

Promoviendo el acceso al aborto terapéutico seguro en adolescentes

Hacia el fortalecimiento de la política pública
para reducir la brecha en el acceso a la
interrupción voluntaria por indicación terapéutica
del embarazo en adolescentes víctimas de
violencia sexual en Perú

Autor Alan Alcides Vega Jacome

Máster Universitario en Políticas Públicas y Sociales **UPF Barcelona School of Management**

Curso 2019 – 2021

Mentor Dr. Elis Borde

Resumen

En este Trabajo de Fin de Máster se presenta una propuesta de política pública para mejorar el acceso al procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo de las adolescentes en condición de vulnerabilidad con embarazo forzado por violación sexual. Partiendo del análisis de la situación del embarazo en adolescentes en Perú, con énfasis en el embarazo forzado de menores de 14 años, lo que constituye un crimen de lesa humanidad, se presenta un análisis crítico de las políticas existentes para el acceso al aborto terapéutico y se realiza una comparativa con otros países de la región. Posteriormente, mediante la metodología del marco lógico, se diseña una propuesta de intervención cuyo objetivo es garantizar el acceso al aborto terapéutico de las adolescentes víctimas de violación sexual, con enfoque de género, derechos de la niñez y pertinencia cultural.

Palabras clave: Embarazo en adolescentes, aborto terapéutico, derechos sexuales y reproductivos, enfoque de género, derechos de la niñez, interculturalidad.

Abstract

This Master's Dissertation presents a public policy proposal to improve access to the procedure of voluntary interruption due to therapeutic indication of pregnancy in vulnerable adolescents with forced pregnancy due to rape. Starting from the analysis of adolescent's situation pregnancy in Peru, with emphasis on forced pregnancy in children under 14 years old, which constitutes a crime against humanity, this work presents a critical analysis of the existing policies for access to therapeutic abortion and makes a comparison with other countries in the region. Subsequently, using the logical framework's methodology, this thesis raises a proposal whose objective is to guarantee the access to therapeutic abortion for adolescent victims of rape, with a focus on gender, children's rights and cultural relevance.

Keywords: Adolescent pregnancy, therapeutic abortion, sexual and reproductive rights, gender approach, children's rights, interculturality.

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



Tabla de contenidos

I. Resumen ejecutivo	8
II. Introducción y justificación	9
2.1. Antecedentes del problema	9
2.2. Descripción del problema.....	10
2.3. Metodología de la propuesta de intervención.....	10
III. Análisis de contexto y revisión bibliográfica	11
3.1. Perú: Situación del embarazo en la adolescencia.....	11
3.2. Consecuencias del embarazo en las adolescentes	15
3.2.1. Consecuencias del embarazo en la salud física de las adolescentes	15
3.2.2. Consecuencias del embarazo en la salud mental de las adolescentes	16
3.2.3. Consecuencias económicas del embarazo en las adolescentes.....	16
3.3. Legislación sobre el aborto terapéutico en el Perú.....	17
3.4. Marco normativo internacional sobre los derechos sexuales y reproductivos.....	18
3.5. Análisis de las políticas nacionales existentes sobre la IVITE en adolescentes.....	19
3.5.1. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia	20
3.5.2. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes	20
3.5.3. Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de IVITE	21
3.5.4. Norma Técnica para la atención diferenciada de la gestante adolescente	23
3.5.5. Política Nacional de Igualdad de Género	24
3.5.6. Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico	24
3.6. Análisis comparativo internacional sobre el acceso a la IVITE	25

IV. Estudio de la cuestión	26
4.1. Análisis DAFO de la implementación de la Guía Técnica.....	26
4.2. Análisis de participantes	28
4.3. Árbol de problemas	33
4.4. Árbol de objetivos	34
V. Apartado prescriptivo	35
5.1. Matriz del marco lógico.....	35
5.2. Descripción detallada de la propuesta	41
5.2.1. ¿En qué consiste la propuesta?	42
5.2.2. Público objetivo y ámbito de aplicación.....	47
5.2.3. Entidades responsables de la aplicación de la propuesta.....	47
5.2.4. Viabilidad y sostenibilidad de la propuesta de intervención	48
5.3. Análisis económico	49
5.4. Diagrama de Gantt	50
VI. Conclusiones	53

Índice de gráficos

<i>Gráfico 1. Perú: Adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez, según ámbito</i>	12
<i>Gráfico 2. Evolución de la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en el Perú 1991-2018</i>	12
<i>Gráfico 3. Evolución de la tasa específica de fecundidad en el Perú 1986-2018</i>	13
<i>Gráfico 4. Niñas y adolescentes de 0-19 años que tuvieron hijas o hijos nacidos vivos – MINSA, 2020</i>	14
<i>Gráfico 5. Número de casos de violación sexual hacia niños, niñas y adolescentes, 2019-2020</i>	15
<i>Gráfico 6. Adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner para la explicación de las brechas en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes con embarazo forzado</i>	41
<i>Gráfico 7. Líneas de acción de la estrategia para mejorar el acceso a la IVITE en adolescentes</i>	43

Acrónimos

CDH	: Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas
CEDAW	: Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer
CEM	: Centros de Emergencia Mujer
DIGESU	: Dirección General de Educación Superior y Técnico Profesional
DIRESA	: Dirección Regional de Salud
DSARE	: Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
EESS	: Establecimientos de Salud
EIF	: Embarazo Infantil Forzado
IESTU	: Instituciones de Educación Superior Tecnológica y Universitaria
INEI	: Instituto Nacional de Estadística e Informática
IVITE	: Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo
MIMP	: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINEDU	: Ministerio de Educación
MINSA	: Ministerio de Salud del Perú
ODS	: Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	: Organización Mundial de la Salud
ONU	: Organización de las Naciones Unidas
PNIG	: Política Nacional de Igualdad de Género
SUNEDU	: Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
TFM	: Trabajo de Fin de Máster
UNFPA	: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

I. Resumen ejecutivo

Según la legislación peruana, el embarazo en adolescentes menores de 14 años debe ser considerado como un acto de violación sexual, cuyas consecuencias sobre su salud integral, así como el estigma social y la afectación a sus posibilidades de desarrollo, son aspectos que atentan contra sus derechos elementales y pueden configurar una situación de embarazo infantil forzado (EIF), en tanto los Estados nieguen u obstaculicen su interrupción. El EIF puede ser considerado como tortura, debido al trato humillante e inhumano que supone forzar a una menor a continuar con un embarazo que puede afectar gravemente su desarrollo integral.

