

**INFORME JURÍDICO SOBRE LA REGULACIÓN
DEL ABORTO EN EL PERÚ:**

**UN ESTUDIO DESARROLLADO EN EL MARCO DE LA INICIATIVA
“LA SALUD REPRODUCTIVA ES VITAL”**

Índice

I. Propósito	2
II. Contexto.....	2
III. Objetivos específicos.....	3
IV. Metodología.....	3
V. Contexto normativo del aborto en el Perú <i>pre</i> y durante pandemia.....	3
1. Normativa del aborto en el Perú <i>pre</i> -pandemia.....	3
2. Normativa del aborto en el Perú durante la pandemia	5
VI. Análisis del contexto normativo sobre el aborto en el Perú a la luz del enfoque de derechos humanos y las directrices sobre la atención para el aborto de OMS 2022.	6
1. Un breve análisis del contexto normativo peruano sobre el aborto desde el enfoque de derechos humanos	6
2. Un breve análisis del contexto normativo peruano sobre el aborto desde las “Directrices sobre la atención para el aborto” del 2022 desarrolladas por la OMS.....	12
VII. Conclusiones	16

Lima, 2022

I. Propósito

El presente informe jurídico tiene como principal objetivo identificar aquellas modificaciones y resistencias de cambio en la regulación jurídica que se encuentra vinculada al acceso al aborto seguro en el Perú, especialmente durante la pandemia ocasionada por el COVID-19. Asimismo, este documento analiza si las normativas adoptadas tomaron en cuenta tanto un enfoque de derechos humanos como las “Directrices sobre la atención para el aborto” del 2022 que fueron desarrollados por la Organización Mundial de la Salud (“OMS”).

Este documento se desarrolló en el marco de la iniciativa “La Salud Reproductiva es Vital” que es impulsada por el Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro (“CLACAI”) para, por un lado, dar seguimiento a la respuesta de los Estados de América Latina en materia de acceso a los servicios de salud reproductiva y, por el otro, construir diagnósticos nacionales y regionales que permitan mejorar las agendas de incidencia jurídica y de políticas públicas.

II. Contexto

La pandemia ocasionada por el COVID-19 y las medidas adoptadas para controlar su propagación han impactado directa y negativamente en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que garantizan la vida y salud de niñas, adolescentes, mujeres y personas con capacidad de gestar alrededor del mundo. Aunque diversos órganos de rectoría sanitaria global advirtieron los riesgos y costos (presentes y futuros) asociados a la suspensión de estos servicios sanitarios, una gran cantidad de países limitaron su acceso. No obstante, también se identificaron buenas prácticas y cambios regulatorios que tenían el objetivo de garantizar el acceso a un aborto seguro.

El caso peruano tampoco ha sido ajeno a este contexto de crisis sanitaria. De hecho, desde el inicio la pandemia se interrumpió el acceso a servicios primarios y esenciales, lo que incluyó a los servicios de salud sexual y reproductiva: una situación que perjudicó gravemente la vida de niñas, adolescentes y mujeres.

[L]os costos del cierre de los servicios de SSR se están viendo actualmente; en ese sentido, indicadores como mortalidad materna, necesidades insatisfechas en métodos de planificación familiar, entre otros, los cuales habían mostrado una disminución sostenida en los últimos años, muestran ahora un incremento que los igualan a cifras de varios años atrás. Asimismo, se han agravado situaciones que ya eran consideradas serios problemas para la salud reproductiva, como la provisión de anticoncepción para adolescentes y la provisión de aborto terapéutico.¹

Por fortuna, en 2022 la OMS publicó el documento “Directrices sobre la atención para el aborto”, el cual tiene como principal objetivo “presentar el conjunto completo de todas las recomendaciones y declaraciones de prácticas óptimas de la OMS relativas al aborto”². Además, estas directrices buscan dar cumplimiento a los compromisos globales en materia de derechos humanos para así acelerar el progreso

¹ PROMSEX (2020). Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 en el Perú, pág. 6. Recuperado de: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-DE-LA-SITUACION-DEL-ACCESO-A-LOS-SERVICIOS-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-DURANTE-LA-PANDEMIA-DE-COVID-19-EN-EL-PERU.pdf>

² OMS (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen Ejecutivo, pág. 2. Recuperado del siguiente enlace: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045163>

hacia el cumplimiento de los objetivos internacionales de desarrollo. Ello tras considerar como mandato prioritario la eliminación del aborto peligroso y la mejora en la calidad de la atención del aborto.

Por otro lado, en el marco de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente de las Naciones Unidas, las directrices incluyen intervenciones con base empírica para el aborto y la atención posterior como una forma eficaz para, por un lado, ayudar a las personas a prosperar y, por el otro, a las comunidades a transformarse.

III. Objetivos específicos

Este informe jurídico tiene como principales objetivos (i) identificar y describir los aspectos relevantes de la regulación del aborto en el Perú, (ii) evaluar dicho contexto normativo a la luz del enfoque de derechos humanos y de las “Directrices sobre la atención para el aborto” del 2022 de la OMS e (iii) identificar tanto las reformas necesarias como aquellas buenas prácticas que garantizan a las niñas, adolescentes y mujeres el libre acceso al aborto legal y seguro en el Perú.

IV. Metodología

El presente informe jurídico llevó a cabo una revisión documental de las normativas peruanas vinculadas al acceso a un aborto, lo que incluyó a aquellas de rango constitucional, legal e infra-legal. Asimismo, se tomó en consideración aquellas normas que, a pesar de tener un ámbito de aplicación más general, se aplican en los casos de acceso al aborto legal.

Por otro lado, se identificaron y analizaron aquellas guías y otros documentos oficiales que inciden sobre la regulación del aborto en el Perú. Dichos hallazgos fueron incluidos en una matriz que recoge las normas relevantes en materia de acceso al aborto y que las analiza a partir de diferentes aspectos regulatorios como el alcance de las causales, las condiciones de acceso, el consentimiento informado, la disponibilidad del servicio, entre otros.

