHA DE SUPERVISIÓN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SOBRE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS, VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL

Cumplimiento de la Guía Técnica del Procedimiento de la Atención Integral de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica, para los casos de niñas menores de 14 años, víctimas de violencia sexual

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y FUNCIONARIOS/AS

FICHA APLICABLE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD I-3 Y I-4

Establecimiento de Salud (nombre y nivel)	
Nivel de atención y categoría	
Dirección del establecimiento de salud	
Nombres de los/as funcionario/as que llenarán la ficha (Director/a y jefe/a del departamento Gineco - Obstetricia)	
Cargos	
Correos	
Teléfonos de contacto	

II. DATOS REFERENTE A LA ATENCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1. ¿Conoce 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”? .	Sí	No
<i>De responder “sí”, ¿quién la/o capacitó?</i>		

<p>2. Tipo y N° de actividades de difusión y capacitación interna 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” y su aplicabilidad en casos de violación sexual, por establecimiento, por tipo de profesional, por año, que se han realizado.</p>						
Año	N° de actividades de difusión y capacitación		Tipo de actividad	Tipo de profesionales capacitados		
2015						
2016						
2017						
2018						
2019						
<p>3. Presupuesto asignado para capacitación y difusión 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”.</p>						
Año		Presupuesto asignado para capacitación y difusión				
2015						
2016						
2017						
2018						
2019						
<p>4. ¿El personal de salud que brinda atención a la población adolescente está en capacidad de ofertar una atención bilingüe en caso se requiera? ¿En qué idioma?</p>			Sí		No	
<p>5. Número de partos atendidos en niñas de menos de 14 años, por años:</p>						
	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
N° de partos atendidos en niñas de menos de 14 años						

6. Número de atenciones post aborto (APA), abortos en curso y abortos complicados, realizadas a niñas de menos de 14 años de edad por años:						
	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Nº de atenciones post aborto a niñas de menos de 14 años						
7. ¿El manejo del embarazo de una niña de menos de 14 años de edad se atiende en su establecimiento o se refiere a uno de mayor complejidad? Detalle su respuesta:					Sí se maneja acá (PASE A LA PREGUNTA 8)	Se deriva
III. OBSERVACIONES FINALES						
8. Observaciones identificadas por los/las funcionarios/as de salud						

2. Ficha de supervisión aplicada a EESS del segundo nivel.

OD/MAD _____

Región/Provincia/Distrito: _____

Comisionado/a _____

Fecha: ____ / ____ / ____

FICHA DE SUPERVISIÓN A ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SOBRE LA ATENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 14 AÑOS, VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL

Cumplimiento de la Guía Técnica del Procedimiento de la Atención Integral de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica, para los casos de niñas menores de 14 años, víctimas de violencia sexual

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD Y FUNCIONARIOS/AS

FICHA APLICABLE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD II-1, II-2 y II-E

Establecimiento de Salud (nombre y nivel)	
Nivel de atención y categoría	
Dirección del establecimiento de salud	
Nombres de los/as funcionario/as que llenarán la ficha (Director/a y jefe/a del departamento Gineco - Obstetricia)	
Cargos	
Correos	
Teléfonos de contacto	

II. DATOS REFERENTE A LA ATENCIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

1. ¿Conoce 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”?	Sí	No
De responder “sí”, ¿quién la/o capacitó?		

<p>2. Tipo y N° de actividades de difusión y capacitación interna 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” y su aplicabilidad en casos de violación sexual, por establecimiento, por tipo de profesional, por año, que se han realizado.</p>						
Año	N° de actividades de difusión y capacitación		Tipo de actividad		Tipo de profesionales capacitados	
2015						
2016						
2017						
2018						
2019						
<p>3. Presupuesto asignado para capacitación y difusión 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”.</p>						
Año		Presupuesto asignado para capacitación y difusión				
2015						
2016						
2017						
2018						
2019						
<p>4. ¿El personal de salud que brinda atención a la población adolescente está en capacidad de ofertar una atención bilingüe en caso se requiera?</p>			Sí		No	
			¿En qué idioma?			
<p>5. Número de partos atendidos en niñas de menos de 14 años, por años:</p>						
	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
N° de partos atendidos en niñas de menos de 14 años						