Ahora bien, aun cuando el aborto terapéutico se encuentra despenalizado en el Perú desde 1924, recién en 2014 se aprobó, mediante Resolución Ministerial, 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*, en adelante, la “Guía Técnica”. Sin embargo, según un informe elaborado por la Defensoría del Pueblo, existen limitaciones en la implementación del procedimiento de aborto terapéutico seguro en los establecimientos de salud, lo que genera una situación de violencia contra las adolescentes, a quienes no se les permite ejercer su derecho a la autonomía corporal, a la salud integral y a su bienestar psicológico y emocional. Esto constituye un problema de salud pública, en tanto vulnera los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y, por lo tanto, requiere la intervención activa del Estado para evitar que las adolescentes en condición de riesgo sean privadas del ejercicio de su derecho a la vida y la salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, en este TFM se elabora una propuesta de políticas públicas para la mejora en la implementación de la Guía Técnica para la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica para adolescentes en situación de riesgo en Perú, desde un enfoque de niñez, de género e intercultural. Se inicia con la presentación de la problemática del embarazo en adolescentes en Perú y sus consecuencias en su salud y calidad de vida. Asimismo, se analizan las dificultades en el acceso de las adolescentes a la IVITE y se plantea una crítica de las políticas públicas existentes. Luego, se diseña la propuesta de intervención desde la metodología del marco lógico, que incluye el análisis DAFO de la Guía Técnica actual, el análisis de participantes, el árbol de problemas y objetivos, así como el planteamiento de los objetivos específicos, resultados y actividades debidamente planificadas y presupuestadas.

II. Introducción y justificación

2.1. Antecedentes del problema

En el año 2001, la adolescente peruana de iniciales K.L., de 17 años, que se encontraba en estado de gestación, fue informada por su ginecólogo de que el feto era *anencefálico* y que fallecería a los cinco días de nacido. Sin embargo, el director del hospital denegó la solicitud de acceso al aborto terapéutico alegando que el aborto de K.L. no era terapéutico, sino *eugenésico*¹, asumiendo que era voluntario dado que el feto nacería con malformaciones. De esta forma, K.L. fue forzada a continuar con el embarazo y dar a luz a un niño anencefálico, al que amamantó y vio morir. Esta situación traumática ocasionó graves perjuicios en su salud mental, la obligó a marcharse del país con un estigma y a huir de un Estado que le dio un trato cruel, inhumano y degradante (Meza, 2017).

Otro caso emblemático fue el de L.C., una adolescente peruana que fue violentada sexualmente y de forma sistemática por sus vecinos, desde los once años de edad. Al enterarse de su embarazo, en 2006, la adolescente de 13 años intentó acabar con su vida arrojándose desde el techo de su vivienda. Tuvo lesiones severas en la columna, pero su médico tratante le indicó que no podía ser operada debido a su embarazo. La madre de L.C. solicitó la interrupción del embarazo, pero el médico alegó que no dependía de él sino del departamento de Cirugía y de Asesoría Jurídica del hospital. El director del hospital le negó la solicitud bajo la consideración de que la vida de L.C. no estaba en peligro como consecuencia del embarazo. La adolescente fue operada luego de tener un aborto espontáneo, sin embargo, quedó con un cuadro de cuadriplejia espástica (PROMSEX, 2018).

Ambos casos fueron llevados a instancias internacionales², donde se reconoció que el Estado peruano había vulnerado los derechos de las adolescentes y fue instado a pedir disculpas y pagar indemnizaciones. Además, se le exigió que tome medidas para evitar que otras adolescentes y jóvenes sufran este trato cruel, inhumano y degradante. En este orden de cosas, en 2016, el Comité de los Derechos del Niño de la ONU, realizó un informe con las observaciones al Estado peruano en materia de políticas públicas en temas de infancia y adolescencia. Entre sus principales observaciones sobre la salud de las adolescentes se encuentran, “a) La elevada tasa de embarazos de adolescentes, particularmente de niñas en

¹ Según el artículo 120 del Código Penal Peruano, el aborto eugenésico se encuentra reprimido con pena privativa de la libertad no mayor de tres meses cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico.

² Tanto K.L. como L.C. denunciaron a Estado peruano ante el CDH y el CEDAW, respectivamente.

situaciones vulnerables y marginales, incluidas las niñas que viven en la pobreza, las niñas con bajos niveles de educación y las niñas indígenas; b) El hecho de que el aborto sea ilegal en casos de violación o incesto y la interpretación restrictiva del aborto terapéutico, situación que obliga a las niñas a recurrir a abortos peligrosos con riesgo para su salud y para su vida” (Convención sobre los Derechos del Niño, 2016).

2.2. Descripción del problema

Ahora bien, pese a encontrarse reglamentado y contar con la Guía Técnica, aún persisten los casos de fallecimientos de menores de edad con embarazo forzado debido a violación sexual. Entre las causas de esta negligencia, la Defensoría del Pueblo (2021), identificó que el personal de salud de los EESS del primer y segundo nivel desconoce la existencia de la Guía Técnica, la información a las menores y sus familias sobre la posibilidad de acceder al aborto voluntario es insuficiente, hay una falta de capacitación al personal de salud que tiene temor de ser denunciado por brindar información sobre el aborto, el registro y codificación de la casuística sobre solicitudes de IVITE en los EESS es deficiente, hay una interpretación inadecuada de la guía técnica y existen prejuicios y falta de sensibilización sobre los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, entre otros.