V. Contexto normativo del aborto en el Perú *pre* y durante pandemia

1. Normativa del aborto en el Perú *pre*-pandemia

El Perú ha optado por un sistema de despenalización del aborto por causales. Es decir, uno que admite excepciones para la interrupción del embarazo siendo las más comunes la protección de la vida y la salud de las mujeres, los casos de malformaciones fetales incompatibles con la vida, los que tienen como causa una violación sexual, la situación socioeconómica y la inseminación forzada.

Desde 1924, en el Perú se encuentra despenalizado el aborto terapéutico³. Es decir, a la fecha, en todas las otras causales tanto la persona gestante como quien realiza el procedimiento son perseguidas penalmente. El Cuadro No. 1 presenta con mayor detalle dicho contexto.

³ Cabe tomar en consideración que en marzo de 2022 se presentó el Proyecto de Ley No. 1520/2021-CR, Ley que promueve la protección del embarazo, de la madre gestante, del niño por nacer y de su entorno familiar. Dicha iniciativa legislativa pone en riesgo directo el aborto terapéutico en el Perú al establecer en su artículo 1 que la protección del niño por nacer es una “condición fundamental para garantizar el derecho a la vida y el bienestar de la persona humana.” Asimismo, en su artículo 2 establece que “la protección del embarazo, durante la gestación de la madre del niño por nacer, antes, durante y después del parto, es un derecho fundamental que el Estado y la sociedad tienen el deber de proteger y salvaguardar”. Mientras que en el artículo 5, sostiene que “Todo niño tiene

Cuadro No. 1

Causal de aborto	Artículo del Código Penal	Descripción del tipo penal	Sanción	¿Se encuentra despenalizado?
Autoaborto ⁴	Artículo 114	La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique	Pena privativa de libertad no mayor a dos años o entre 52 a 104 jornadas de servicio comunitario	No
Aborto consentido	Artículo 115	El que causa el aborto con el consentimiento de la gestante	Pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años	No
		Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado	Pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cinco años	
Aborto sin consentimiento	Artículo 116	El que hace abortar a una mujer sin su consentimiento	Pena privativa de libertad no menor de tres ni mayor de cinco años	No
		Si sobreviene la muerte de la mujer y el agente pudo prever este resultado	Pena privativa de libertad será no menor de cinco ni mayor de diez años	
Aborto preterintencionado	Artículo 118	El que, con violencia, ocasiona un aborto, sin haber tenido el propósito de causarlo, siendo notorio o constándole el embarazo	Pena privativa de libertad no mayor de dos años o entre 52 a 104 jornadas de servicio comunitario	No
Aborto terapéutico	Artículo 119	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	-	Sí
Aborto sentimental	Artículo 120	Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente	Pena privativa de libertad no mayor de 3 meses	No

derecho a nacer y que ello ocurra en un entorno sano, digno y seguro, así como que se le reconozcan todos los derechos inherentes a su condición para garantizar su bienestar³. Recientemente, este proyecto de ley ha sido además aprobado en la Comisión de Mujer y Familia.

⁴ El autoaborto hace referencia al aborto auto gestionado.

Aborto eugenésico	Artículo 120	Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico	Pena privativa de libertad no mayor de 3 meses	No
-------------------	--------------	---	--	----

Elaboración propia

A pesar de encontrarse despenalizado desde hace casi un siglo, el aborto terapéutico fue recién reglamentado el 27 de junio de 2014⁵. A partir de la Resolución Ministerial No. 486-2020/MINSA se adoptó 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” (“Guía IVITE”).

En dicho protocolo se establecen una serie de disposiciones destinadas a regular el acceso al aborto terapéutico. Desde las causas médicas que motivan su acceso, pasando por los procedimientos administrativos-asistenciales hasta la conformación de la junta médica y el consentimiento informado de la persona gestante.

A nivel de la normativa general, el aborto también ha sido incluido. Sin embargo, sobre este punto se profundizará en la sección VI.1 relativa a las obligaciones y responsabilidades del personal de salud en el Perú sobre el aborto.

2. Normativa del aborto en el Perú durante la pandemia

En el plazo de dos años desde que inició la pandemia ocasionada por el COVID-19, el Estado peruano ha adoptado un total de siete normas relacionadas con la continuidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva en el territorio. La mayoría de ellas (4) se aprobaron durante el 2020.

Cuadro No. 2

#	Fecha de aprobación	Nombre de la Directiva Sanitaria o Norma Técnica de Salud	Norma que aprueba la Directiva Sanitaria o Norma Técnica de Salud
1	22 de abril de 2020	Directiva Sanitaria No. 094 - MINSA/2020/DGIESP , Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19, que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.	Resolución Ministerial No. 217-2020-MINSA
2	30 de abril de 2020	Directiva Sanitaria No. 097 - MINSA/2020/DGIESP , Directiva Sanitaria para la prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por COVID-19	Resolución Ministerial No. 245-2020-MINSA
3	2 de mayo de 2020	Directiva Sanitaria No. 098- MINSA/2020/DGIESP , Directiva Sanitaria para el	Resolución Ministerial No. 249-2020-MINSA

⁵ De hecho, para alcanzar la reglamentación del aborto terapéutico, el Perú fue declarado responsable internacionalmente en dos casos que fueron llevados al sistema universal debido a la vulneración de los derechos humanos de dos adolescentes que vieron truncado su acceso al aborto terapéutico en el Perú. Estos casos son los de *K.L. c. Perú* (2005) y *L.C. c. Perú* (2011).

		monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud"	
4	20 de agosto de 2020	Norma Técnica de Salud No. 164-MINSA/2020/DGIESP , Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual	Resolución Ministerial No. 649-2020-MINSA
5	31 de marzo de 2021	Directiva Sanitaria No. 131-MINSA/2020/DGIESP , Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por la COVID-19	Resolución Ministerial No. 450-2021-MINSA
6	19 de mayo de 2021	Norma Técnica de Salud No. 174-MINSA/2021/CDC , Norma Técnica de Salud para la vigilancia epidemiológica de la morbilidad materna extrema	Resolución Ministerial No. 653-2021-MINSA
7	28 de enero de 2022	Norma Técnica de Salud No. 180-MINSA/DGIESP-2021 , Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva	Resolución Ministerial No. 031-2022/MINSA