6. Número de atenciones post aborto (APA), abortos en curso y abortos complicados, realizadas a niñas de menos de 14 años de edad por años:						
	2015	2016	2017	2018	2019	TOTAL
Nº de atenciones post aborto a niñas de menos de 14 años						
7. ¿El manejo del embarazo de una niña de menos de 14 años de edad se atiende en su establecimiento o se refiere a uno de mayor complejidad?					Sí se maneja acá (PASE A LA PREGUNTA 8)	Se deriva
						Detalle su respuesta:
III. SOBRE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DE EMBARAZO, PARA LOS CASOS DE NIÑAS MENORES DE 14 AÑOS, VÍCTIMAS DE VIOLACIÓN SEXUAL						
8. Número de abortos terapéuticos solicitados durante los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, según edad de la usuaria (niña de menos de 14 años), por tipo de entidad clínica invocada (causales del 1 al 11, si se trata de la 11 precise si es por salud física, mental, social)						
	2015	2016	2017	2018	2019	
Nº de solicitudes de abortos terapéuticos						
Nº de solicitudes para abortos terapéuticos en niñas de menos de 14 años de edad						
Causal de salud o clínica invocada						
Si se invoca cláusula abierta "cualquier otra patología", precise el tipo de riesgo que se invoca						

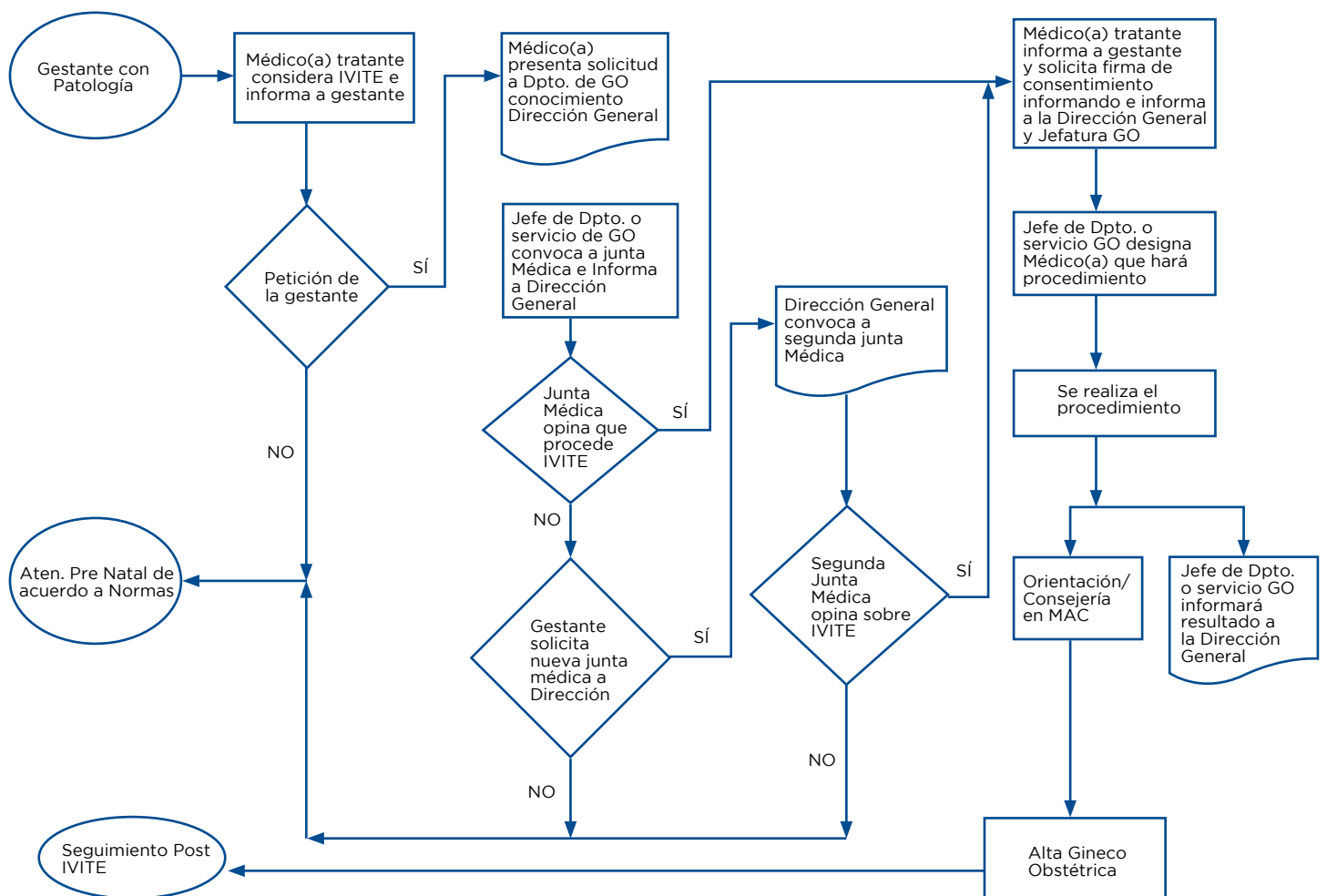
9. Número de abortos terapéuticos realizados durante los años 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, en niñas de menos de 14 años. Precise el riesgo para la vida o la salud que se invoca					
	2015	2016	2017	2018	2019
Nº abortos terapéuticos realizados en niñas de menos de 14 años					
Causal de salud o clínica invocada					
Se invoca "cualquier otra patología", precise si es por riesgo para la vida o salud					
10. De acuerdo a los casos que se ha presentado en este establecimiento, los plazos transcurridos han sido:					
Circunstancia			Número de días		
Entre la solicitud de aborto terapéutico y la ejecución del procedimiento, han transcurrido					