Se debe precisar que un grupo de congresistas peruanas impulsó una iniciativa legislativa para modificar el artículo 119 del Código Penal y despenalizar el aborto en los casos de embarazos a consecuencia de una violación sexual, inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas y malformaciones incompatibles con la vida. Sin embargo, este proyecto presentado en 2016 no fue revisado ni puesto en debate por las comisiones de Justicia y de la Mujer del Congreso peruano, controladas por la mayoría conservadora.

2.3. Metodología de la propuesta de intervención

Por lo expuesto, en este TFM se plantea una propuesta de política pública para la reducción de la brecha en el acceso al procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo en las adolescentes peruanas que han sufrido violación sexual, situación que constituye un problema de salud pública y un atentado contra el derecho a la vida y la salud de las afectadas. Para la elaboración de la propuesta se revisará la problemática del embarazo en las adolescentes peruanas menores de 14 años y las limitaciones en el acceso al procedimiento

de IVITE seguro en los EESS. Además, se hará una revisión crítica de la normativa y las políticas públicas existentes para atender el problema.

Luego, mediante la metodología del marco lógico, se realizará un análisis DAFO de la implementación de la IVITE en los EESS, así como un análisis de participantes para identificar a los actores involucrados, sus intereses y necesidades. Posteriormente, se realizará un árbol de problemas y objetivos para identificar las líneas de acción y diseñar la estrategia de intervención. A continuación, se diseñará la matriz de marco lógico para organizar los objetivos en resultados y actividades específicas con sus indicadores verificables. En la última parte se realizará una descripción detallada de la propuesta con el análisis de responsables, la planificación y el costo de la intervención. Cabe mencionar que la estrategia se abordará desde una perspectiva de género y desde el enfoque de derechos de la niñez, que busca garantizar el ejercicio de la autonomía sexual y reproductiva, así como la preservación de la vida y la salud de las adolescentes, tomando en cuenta la dimensión intercultural.

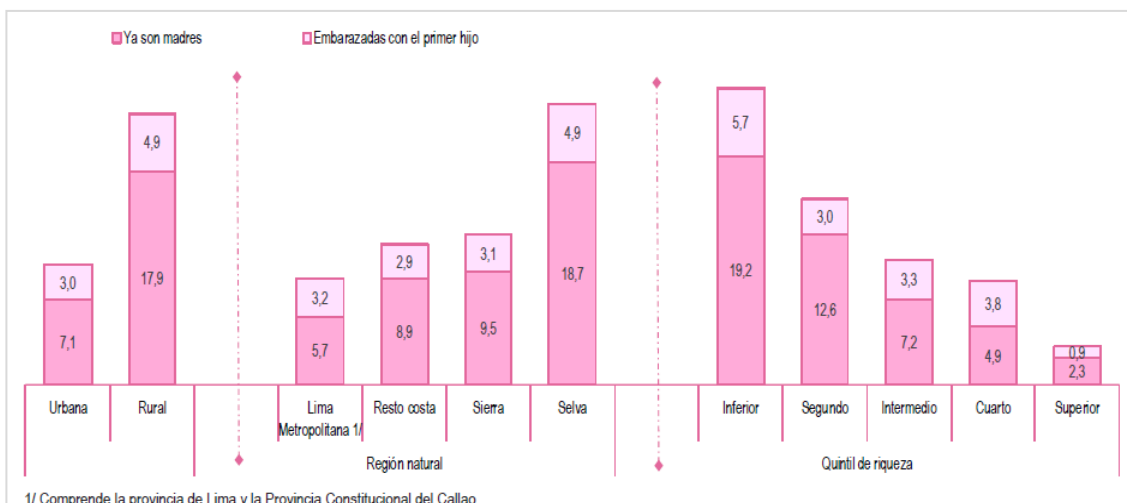
III. Análisis de contexto y revisión bibliográfica

3.1. Perú: Situación del embarazo en la adolescencia

El embarazo en la adolescencia constituye un grave problema social y de salud pública que afecta de manera desigual a la población y que tiene graves consecuencias para los grupos más vulnerados, es decir, las adolescentes que pertenecen a los sectores rurales, con bajo nivel de escolaridad y que forman parte de las comunidades indígenas y afrodescendientes (Organización Panamericana de la Salud, 2020). Estas adolescentes, que provienen de hogares donde se ejercen diversas formas de violencia, como la violencia de género, la violencia sexual y otras prácticas que atentan contra su dignidad personal, reciben una educación sexual insuficiente y tienen dificultades para acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva, como los anticonceptivos modernos y la atención ginecológica especializada (Defensoría del Pueblo, 2018).

En el caso del Perú, según las cifras del INEI, con respecto a las características de la población adolescente de 15 a 19 años con la mayor incidencia de embarazo, se observa que las adolescentes de las zonas rurales de la selva y de los quintiles inferiores de riqueza, son quienes presentan las tasas más elevadas de embarazo, con cifras que llegan a duplicar el promedio del país (ver Gráfico 1).