Elaboración propia

Ahora bien, cabe resaltar que, de las siete normas mencionadas, sólo dos hacen referencia explícita al aborto terapéutico. En el marco de la atención a las víctimas de violación sexual, tanto la Norma Técnica de Salud No. 164 de 2020 como la No. 180 de 2022 reconocen al aborto terapéutico como uno de los servicios sanitarios que todo establecimiento de salud debe prestar para el cuidado integral de la salud de las mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por hechos de violación sexual. Ambas normativas se limitan a reproducir o hacer referencia a la Guía IVITE del 2014.

VI. Análisis del contexto normativo sobre el aborto en el Perú a la luz del enfoque de derechos humanos y las directrices sobre la atención para el aborto de OMS 2022.

Además de ser un servicio sanitario esencial, el acceso al aborto es un asunto de derechos humanos. Y es que su limitación afecta el derecho a la salud, a la salud sexual y reproductiva, a la vida, a la autonomía y otros derechos más de toda persona con capacidad de gestar. Por ello, resulta de suma importancia estudiar el contexto normativo del aborto en el Perú desde un enfoque de derechos humanos y desde los últimos estándares médicos que se han desarrollado en la materia, como las “Directrices sobre la atención para el aborto” del 2022 desarrolladas por la OMS.

Para dicho análisis se utilizó una guía de preguntas desarrolladas por CLACAI que son compartidas en el Anexo No. 1 y Anexo No. 2 del presente informe.

1. Un breve análisis del contexto normativo peruano sobre el aborto desde el enfoque de derechos humanos

Para evaluar la inclusión de un enfoque de derechos humanos en la normativa peruana sobre aborto, en esta sección se analizará desde dos frentes: (i) la conceptualización del derecho al aborto, a la salud, a decidir, a gozar de los avances científicos y a la información, y (ii) las obligaciones y responsabilidades del personal de salud en el Perú sobre el aborto.

La conceptualización del derecho al aborto, a la salud, a decidir, a gozar de los avances científicos y a la información

De antemano, es importante mencionar que la normativa peruana sobre aborto –que incluye principalmente al Código Penal peruano, la Guía IVITE y las normativas sanitarias adoptadas en el marco de la pandemia ocasionada por el coronavirus- no utiliza un lenguaje de derechos humanos. Es decir, el texto de las normas no suele ubicar al aborto terapéutico ni a los servicios asociados a su prestación en el marco de los derechos humanos. No obstante, de hacer mención a un derecho, la norma tampoco profundiza sobre su contenido, alcance ni aplicación práctica.

Así, aunque a nivel del Derecho Internacional de los Derechos Humanos (“DIDH”) se han desarrollado una serie de obligaciones de los Estados partes para garantizar el libre acceso al aborto, al 2022 la regulación vigente en el Perú no ha reconocido al aborto como un derecho humano. Es más, ni siquiera la Guía IVITE lo ha enmarcado como tal. La referencia a los “derechos humanos” se limita a lo establecido en su finalidad que es “[a]segurar la Atención Integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) [...] en el marco de los derechos humanos”.

De igual manera sucede con los derechos (i) a la salud (entendido desde una perspectiva biopsicosocial), (ii) a decidir, (iii) a gozar de los avances científicos y (iv) a la información, los que serán desarrollados en las siguientes líneas.

En relación al **derecho a la salud**, cabe resaltar que ninguna de las normativas señaladas hace referencia expresa al mismo. No obstante, el artículo 6.5 de la Guía IVITE -referida a la Información y Orientación/Consejería- da luces sobre la eventual aplicación de una perspectiva biopsicosocial del derecho a la salud –es decir, aquella que de manera integral pone al centro de la atención a la usuaria- al señalar que:

La atención en general y la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva deben darse dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de las mujeres [...]

A pesar de mencionar una serie de derechos adicionales⁶, dicho lineamiento se limita a la atención en materia de orientación y consejería, lo que excluye el mismo proceso de aborto. De otro lado, tampoco desarrolla qué significa o supone “poner en el centro las necesidades de las mujeres”, lo que abre puertas a la discrecionalidad del personal de salud.

De igual manera sucede con el **derecho a decidir de la persona usuaria**. Y es que, a pesar de no haber sido mencionado expresamente, el sentido de este derecho puede ser encontrado en la sección de “Información y Orientación/Consejería” que sostiene que dicho servicio debe garantizar el respeto (i) a la voluntad, (ii) a la libre elección y a (iii) la privacidad de las usuarias. No obstante, una vez más, la aplicación práctica de estas disposiciones no fue desarrollada en el protocolo ni tampoco se profundizó sobre los mismos.

En lo relativo al **derecho a gozar de los avances científicos** se advierte un escenario aún más crítico debido a su total invisibilidad en las normativas sobre el aborto. Ello a pesar de las recomendaciones generales emitidas por los órganos de tratados de Naciones Unidas y de las sentencias adoptadas por la

⁶ Los derechos mencionados son los siguientes: (i) Derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil; (ii) Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad; (iii) Libertad de conciencia y expresión; (iv) Respeto a la voluntad y libre elección; y (v) Derecho a la igualdad y a la no discriminación.

Corte Interamericana de Derechos Humanos (“Corte Interamericana”)⁷. Sobre este punto, en 2016, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (“Comité DESC”) señaló siguiente:

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 aborto²⁰, 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.⁸

Por otro lado, cabe mencionar que, si bien a nivel doméstico no se reconoce explícitamente dicho derecho, algunos artículos de normas generales se acercan a su contenido. Por ejemplo, la Ley General de Salud establece en su artículo 15.1 que toda persona tiene derecho “[a] obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa”. Dicha disposición es desarrollada con mayor detalle en el artículo 10 del Reglamento de la Ley N° 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud⁹.