Entre la solicitud de aborto terapéutico y la denegación del procedimiento, han transcurrido					
Entre el informe de la Junta médica y la ejecución del procedimiento de aborto, han transcurrido					
Entre la solicitud de aborto terapéutico y el resultado de los casos apelados y denegados, han transcurrido					
11. En los casos de denegación del procedimiento de aborto terapéutico: ¿Se motivó la denegación con argumentos?			Sí se motivó	No se motivó (PASE A PGTA. 12)	
Si se marcó "Sí", señale los argumentos esgrimidos para la denegación:			a)		
			b)		
			c)		
			d)		

12. En los casos de niñas gestantes de menos de 14 años de edad ¿Qué criterios se utilizan en este establecimiento para la evaluación del riesgo de vida y para la evaluación del riesgo de salud?			
Criterios utilizados para evaluar riesgo de salud		Criterios utilizados para evaluar riesgo de vida	
a)		a)	
b)		b)	
c)		c)	
d)		d)	
13. En caso de embarazo en niñas ¿el EESS informa al progenitor/a o representante legal, del derecho de la niña a ser evaluada integralmente según la Guía de aborto terapéutico?		Sí	No
14. En los casos de niñas gestantes de menos de 14 años de edad, precise las especialidades médicas de los profesionales que integran la Junta Médica.			
Composición de la Junta médica:	a.		
	b		
	c		
15. ¿La Junta médica informa a la niña gestante de menos de 14 años de edad, acerca de las opciones disponibles incluyendo los posibles riesgos y efectos secundarios?		Sí	No
16. Cuando se solicita un aborto terapéutico en caso de embarazo de una niña de menos de 14 años de edad ¿la Junta médica tiene en cuenta la opinión de la niña en función de su edad y madurez?		Sí	No
De marcar "No", explique:			
17. ¿Quién firma el consentimiento informado en caso de niñas gestantes de menos de 14 años de edad?			
		Marque o explique	
Madre			
Padre			
La niña			
Ambos progenitores			
Ambos progenitores y la niña			
Otro. Explique			