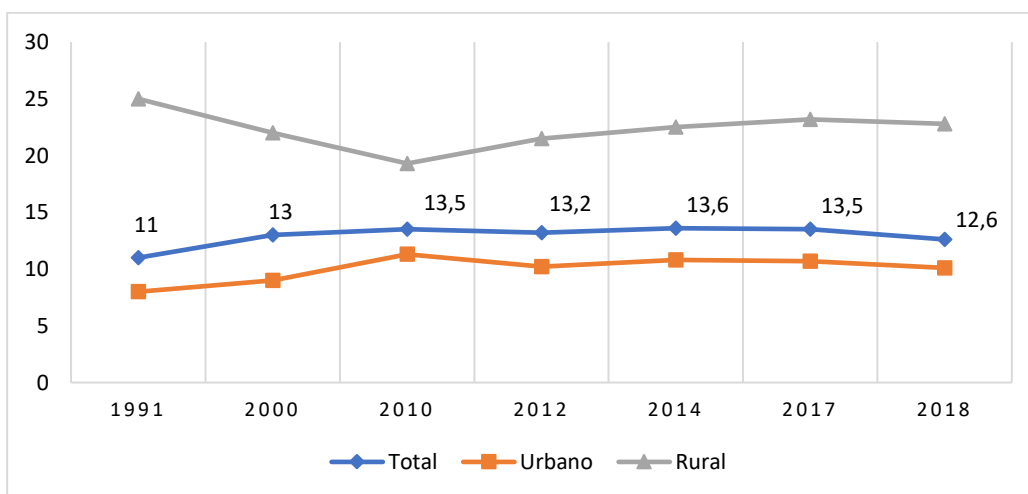
Gráfico 1. Perú: Adolescentes que son madres o que están embarazadas por primera vez, según ámbito geográfico y quintil de riqueza, 2017-2018



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019)

Ahora bien, mientras que el Estado peruano ha logrado reducir indicadores como la desnutrición crónica infantil, la deserción escolar, la pobreza y la anemia, por el contrario, la *tasa de embarazo en la adolescencia* se ha incrementado en 1,6% en los últimos 30 años (ver Gráfico 2). Este incremento se ha producido pese a la aprobación de diversos instrumentos normativos (ver Anexo 7), dentro del marco de una política de género, y aun cuando el presupuesto público en prevención se incrementó de 2.5 a 5.5 millones de euros entre 2012 y 2018.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de embarazo en adolescentes de 15 a 19 años en el Perú 1991-2018

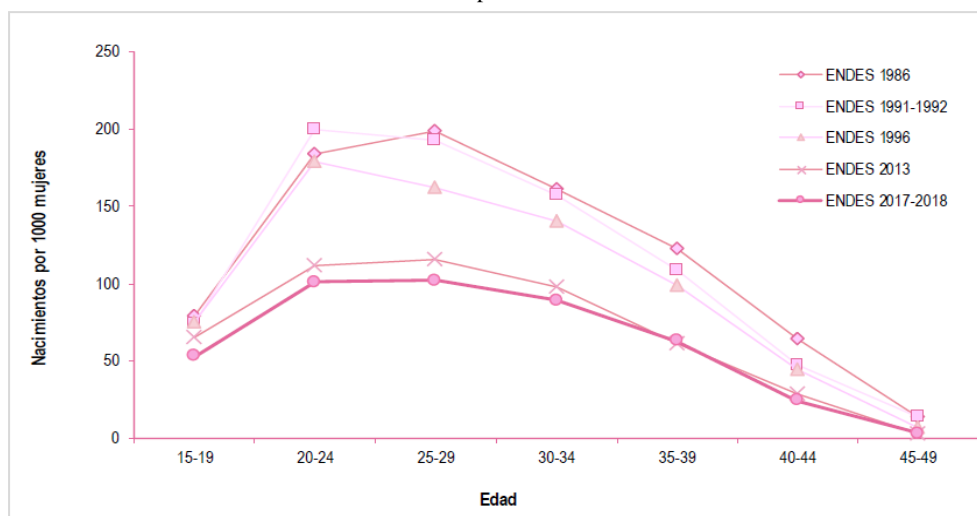


Elaboración propia.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019), UNFPA (2019)

Otro indicador resaltante, que permite visualizar la baja efectividad de la política de prevención del embarazo en la adolescencia, es la *tasa de fecundidad*, que da cuenta de la cantidad de nacimientos por cada mil mujeres. Según el INEI (2019), la tasa de fecundidad disminuyó en 48,8% entre los años de 1986 y 2017-2018, es decir, pasó de 4,3 a 2,2 hijas e hijos por mujer. Sin embargo, en el Gráfico 3 se observa que la tasa específica de fecundidad se ha mantenido prácticamente inalterable en el grupo de edad de mujeres entre 15 y 19 años, mientras que en el resto de grupo etarios la cantidad de nacimientos por cada mil mujeres ha disminuido considerablemente (ver Gráfico 3).

Gráfico 3. Evolución de la tasa específica de fecundidad en el Perú 1986-2018



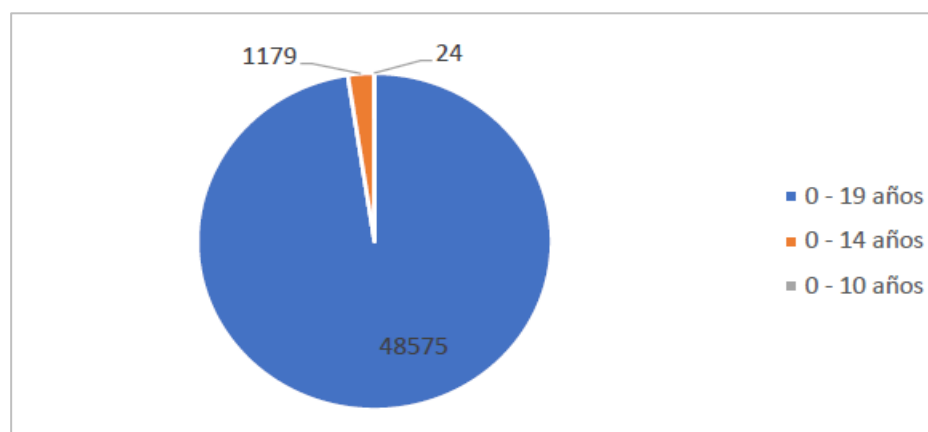
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019)

Sin embargo, la situación más crítica se presenta en las adolescentes menores de 14 años, para quienes las consecuencias de un embarazo forzado alteran significativamente su normal desarrollo psicosocial, sus condiciones de vida, su salud física y mental y sus posibilidades de acceder a una educación de calidad. Al respecto, en el año 2012, el Tribunal Constitucional estableció jurisprudencia³ al considerar que, a partir de los 14 años de edad, podría existir consentimiento para sostener relaciones sexuales, por lo que cualquier embarazo producido por debajo de esa edad mínima debe ser considerado como producto de una violación sexual. Este grave problema social se denomina embarazo infantil forzado (EIF) y constituye una forma de trato humillante, cruel y denigrante, además de un crimen de lesa humanidad, según el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional (Defensoría del Pueblo, 2021).