A comparación de los derechos mencionados previamente, el **derecho a la información** sí ha sido mencionado expresamente en la Guía IVITE. Ello no significa, sin embargo, que cumpla con todos los estándares de derechos humanos relacionados con la transparencia activa y la veracidad, pertinencia y claridad de la información. Sobre todo, tomando en consideración su relevancia para otorgar un consentimiento informado previo, pleno, libre e informado.

En el caso *I.V. Vs. Perú*, la Corte Interamericana profundizó sobre el alcance del derecho a obtener información en el marco del acceso a servicios de salud. A partir de ello, señaló que:

El derecho de las personas a obtener información se ve complementado con una correlativa obligación positiva del Estado de suministrarla, de forma tal que la persona pueda tener acceso a conocerla y valorarla. En este sentido, **el personal de salud no debe esperar a que el paciente solicite información o haga preguntas relativas a su salud, para que esta sea entregada. La obligación del Estado de suministrar información de oficio, conocida como la “obligación de transparencia activa”, impone el deber a los Estados de suministrar información que resulte necesaria para que las personas puedan ejercer otros derechos**, lo cual es particularmente relevante en materia de atención a la salud, ya que ello contribuye a la accesibilidad a los servicios de salud y a que las personas puedan tomar decisiones libres, bien

⁷ Comité DESC. Observación general núm. 25 (2020), relativa a la ciencia y los derechos económicos, sociales y culturales (artículo 15, párrafos 1 b), 2, 3 y 4, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/25, 30 de abril de 2020, párr. 33; Observación General No. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 21; Corte IDH. *Caso Artavia Murillo y otros (“Fecundación in Vitro”) vs. Costa Rica*. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas. Sentencia de 28 de noviembre de 2012. Serie C No. 257, párr. 146.

⁸ Comité DESC. Observación General No. 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 21.

⁹ MINSA. Reglamento de la Ley No. 29414, Ley que establece los Derechos de las Personas Usuarias de los Servicios de Salud. Aprobado por Decreto Supremo No. 027-2015-SA. Publicado en el Diario Oficial El Peruano el 13 de agosto de 2015.

informadas, de forma plena. Por consiguiente, el derecho de acceso a la información adquiere un carácter instrumental para lograr la satisfacción de otros derechos de la Convención.¹⁰

Con mayor detalle se pronunció sobre la obligación de transparencia activa en materia de salud sexual y reproductiva. Al respecto indicó que dicho deber:

[I]mpone al Estado la obligación de **suministrar al público la máxima cantidad de información en forma oficiosa, entre otros, respecto a la información que se requiere para el acceso a dichas prestaciones. Dicha información debe ser completa, comprensible, brindarse en un lenguaje accesible y encontrarse actualizada.** Asimismo, dado que sectores importantes de la población no tienen acceso a las nuevas tecnologías y, sin embargo, muchos de sus derechos pueden depender de que conozcan la información sobre cómo hacerlos efectivos, el Estado debe encontrar formas eficaces para realizar la obligación de transparencia activa en tales circunstancias.¹¹

A nivel doméstico, la Guía IVITE hace referencia al “Derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil”. No obstante, su alcance se limita al servicio de consejería (reconocido en el artículo 6.5) y tampoco profundiza con mayor detalle las implicancias de este derecho en las obligaciones de las autoridades sanitarias.

Por otro lado, el primer párrafo del artículo 6.6 de la Guía IVITE relacionado al consentimiento informado señala lo siguiente:

El/La médico/a designado/a para realizar el procedimiento, debe explicar y alcanzar a la gestante, o a su representante legal de ser el caso, **toda la información completa y detallada sobre el diagnóstico, procedimiento, riesgos en caso de someterse y en caso de no someterse al procedimiento, su pronóstico en ambos casos, las alternativas del procedimiento a las que hubiere lugar, y en general toda la información relevante que le permita a la gestante tomar una decisión libre y razonada, a efectos de brindar o no el consentimiento informado.**¹²

Si bien este párrafo hace referencia a la obligación del médico o médica designada de cumplir con una serie de estándares relativos al suministro de información vinculados al acceso del aborto terapéutico, ello se limita a la solicitud de consentimiento informado. Es decir, formalmente, dicha obligación no se extiende a otros momentos del procedimiento.

Asimismo, tomando en consideración los estándares internacionales mencionados previamente, se advierte que la normativa (i) no hace referencia al uso de un lenguaje comprensible para la persona usuaria, (ii) no toma en cuenta su edad, (iii) tampoco considera si la usuaria tiene una discapacidad o (iv) si su lengua materna es distinta al castellano o (v) si pertenece a una comunidad indígena.

¹⁰ Corte IDH. *I.V. V.s. Bolivia. Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas*. Sentencia de 30 de noviembre de 2016. Serie C No. 329, párr. 156. Resaltado agregado.

¹¹ *Ibíd.*, párr. 340. Resaltado agregado.

¹² Resaltado agregado.

Por otro lado, de manera mucho más sucinta, la NTS No. 180-MINSA/ DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva establece que el personal médico debe “cuando la gestante lo solicite, brindar información de los procesos administrativos a seguir para que acceda a la interrupción de la gestación por razones terapéuticas”.

Ahora bien, cabe resaltar también que la regulación vigente desconoce la relevancia de contar con un abordaje interseccional en el servicio de acceso al aborto. Y es que, en ninguna de las normativas mencionadas, existe algún tipo de lineamiento o disposición que tenga por objeto atender de manera diferenciada a la niñez, la adolescencia o a las personas gestantes con discapacidad. Tampoco cuenta con enfoques interculturales y étnicos que tomen en consideración las costumbres y necesidades de quienes solicitan un aborto terapéutico.