<p>18. ¿El establecimiento de salud garantiza acompañamiento psicológico para la niña gestante de menos de 14 años de edad, y padres de familia mientras se entrega información sobre el procedimiento de aborto terapéutico?</p>	Sí	No
<p>19. ¿El personal que realiza el acompañamiento psicológico ha sido capacitado con la normativa vigente sobre aborto terapéutico y enfoque de género?</p>	Sí	No No cuenta con personal
<p>20. ¿En este hospital cuentan con los recursos necesarios para realizar el procedimiento de aborto terapéutico a niñas de menos de 14 años de edad? Marque todas las que correspondan:</p>	a. Profesionales: Gineco-obstetra	
	b. Obstetras para orientación/consejería en SSR	
	c. Infraestructura	
	d. Equipos	
	e. Medicamentos e insumos	
<p>21. ¿En este hospital existen salas de atención y hospitalización ginecológica para niñas de menos de 14 años de edad separadas de las mujeres adultas?</p>		
Salas	SI	NO
Existen salas de atención ginecológica para niñas de menos de 14 años		
Existen salas de hospitalización ginecológica para niñas de menos de 14 años		
<p>22. En este hospital ¿Cuentan con profesionales calificados para la atención materno perinatal infantil con competencias en atención diferenciada de la niña gestante de menos de 14 años de edad?</p>	Sí	No
<p>23. ¿Cuál es el procedimiento utilizado para la evacuación uterina en el caso de niñas gestantes de menos de 14 años?</p>		
<p>24. ¿Cuáles son las estrategias para la prevención del segundo embarazo en esta población de niñas de menos de 14 años de edad?</p>		

25. Las niñas de menos de 14 años de edad ¿recibieron seguimiento post aborto?				
Tipo de seguimiento	A la semana		Al mes	
	Sí	No	Sí	No
Psicológico				
Médico				
Legal				
Trabajo social				
Otro, especifique				
26. En el caso de niñas de menos de 14 años, víctimas de violación sexual, en favor de su interés superior ¿es posible tomar pruebas rápidas, pruebas de tamizaje invasivo, entre otras, sin la autorización de la madre, padre o de la persona que asume el cuidado?			Sí	No
27. La atención psicológica a la gestante comprende un total de 3 sesiones, ¿Cuándo se trata de niñas de menos de 14 años, en qué sesión se trabaja para identificar el “embarazo no deseado”?			Sí	No
De responder “sí”, indicar quiénes lo integran:				
28. ¿En caso la madre, el padre, responsable o tutor no otorgue el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña de menos de 14 años de edad, en aplicación del interés superior del niño, es posible prescindir de esta autorización y realizar el procedimiento de aborto terapéutico?				
29. ¿En el contexto de emergencia COVID-19, han atendido casos de violación sexual de niñas de menos de 14 años de edad?			Sí	No
De marcar “sí”, indicar cuántos:				
30. ¿Durante la fase de emergencia nacional ha recibido solicitudes para realizar el procedimiento de aborto terapéutico en niñas gestantes de menos de 14 años de edad?			Sí	No
De marcar “sí”, indicar cuántas:				
III. OBSERVACIONES FINALES				
31. Observaciones identificadas por los/las funcionarios/as de salud				

3. Flujograma 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, aprobada por Resolución Ministerial n.º 486-2014-MINSA (Anexo 5).



25
años



Defensoría
del Pueblo

En acción por tus derechos

Jirón Ucayali N.º 394-398
Lima-Perú
Teléfono: (511) 311-0300
www.defensoria.gob.pe



Av. Guardia Civil 1231, San Isidro
Lima - Perú
Teléfono: (01) 2261026
<https://peru.unfpa.org/es>