³ La Ley N°30838, publicada el 4 de agosto de 2018, que modifica el artículo 173 del Código Penal dice textualmente: “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”.

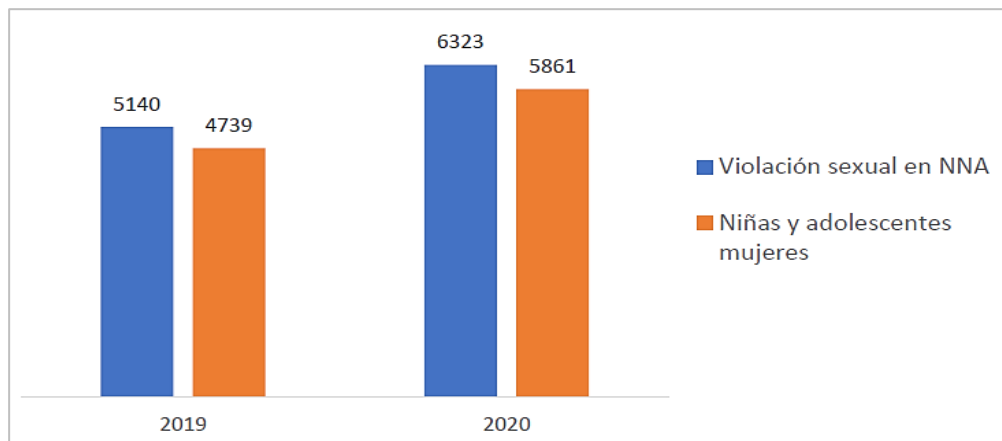
Las cifras presentadas son el reflejo de una cultura permisiva con la violencia de género y las situaciones de abuso y violencia sexual, que normaliza el embarazo en las adolescentes menores de 14 años. Un ejemplo de la normalización del embarazo en adolescentes a nivel de las entidades del Estado se puede observar en el Anexo 4, donde se muestra una propaganda del Ministerio de Salud para la vacunación contra la COVID-19 de las “mujeres con más de 12 semanas de gestación, mayores de 12 años”. Por otro lado, la Defensoría del Pueblo (2021) ha recabado la cifra de nacimientos en 2020, cuyas madres son adolescentes menores de 14 años. Del total de 48 575 nacimientos a nivel nacional, el 2,4% (1 179 nacimientos) corresponde a adolescentes gestantes menores de 14 años, es decir, durante el 2020, se tiene la certeza de que se forzó a 1 179 adolescentes a mantener y finalizar un embarazo producto de una violación sexual (ver Gráfico 4).

Gráfico 4. Niñas y adolescentes de 0-19 años que tuvieron hijas o hijos nacidos vivos – MINSA, 2020



Elaboración: Defensoría del Pueblo (2021)
Fuente: Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo (2020)

Otra de estadística alarmante, recogida por la Defensoría del Pueblo (2021), es la relativa a los casos de abuso sexual en niñas, niños y adolescentes durante el 2019 y 2020. Según los datos proporcionados por el Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - AURORA del MIMP, durante el 2019 se registraron 12 364 casos de violencia, de los cuales el 41,6% (5 140 casos) corresponden a violencia sexual y donde el 92,7% (4 739 casos) fueron perpetrados contra niñas y adolescentes mujeres. Asimismo, en el 2020, año de inicio de la pandemia por COVID-19, se registraron 9 582 casos de violencia sexual, siendo el 66% (6 323 casos) de violación sexual, de los cuales, el 92,7% (5 861 casos) fueron realizados contra niñas y adolescentes mujeres (ver Gráfico 5). En otros términos, durante el año 2020, un promedio de 16 niñas y adolescentes peruanas han sido víctimas de violación sexual cada día.

Gráfico 5. Número de casos de violación sexual hacia niños, niñas y adolescentes, 2019-2020

Elaboración: Defensoría del Pueblo (2021)
Fuente: MIMP (2019, 2020)

3.2. Consecuencias del embarazo en las adolescentes

En la sección anterior se ha planteado que el embarazo en adolescentes menores de 14 años constituye un crimen de lesa humanidad, que es producto de un hecho de violencia sexual y cuyo mantenimiento constituye una situación de trato humillante y de tortura para las adolescentes que son forzadas a continuar con una gestación para la cual no se encuentran preparadas. Por el contrario, mantener el embarazo en estas condiciones puede tener un desenlace mortal para las niñas y podría generar una serie de consecuencias nocivas para su salud y su desarrollo psicosocial, con graves efectos a corto, mediano y largo plazo. A continuación, se detallan algunas de estas consecuencias.