Por el contrario, el texto de la Guía IVITE pone en riesgo los derechos de la niñez, la adolescencia y de las personas con discapacidad. En la sección del consentimiento informado, la Guía IVITE establece que, para realizar el procedimiento de aborto terapéutico, el o la médica designada debe explicar y alcanzar la información necesaria completa y detallada sobre el diagnóstico, procedimiento, riesgos en caso de someterse y en caso de no someterse al procedimiento a (i) la gestante o, de ser el caso, (ii) a su representante legal de ser el caso.

Aunque la normativa no hace referencia a la niñez, la adolescencia o a las gestantes con discapacidad (específicamente, aquellas con discapacidad intelectual o psicosocial), la participación de un representante legal suele mencionarse en estos casos.

Desafortunadamente, dicha disposición se ha mantenido a pesar de que en septiembre de 2018 se reformó el Código Civil peruano con el fin de reconocer la capacidad jurídica de las personas con discapacidad para así pasar de un modelo de sustitución de la voluntad a uno de apoyo en la toma de decisiones¹³.

Por otro lado, es importante recalcar que a pesar de que la Guía IVITE señala dentro de su finalidad (art. D) que dicho servicio se realizará tomando en consideración un enfoque de interculturalidad, el texto de lo norma no cuenta con ninguna disposición destinada a garantizar la aplicación de dicho enfoque.

Las obligaciones y responsabilidades del personal de salud en el Perú sobre el aborto

Además del marco jurídico específico, el aborto se encuentra incluido en la regulación de normativas generales, aunque no necesariamente con miras a garantizar su acceso. De hecho, el artículo 30 de la Ley No. 26842 - Ley General de Salud pone en evidencia que **en el Perú no existe una garantía del secreto profesional en el caso de aborto**. De acuerdo al texto:

El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio **o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente**.¹⁴

Además de vulnerar el derecho a la privacidad de la usuaria, dicha disposición contraviene una serie de normas de diferente rango del ordenamiento jurídico peruano¹⁵, como la Constitución Política del Perú. De acuerdo a su artículo 2.18, toda persona tiene derecho:

¹³ Para profundizar sobre este punto, véase: Bregaglio, Renata & Constantino, Renato. El consentimiento médico informado de las personas con discapacidad intelectual y psicosocial en el Perú. *Revista Brasileira de Direito Civil – RBD Civil*, Vol. 56, 2020, págs. 155-180. Recuperado de: <http://redcdpd.net/revista/index.php/revista/article/view/178>

¹⁴ Resaltado agregado.

¹⁵ Para profundizar sobre este tema, véase: PROMSEX (2010). ¿Confidencialidad o Justicia? La regulación del deber/derecho al secreto profesional médico en el Perú y sus implicancias en el derecho a la salud. Recuperado de: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2010/04/carpetaarticulo30.pdf>

A mantener reserva sobre sus convicciones políticas, filosóficas, religiosas o de cualquiera otra índole, así como a guardar el secreto profesional.

En esa misma línea, el Nuevo Código Procesal Penal establece en su artículo 165.2.a que:

2. Deberán abstenerse de declarar, con las precisiones que se detallarán, quienes según la Ley deban guardar secreto profesional o de Estado:

a) Los vinculados por el secreto profesional no podrán ser obligados a declarar sobre lo conocido por razón del ejercicio de su profesión, salvo los casos en los cuales tengan la obligación de relatarlo a la autoridad judicial. Entre ellos se encuentran los abogados, ministros de cultos religiosos, notarios, médicos y personal sanitario, periodistas u otros profesionales dispensados por Ley expresa. Sin embargo, estas personas, con excepción de ministros de cultos religiosos, no podrán negar su testimonio cuando sean liberadas por el interesado del deber de guardar secreto.

De igual manera, el Código de Procedimientos Penales establece en su artículo 141.1 que “[l]os eclesiásticos, abogados, médicos, notarios y obstetras, respecto de los secretos que se les hubiera confiado en el ejercicio de su profesión” no podrán ser obligados a declarar.

En relación a la obligación del Estado y de otros actores de difundir información sobre la política pública se advierte, por el contrario, que ninguna normativa peruana sobre el aborto establece de manera explícita algún mecanismo de difusión sobre el protocolo.

De hecho, diferentes estudios han dejado en evidencia que el protocolo de aborto terapéutico no es difundido ni entre el personal de salud ni con las usuarias que llegan a los nosocomios con diagnósticos médicos que evidencian un riesgo a su vida o salud¹⁶. Tampoco suele ser publicitado a nivel educativo a partir de la política de educación sexual integral¹⁷.

Por otro lado, tampoco existe alguna disposición que desarrolle los mecanismos de rendición de cuentas sobre la implementación de las normas de aborto. Por el contrario, ha sido la sociedad civil la que se ha encargado de evaluar y monitorear la aplicación de la Guía IVITE. A partir de ello, se ha podido identificar una serie de fallas en la implementación del protocolo tales como el incumplimiento de los plazos establecidos, la ausencia de un trato diferenciado para niñas y adolescentes, el desconocimiento del personal de salud de algunos establecimientos de salud sobre la Guía IVITE, la falta de comunicación del personal de salud a las usuarias sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico, entre otros¹⁸.

¹⁶ Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos Humanos de la Mujer - CLADEM Perú. Informe Nacional sobre Embarazo Infantil Forzado en el Perú, su atención y desafíos. 2018-2021. Lima, 2021, pág. 68; Defensoría del Pueblo. Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Serie Informes Especiales No. 009-2021-DP, Lima, 2021, pág. 118.

¹⁷ Defensoría del Pueblo. 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. Serie Informes Especiales No. 007-2021-DP, Lima, 2021, págs. 77 y 78.

¹⁸ Sobre este punto, véase: PROMSEX (2020). Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia de COVID-19 en el Perú, pág. 6. Recuperado de: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2021/01/INFORME-DE-LA-SITUACION-DEL-ACCESO-A-LOS-SERVICIOS-DE-SALUD-SEXUAL-Y-REPRODUCTIVA-DURANTE-LA-PANDEMIA-DE-COVID-19-EN-EL-PERU.pdf>; Defensoría del Pueblo (2021). Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Serie Informes Especiales No. 009-2021-DP. Recuperado de: <https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub->

Por último, las normas sobre aborto tampoco contemplan instancias de participación de la sociedad civil para la implementación del aborto legal o las políticas públicas de aborto.