3.2.1. Consecuencias del embarazo en la salud física de las adolescentes

Una adolescente menor de 14 años que es forzada a continuar un embarazo producido por una violación sexual puede sufrir graves consecuencias en su cuerpo, aún en crecimiento y en proceso de maduración. Las investigaciones recopiladas por la Defensoría del Pueblo (2021) coinciden en señalar que existen complicaciones asociadas a riesgos obstétricos y perinatales como el aborto espontáneo, la hipertensión arterial gravídica o inducida, óbito fetal, desproporción céfalo pélvica, sufrimiento fetal y ruptura prematura de la membrana. Según el informe realizado por UNICEF (2018), se estima que el 63% de adolescentes peruanas sufrieron alguna complicación durante el embarazo, desde infecciones urinarias o vaginales, anemia, vómitos y náuseas, hasta problemas severos como preeclampsia, eclampsia, parto prematuro, rotura de membrana y hemorragia puerperal. Entre las principales consecuencias en el/la recién

nacida se encuentran la prematuridad, el aumento de morbilidad y mortalidad por daño neurológico y retardo mental, la anemia y el bajo peso al nacer, entre otras. Asimismo, persiste el grave problema de las adolescentes que se someten a los abortos inseguros, que ponen en peligro su vida por sus condiciones insalubres y negligentes.

3.2.2. Consecuencias del embarazo en la salud mental de las adolescentes

Otro de los factores esenciales al analizar las consecuencias del embarazo en adolescentes es la afectación de su salud mental, componente vital para la calidad de vida de las personas. Campbell (2009), citado en Rondón (2015), ha documentado las consecuencias en el mundo psíquico y emocional de las mujeres con embarazos debido a violación sexual, como la depresión el trastorno por estrés postraumático, el abuso de sustancias, insomnio, los trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de la personalidad, entre otros.

Las consecuencias no solo ocurren en el aspecto psicológico y emocional de las adolescentes, sino que afectan sus relaciones familiares y sociales. La revictimización a las que son expuestas en un entorno donde se ejerce la violencia de género y se culpabiliza a la víctima puede generarle culpa, vergüenza y temor de relacionarse con las personas. En los casos más graves, las adolescentes pueden recurrir a las autolesiones y al suicidio como forma de terminar con su angustia provocada por un sistema violento e indiferente. Por lo tanto, las personas que toman decisiones en políticas públicas en salud, deben tener en cuenta las graves consecuencias de mantener una situación de embarazo forzado en las adolescentes, cuyo mundo emocional se encuentra gravemente afectado por la situación traumática de violencia sexual que han experimentado y que siguen padeciendo al mantener un embarazo en esas condiciones.

3.2.3. Consecuencias económicas del embarazo en las adolescentes

En esta tercera categoría se consideran los efectos en el acceso a las oportunidades de desarrollo de las adolescentes. Al encontrarse en situación de vulnerabilidad debido a la pobreza estructural, al entorno violento y a las condiciones que limitan su acceso a la salud, educación y trabajo digno, las adolescentes con embarazo forzado pueden verse perjudicadas debido al estigma que genera el embarazo en una sociedad que tiende a culpabilizar a la víctima. Uno de los efectos inmediatos del embarazo en las adolescentes es la deserción escolar, que limita el acceso a una formación técnica y profesional, con la consiguiente dificultad para acceder a un trabajo que les permita salir del círculo de pobreza en que se encuentran.

3.3. Legislación sobre el aborto terapéutico en el Perú

La OMS define el aborto como una práctica médica que consiste en “la interrupción de un embarazo tras la implantación del huevo fecundado en el endometrio antes de que el feto haya alcanzado viabilidad, es decir, antes de que sea capaz de sobrevivir y mantener una vida extrauterina independiente. La OMS considera el límite de viabilidad la edad gestacional de 22 semanas y el peso fetal de 500 gr. y longitud céfalo nalgas de 25 cm” (OPS/OMS-Nicaragua, 2010).

La práctica del aborto es un tema complejo y polémico que cuenta con distintas aproximaciones, dependiendo de la cultura, las leyes y costumbres de cada país. Al respecto, Ramírez y Álvarez (2016) señalan que los países que consideran la penalización del aborto en sus legislaciones se enmarcan dentro de tres modelos: el primero, consiste en la *prohibición total del aborto*, en el cual no existen excepciones ni atenuantes para la penalización; el segundo, es el de *permisión por causales o indicaciones*, vigente en la mayoría de países de Latinoamérica y que contempla excepciones a la penalización cuando haya una afectación directa a la vida y la salud de la mujer, por malformaciones fetales incompatibles con la vida, por causales socioeconómicas, inseminación forzada y violación sexual; y el tercero, es el de *permisión por plazos*, que considera el aborto a petición de la mujer, sin otra causal, siempre y cuando se encuentre dentro de las primeras semanas del embarazo. En el Anexo 5 se presenta una comparativa sobre la legislación internacional del aborto.

Desde el año 1924, en la legislación peruana sobre el aborto se aplica el *modelo por causales o indicaciones*, que establece como únicas excepciones para la interrupción legal del embarazo las situaciones que implican un riesgo para la vida o la salud de la mujer, tal como se encuentra descrito en el Artículo 119 sobre el *aborto terapéutico*: “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”. Sin embargo, la legislación peruana mantiene penalizados los casos de abortos en los que el producto del embarazo sea un feto incompatible con la vida extrauterina y los embarazos producidos por violaciones sexuales, incluso cuando supongan una grave afectación sobre la salud mental de las adolescentes (PROMSEX, 2018).

Lamentablemente, pese a encontrarse despenalizado desde hace casi cien años en el Perú, el aborto terapéutico no estaba reglamentado ni contaba con un procedimiento estandarizado por el MINSA para su aplicación en los EESS, hasta la promulgación de la Guía Técnica en 2014.

Esta Guía Técnica surge ante la necesidad de estandarizar el procedimiento de IVITE para brindar las garantías necesarias a las mujeres gestantes que acceden al procedimiento de interrupción del embarazo en condiciones seguras.