2. Un breve análisis del contexto normativo peruano sobre el aborto desde las “Directrices sobre la atención para el aborto” del 2022 desarrolladas por la OMS

Para el 2022, la nueva guía de la OMS propone cambios relevantes en torno a (i) la regulación del aborto, (ii) la ampliación del ámbito del servicio, (iii) la extensión del equipo que brinda el servicio y a (iv) los requisitos para la atención.

En concreto, la OMS recomienda enfáticamente la despenalización total del aborto. No obstante, de mantenerse un sistema de causales, los Estados deben garantizar una interpretación amplia de las causales y desistir de toda persecución penal a quien se haya sometido a un aborto. Por otro lado, reconoce la relevancia de la autogestión del aborto (es decir, aquella que es llevada a cabo fuera del sistema de salud), así como el rol de los ámbitos comunitarios o la sociedad civil en el acompañamiento de un aborto seguro.

De otro lado, sostiene que tanto las parteras como el personal médico de todas las especialidades pueden ser proveedores de abortos seguros si se les brinda el entrenamiento adecuado. Además, la OMS recomienda la eliminación de todo tipo de requisito que no resulte clínicamente necesaria para la seguridad de la práctica del aborto.

Por último, cabe resaltar que -si bien la Guía IVITE u otra normativa relevante no reconoce a la OMS como a la entidad rectora en materia de aborto seguro- estas normas sí adoptan algunos de los métodos recomendados por la OMS para la provisión de abortos seguros. Por ejemplo, el artículo 6.7.1 de la Guía IVITE referido a los métodos hasta las 12 semanas de gestación señala que “Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los métodos recomendados son la aspiración manual endouterina (AMEU) o el uso de misoprostol”¹⁹.

Sobre la regulación del aborto en el Perú

La sección V del presente informe expone cuál es el marco regulatorio peruano que existe en relación al aborto. A partir de ello, se da cuenta que –a partir de un sistema causales- el Estado peruano ha eximido de sanción penal al aborto terapéutico desde 1924. Cualquiera otra causal es, entonces, perseguida penalmente.

Por otro lado, a pesar de que el aborto terapéutico cuenta con un protocolo que busca estandarizar su procedimiento a nivel nacional desde 2014, cabe resaltar que dicha normativa ni alguna otra ha

[pdf/informe-de-atencion-de-embarazo-en-ninas-y-adolescentes.pdf](#); CLADEM Perú (2021). Informe Nacional sobre Embarazo Infantil Forzado en el Perú, su atención y desafíos. 2018-2021. Recuperado de: <https://cladem.org/wp-content/uploads/2021/10/Informe-Nacional-sobre-Embarazo-Infantil-Forzado-en-el-Peru-su-atencion-y-desafios-2018-2021.pdf>

¹⁹ De igual manera, la sección VIII –sobre Procedimientos para la Evacuación del Útero- de la “Guía Práctica Clínica y de Procedimientos para la Atención del Aborto Terapéutico” del Instituto Materno Perinatal cita los métodos recomendados por la OMS para evacuar el útero hasta las 12 semanas de gestación. Véase: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1554860/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20aborto%20terap%C3%A9utico.pdf>

reconocido que la penalización del aborto tiene un impacto directo en la salud de las niñas, adolescentes y mujeres en el Perú, lo que incluye su salud sexual y reproductiva. Es decir, que no es la mejor estrategia para abordar la situación de salud pública y derechos humanos.

Ahora bien, para analizar el alcance de las causales para el acceso al aborto terapéutico cabe recordar el texto de la Guía IVITE. De acuerdo a su artículo 6.1:

La interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave o permanente. [...]

Es decir, el aborto terapéutico se presenta como una opción para la persona gestante cuando el embarazo pone en riesgo su (i) vida y/o (ii) salud²⁰. La norma no profundiza sobre dichas causales, lo que ha permitido que en la práctica el personal médico interprete a su discreción el alcance de las mismas siendo en ocasiones una mirada restrictiva de lo que se considera un mal grave o permanente para la salud y vida de la persona gestante.

Por desgracia, existen diversos casos que ponen en evidencia este enfoque restrictivo y su impacto negativo en la vida y salud de miles de niñas, adolescentes, mujeres y personas gestantes. En 2017, por ejemplo, el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (“INDECOPI”) impuso una multa de 20 Unidades Impositivas Tributarias (“UIT”) a una clínica privada por no haber tramitado una solicitud de aborto terapéutico. En particular, por no haber considerado las afectaciones a la salud mental que fueron identificadas por la médica psiquiatra de la usuaria²¹.

También se cuenta con el caso de Camila que, a comparación del anterior, no tuvo un resultado exitoso. A los 13 años, Camila quedó embarazada producto de las constantes violaciones sexuales de su padre. Debido a su edad, el embarazo suponía un grave riesgo tanto para su vida como para su salud física y mental. Por ello, su madre solicitó un aborto terapéutico. El personal médico a cargo, sin embargo, no atendió su solicitud. En vista de lo anterior, se presentó una queja en contra del establecimiento de salud lo que llevó a la autoridad a imponer 11.51 UIT por haber postergado el acceso a dicho servicio sanitario. Desafortunadamente, en segunda instancia, dicha decisión fue dejada sin efecto²².

²⁰ La Guía IVITE hace referencia expresa a 10 patologías que ameritan el acceso a un aborto terapéutico. Entre ellas se encuentra (i) Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical; (ii) Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno; (iii) Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal. (iv). Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia; (v) 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; (vi) Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco; (vii) Lesión neurológica severa que empeora con el Embarazo; (viii) Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento; (ix) Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco; (x) Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85%.y con patología grave. Por último, la causal 11 reconoce a “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”.

²¹ Tribunal de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual. Expediente 563-2015/CC1. Resolución No. 1884-2017/SPC-INDECOPI del 6 de junio de 2017.

²² Salud con Lupa (26 de febrero de 2022). ONG presenta acción de amparo contra hospital que negó aborto terapéutico a una niña. Recuperado de: <https://saludconlupa.com/noticias/una-accion-de-amparo-exige-sancionar-a-hospital-que-nego-aborto-terapeutico-a-nina-victima-de-violacion/>

Por otro lado, es importante resaltar que algunas normativas han reconocido el acceso al aborto terapéutico en el marco de los servicios que son ofrecidos a las víctimas de violación sexual. El Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer – CEM y los Establecimientos de Salud – EE.SS. del 2019, por ejemplo, sostienen que las víctimas de violación sexual tienen el derecho a ser informadas “de su derecho a ser evaluada integralmente por un EESS para que determine si este pone en riesgo su vida o genera un riesgo en su salud grave o permanente”²³.

De igual manera, la Normativa Técnica Sanitaria No. 164 y la No. 180, ambas adoptadas durante la pandemia de la COVID-19, se pronuncian sobre el acceso al aborto terapéutico en casos de violación sexual²⁴.

Sobre el ámbito del servicio de aborto

En las “Directrices sobre la atención para el aborto”, la OMS presenta una serie de recomendaciones asociadas a la autogestión del aborto, lo que incluye el uso de diversos anticonceptivos durante las primeras etapas del embarazo. Asimismo, se resaltó la pertinencia de la telemedicina en este extremo.

En el caso peruano, la Guía IVITE establece que “es de aplicación a nivel nacional para todos los establecimientos de salud a partir del segundo nivel de atención del sistema de salud nacional”. Es decir, el acceso a un aborto terapéutico se da sólo en el marco del sistema de salud público, privado o mixto. La posibilidad de llevar a cabo un aborto autogestionado por razones terapéuticas se encuentra excluido de la normativa. De hecho, en la práctica sería considerado un delito bajo el tipo penal de “autoaborto”. En concreto, no es posible llevar de manera segura ni legal un aborto domiciliario o fuera del sistema de salud.

De igual manera, acceder a medicamentos como el misoprostol –que es considerado un medicamento esencial²⁵– resulta sumamente complicado en tanto para adquirirlo debe presentarse una receta médica.

Por otro lado, ni la Guía IVITE ni ningún otro documento relevante en la materia hace referencia al acompañamiento comunitario ni contempla mecanismos para la capacitación o fortalecimiento de organizaciones que acompañan abortos seguros.

Sobre el equipo que brinda el servicio

La OMS recomienda a los Estados de manera enfática que:

²³ MINSA. Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer – CEM y los Establecimientos de Salud – EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley No. 30364 y personas afectadas por violencia sexual. Aprobado por el Decreto Supremo No. 008-2019-SA el 16 de abril de 2019. Recuperado de: https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2019/09/Decreto_Supremo_008-2019-SA.pdf

²⁴ MINSA. Norma Técnica de Salud No. 164-MINSA/2020/ DGIESP, Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual. Aprobado por la Resolución Ministerial No. 649-2020-MINSA el 20 de agosto de 2020. Recuperado de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1256309/%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20649-2020-MINSA.PDF>; Norma Técnica de Salud No. 180-MINSA/ DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Aprobada por la Resolución Ministerial No. 031-2022/MINSA el 28 de enero de 2022. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/fi-admin/RM-031-2022-MINSA.pdf>

²⁵ MINSA (2018). Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). Recuperado de: <https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/handle/DIGEMID/149>

[E]l suministro de información sobre la atención para el aborto por parte de agentes de salud comunitarios, farmacéuticos, profesionales de la medicina tradicional y complementaria, auxiliares de enfermería/enfermeras auxiliares parteras, enfermeras, parteras, clínicos asociados/clínicos avanzados asociados, médicos generalistas y médicos especialistas.²⁶

A nivel doméstico, la normativa no profundiza sobre este punto. De hecho, el artículo 6.2.5 de la Guía IVITE, sostiene que es la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia la que designa al médico/a que llevará a cabo el aborto terapéutico.

Aunque no se hace referencia a la especialidad del médico o la médica designada ni a las categorías de trabajadores de salud que pueden prestar los servicios de aborto, se puede afirmar que dicha disposición excluye implícitamente a otros profesionales de la salud tales como enfermeras, parteras, entre otras.

Sobre los requisitos para la atención

En relación a los requisitos para la atención del aborto, la OMS ha sido muy clara al señalar que recomienda la eliminación de toda condición que no resulte clínicamente necesaria para la seguridad de la práctica del aborto. Como, por ejemplo, (i) condicionar el acceso al aborto a límites de edad gestacional, (ii) imponer plazos de espera obligatorios para el acceso al aborto ni (iii) solicitar la ecografía como requisito para la prestación de servicios de aborto. Por el contrario, se exhorta a garantizar “el acceso al aborto a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada sin la autorización de ninguna otra persona, organismo o institución”²⁷.

La práctica interna, sin embargo, se encuentra lejos de cumplir con dichos estándares.

Tal y como se advierte del título de la Guía IVITE, para acceder a un aborto terapéutico la gestante debe contar con un embarazo menor a las 22 semanas. Es decir, la Guía IVITE establece un límite gestacional como requisito para el acceso al aborto: una condición que, además de no requerirse en el Código Penal peruano, resulta contraria a la recomendación No. 3 sobre Legislación y Política de las directrices de la OMS del 2022.

Por otro lado, la Guía IVITE (artículo 6.2 y 6.3) demanda la conformación de una junta médica de por lo menos tres profesionales médicos que, tras una serie de actividades, tienen la última palabra para decidir sobre el acceso al aborto terapéutico de la persona gestante. Dicha condición administrativa también resulta contraria a la recomendación No. 7 sobre Legislación y Política de las directrices de la OMS del 2022 que establece que insta “el acceso al aborto a demanda de la mujer, niña u otra persona embarazada sin la autorización de ninguna otra persona, organismo o institución”.