3.4. Marco normativo internacional sobre los derechos sexuales y reproductivos

El objetivo 5 de desarrollo sostenible la ONU propone “*Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas*” (ONU, 2021). Asimismo, la ONU reconoce que la pandemia por COVID-19 ha incrementado la violencia contra las mujeres y las niñas en todo el mundo debido a la situación de confinamiento, que condena a muchas mujeres y niñas a convivir con sus agresores, con limitaciones para el acceso a los servicios de salud y servicios sociales, con una fuerte carga de trabajo no remunerado y situaciones de violencia familiar y sexual. Al respecto, existen una serie de tratados internacionales que protegen los derechos humanos y que tienen rango constitucional en el Perú (ver Anexo 6).

Uno de los principales pactos internacionales suscritos por el gobierno peruano es la Convención sobre los Derechos del Niño (1989) que, en los artículos 6 y 19 reconoce el derecho del niño y la niña a la supervivencia y a no ser objeto de ninguna forma de violencia, incluido el abuso sexual. Asimismo, en los artículos 12 y 24 suscribe el derecho de toda niña y niño a la expresión libre de su opinión en los asuntos que los afectan, en función de su edad y madurez. En este mismo sentido, son relevantes las observaciones del Comité de los Derechos del Niño al Estado peruano sobre la elevada tasa de embarazos de adolescentes en situación de vulnerabilidad y la ilegalidad del aborto en casos de violación (Convención sobre los Derechos del Niño, 2016).

Otro instrumento relevante en temas de derechos sexuales y reproductivos, a nivel internacional, es la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) que, en sus artículos 1 y 12.1 afirma la prohibición de menoscabar o anular el goce y ejercicio de las mujeres de su derecho a la salud sexual y reproductiva. Además, en su recomendación general N°35 sobre la violencia de género contra la mujer señala como actos de violación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la mujer: el aborto forzado, las esterilizaciones forzadas, la tipificación del delito de aborto, la continuación forzada del embarazo, el abuso y maltrato a las niñas y adolescentes que buscan información sobre salud, bienes y servicios sexuales (Defensoría del Pueblo, 2021).

Además, se debe mencionar que, en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), los Estados partes suscribieron como acuerdo 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 deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento postaborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (UNFPA, 2014b).

Adicionalmente, el derecho al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes fue abordado por el Consenso de Montevideo, en sus recomendaciones 42, “Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres que cursan embarazos no deseados y no aceptados e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las leyes, normativas, estrategias y políticas públicas sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes, mejorando su calidad de vida y disminuyendo el número de abortos” y 43, “Asegurar el acceso efectivo de todas las mujeres a la atención integral en salud en el proceso reproductivo, específicamente a atención obstétrica humanizada, calificada, institucional y de calidad, y a servicios óptimos de salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, así como a servicios que integren la interrupción del embarazo en los casos previstos por la ley y garantizar el acceso universal a técnicas de fertilización asistida” (CEPAL, 2013).

3.5. Análisis de las políticas nacionales existentes sobre la IVITE en adolescentes

Durante los últimos diez años, el Estado peruano ha elaborado e implementado diversos instrumentos y políticas para la promoción de la igualdad y la erradicación de la violencia de género en todas sus formas. Se observa un esfuerzo del Estado por orientar las políticas sociales hacia la protección de los derechos de la población en condición de vulnerabilidad y garantizar el acceso a los servicios de salud, educación y programas para mejorar las oportunidades. En el caso de las políticas en salud sexual y reproductiva para la población adolescente, el Estado peruano está implementando de forma progresiva una serie de estrategias para la reducción de la prevalencia del embarazo, la erradicación de las conductas sexuales de riesgo y la protección de la niñez ante las diversas formas de abuso y violencia sexual (ver Anexo 7). En esta sección se presentan las principales políticas e instrumentos normativos relacionados con el acceso a la

salud sexual y reproductiva, con énfasis en el procedimiento de IVITE en adolescentes con embarazo forzado.

3.5.1. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia

Aprobado mediante Decreto Supremo N°001-2012-MIMP, de fecha 20 de abril de 2012, tiene como objetivo que las y los adolescentes posterguen su maternidad y paternidad hasta alcanzar la edad adulta. Tiene como meta reducir en 20% el embarazo adolescente. Su estrategia central consiste en promover el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud diferenciados para la atención integral, prevenir conductas de riesgo y alentar estilos de vida saludables. Además, este plan busca propiciar el acceso a la información y métodos anticonceptivos oportunamente, así como la capacitación de las y los adolescentes para ejercer una actividad sexual responsable y puedan priorizar su educación al postergar la paternidad/maternidad hasta la edad adulta. Adicionalmente, busca capacitar desde las instituciones educativas a padres y madres de familia sobre sexualidad con enfoque de género (MIMP, 2012).

Se observa que este plan tiene un enfoque preventivo, con énfasis en la postergación de la maternidad y la paternidad. En ningún momento menciona las acciones para atender a las adolescentes con embarazo forzado, cuando este grupo es uno de los más vulnerados por la sociedad. Tan solo menciona que: *“Las condiciones en que se desarrolla la maternidad temprana conducen a que las responsabilidades de la crianza se transfieran a terceros, sean estos familiares, amistades o instituciones; y el embarazo en esta etapa de la vida puede convertirse en causa de abortos clandestinos”* (MIMP, 2012). Pero en ningún momento se ofrece una alternativa para que las adolescentes que no han decidido sobre su cuerpo y su sexualidad puedan retomar su vida sin el riesgo físico, mental y social que conlleva proseguir con un embarazo en esas condiciones.

3.5.2. Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes

Es un instrumento aprobado mediante Decreto Supremo N°012-2013-SA, de fecha 7 de noviembre de 2013, cuya finalidad es garantizar que las y los adolescentes ejerzan su derecho a la salud sexual y reproductiva, de forma autónoma y responsable, para reducir el embarazo y promover la reinserción educativa. Su meta es la reducción del 20% de la prevalencia del embarazo en adolescentes. Una de sus metas principales es incrementar en 50% el uso de los

métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as y en madres adolescentes. Además, se propone como líneas de acción estratégica el acceso a los servicios de atención integral, con énfasis en salud sexual y reproductiva, así como la orientación y consejería en salud sexual y reproductiva y anticoncepción (MINSA, 2013).