Dicha recomendación es incumplida tras la incorporación de un representante legal en el proceso de aborto terapéutico ya que vulnera directamente los derechos de la niñez, la adolescencia y las personas con discapacidad (especialmente, intelectual o psicosocial). Como indica la OMS, esta “decisión debe basarse en los valores y preferencias de la persona que recurre al aborto y no venir impuesta por el requisito de la autorización de terceros”²⁸.

²⁶ OMS (2022). Directrices sobre la atención para el aborto. Resumen Ejecutivo, pág. 7. Recuperado del siguiente enlace: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240045163>

²⁷ *Ibíd.*, pág. 8.

²⁸ *Ibíd.*

VII. Conclusiones

1. El Perú ha optado por un sistema de despenalización del aborto por causales. Desde 1924, el aborto terapéutico es la única causal que no es perseguida penalmente a partir de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal peruano. Desde 2014 se cuenta con un protocolo que tiene por objetivo estandarizar el acceso al servicio a nivel nacional y, durante la pandemia, se adoptaron sólo dos normas técnicas sanitarias que abordaron la relevancia de garantizar el acceso al aborto terapéutico a las víctimas de hechos de violación sexual.
2. Al 2022, la regulación peruana sobre el aborto carece de un lenguaje de derechos humanos. La normativa vigente no reconoce este servicio sanitario como un derecho en sí mismo ni tampoco desarrolla los derechos de las personas gestantes a la salud, a decidir, a gozar de los avances científicos y a la información de manera acorde con los estándares más actualizados del DIDH. De igual manera, no cuenta con un abordaje interseccional del servicio al carecer de disposiciones con enfoque de discapacidad, niñez y adolescencia, intercultural y étnica.
3. El marco jurídico vigente sobre el aborto en el Perú tampoco cumple con los estándares desarrollados por la OMS en las “Directrices sobre la atención para el aborto” que recomiendan (i) la despenalización total del aborto o, por lo menos, la interpretación no restrictiva de las causales, (ii) la ampliación del ámbito del servicio para garantizar la autogestión del aborto, (iii) la extensión del equipo que brinda el servicio y (iv) la eliminación de todo requisito que no resulte clínicamente necesaria para la seguridad de la práctica del aborto.
4. Actualmente, ninguna norma profundiza sobre las causales que habilitan el acceso al aborto terapéutico. Dicha situación ha contribuido a la lectura discrecional del personal de salud sobre qué se considera un mal grave o permanente para la salud y vida de la persona gestante. No obstante, también existen normas que –en el marco de la atención integral a víctimas de hechos de violación sexual- reconocen al aborto terapéutico como un servicio de salud esencial.
5. La normativa vigente sobre el aborto no permite llevar de manera segura ni legal un aborto domiciliario o fuera del sistema de salud. Por el contrario, exige que este sea realizado desde el segundo nivel de atención del sistema de salud nacional. Tampoco incluye a otras categorías de trabajadores de salud –como personal de enfermería o parteras- en la prestación de los servicios de aborto. Peor aún, condiciona el acceso al aborto a límites de edad gestacional y a la autorización de terceras personas como la junta médica o representantes legales.

Anexo No. 1

Guía de preguntas para evaluar el enfoque de derechos humanos del contexto regulatorio

1. ¿Reconoce al aborto como un derecho en el marco de los derechos humanos?
2. ¿Tiene un abordaje interseccional? ¿Contempla el modelo social de la discapacidad, perspectiva intercultural y étnica, considera particularidades de la atención de niñas y adolescentes?
3. ¿Cómo se entiende el derecho a la salud en las normas de aborto? ¿Se entiende desde una perspectiva biopsicosocial en línea con lo dicho por la OMS?
4. ¿Cómo se enmarca el derecho a decidir de las usuarias?
5. ¿La normativa refiere al derecho a gozar de los avances científicos?
6. ¿Hay un aseguramiento de la confidencialidad y del secreto profesional? ¿el secreto profesional impide a personal de salud denunciar legítimamente posibles abortos ilegales?
7. ¿El deber y el derecho a la información cumple los estándares de derechos humanos relacionados con la transparencia activa y la veracidad, pertinencia y claridad de la información?
8. ¿Las normas sobre aborto contemplan la obligación del Estado y otros actores de difundir información sobre la política pública? ¿Existen mecanismos de rendición de cuentas sobre la implementación de las normas de aborto?
9. ¿Las normas sobre aborto contemplan instancias de participación de la sociedad civil para la implementación del aborto legal o las políticas públicas de aborto?

Anexo No. 2

Guía de preguntas para evaluar el contexto regulatorio de acuerdo con los estándares de la OMS

1. ¿Se reconoce que la penalización del aborto no es la mejor estrategia para abordar la situación de salud pública y derechos humanos involucrada en esta práctica?
2. ¿Se permite el aborto domiciliario o fuera del sistema de salud?
3. ¿Se reconoce el acompañamiento comunitario como una opción segura para el aborto? ¿Se contempla asistencia para la formación y promoción de calidad en organizaciones que acompañan abortos seguros?
4. ¿Se reconoce las tareas compartidas – ampliación de profesionales o personal sanitario habilitado para servicios de aborto- en los equipos de provisión para ampliar la disponibilidad de personal entrenado?
5. ¿Se reconoce la rectoría de la OMS en materia de estándares clínicos y de atención del aborto seguro? ¿Se establecen mecanismos de actualización de las guías y procedimientos para ajustarse a la mejor evidencia disponible?
6. ¿Se incorporan los métodos recomendados por la OMS para la provisión de abortos seguros?
7. ¿Se reconoce la interpretación amplia de las causales habilitadas para el aborto legal?
8. ¿Se imponen requisitos que no son clínicamente necesarios para la seguridad de la práctica del aborto?