En este plan constituye otro instrumento de naturaleza preventiva que se enfoca en la reducción del embarazo en adolescentes mediante el uso de anticonceptivos modernos y la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, al centrarse en lo preventivo, no toma en cuenta los casos de embarazos en adolescente menores de 14 años que no han ejercido su derecho a la autonomía corporal, ni han decidido libremente sobre su vida sexual. Por lo tanto, este plan tampoco toma en cuenta la posibilidad de practicar la IVITE como método para preservar la vida y la salud de las adolescentes con embarazo forzado.

3.5.3. Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de IVITE

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, aprobada mediante Resolución Ministerial N°486-2014/MINSA, de fecha 28 de junio de 2014, es el primer instrumento normativo creado por el MINSA para orientar el procedimiento de IVITE en los EESS a nivel nacional desde que el aborto terapéutico fue considerado legal el Código Penal peruano de 1924.

Al revisar la Guía Técnica, se puede observar que no toma en cuenta las diferencias esenciales entre las mujeres adultas y las adolescentes, por lo que no cuenta con un capítulo específico para la atención de las adolescentes con embarazo forzado. Ahora bien, la Guía Técnica contempla diez patologías en las que procede el aborto terapéutico y cuenta con una cláusula abierta. Esta cláusula menciona que el aborto terapéutico procede con “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” (MINSA, 2016). Por lo tanto, esta cláusula puede ser aplicada en situaciones que impliquen un riesgo para la salud física, mental o social de la gestante, como es caso de la violación sexual en una menor de 14 años, seguida de embarazo, que constituye un crimen de lesa humanidad y una situación cruel y humillante que podría llevar a la adolescente a la posibilidad de un suicidio.

Asimismo, el procedimiento establecido en la Guía Técnica señala que la IVITE se debe realizar en un establecimiento de salud de nivel II-1 y II-E, en un plazo máximo de 6 días calendarios desde su solicitud, previa evaluación de una junta médica conformada por tres médicos/as. Según se observa en el flujograma del Anexo 2, el procedimiento de la IVITE implica que el/la médico/a tratante haga una detección del riesgo para la vida o la salud de la gestante, le informe sobre el diagnóstico, pronóstico, riesgos y tratamiento. Luego, la paciente o su representante realiza la solicitud escrita de la IVITE a el/la médico/a tratante, quien a su vez cursa la solicitud escrita a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia. Esta Jefatura convoca una junta médica conformada por un/a ginecólogo/a y dos médicos/as cirujanos/as, de preferencia especialistas en la patología detectada y remitirá el resultado por escrito. Si se declara procedente, se debe informar al médico tratante dentro de las 48 horas y se solicita el consentimiento informado de la gestante. La Dirección Médica designa a un/a médico/a para el procedimiento, quien informa a la paciente o su representante lo siguiente: diagnóstico, procedimiento, riesgo en caso de someterse o no, alternativas al procedimiento, entre otros (MINSA, 2016).

Con respecto al procedimiento en sí, en la Guía Técnica se menciona que puede ser, hasta las 12 semanas de gestación, mediante aspiración manual endouterina (AMEU) o misoprostol, y entre las 12 y menos de 22 semanas, se deben aplicar los esquemas terapéuticos con misoprostol según la edad gestacional, que debe ser completado con el procedimiento de legrado uterino luego de la expulsión del contenido (MINSA, 2016). En el Anexo 3 se mencionan los recursos necesarios para realizar la IVITE en los EESS.

Sin embargo, pese a contar con esta Guía Técnica, aún persisten serias dificultades para su implementación y para garantizar el acceso de las adolescentes con embarazo forzado a la IVITE en condiciones seguras y con criterios de calidad y pertinencia cultural. En ese orden de cosas, la Defensoría del Pueblo (2021) ha identificado las siguientes limitaciones en la implementación de la Guía Técnica en los EESS:

“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 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, 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” (Defensoría del Pueblo, 2021).

3.5.4. Norma Técnica para la atención diferenciada de la gestante adolescente

Este instrumento fue aprobado mediante la Resolución Ministerial N°007-2017-MINSA, de fecha 6 de enero de 2017. Es una norma de cumplimiento obligatorio en los EESS públicos y de aplicación referencial en los establecimientos privados, dirigido a la atención de las gestantes adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 14 años, correspondiente a la adolescencia temprana y los 15 y 17 años, 11 meses y 29 días, que comprende la adolescencia tardía. Su finalidad es *“Contribuir a mejorar la calidad de vida de la gestante adolescente y el nacimiento de un recién nacido saludable a través de la atención integral y diferenciada durante el embarazo, parto y puerperio”* (MINSA, 2017). Esta norma fue diseñada desde los enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad y su función es regular la atención diferenciada en adolescentes al introducir las nociones de proyecto de vida, identificación del embarazo y el riesgo, la atención del parto y la anticoncepción posparto.

Según esta norma, la atención de las adolescentes debe realizarse desde el respeto a la privacidad y confidencialidad, seguridad personal, información veraz y comunicación, toma de decisiones, respeto y dignidad, respeto a su cultura e identidad, reserva sobre el nombre de la pareja, horarios adecuados y acompañamiento. No obstante, aun cuando ya existía la Guía Técnica de 2014, este instrumento normativo para la atención diferenciada de la adolescente gestante no toma en cuenta el procedimiento de IVITE como una alternativa viable para los casos de embarazo en la adolescencia temprana, donde se asume que fueron producto de una violación sexual. En ninguna parte de la norma se menciona el procedimiento de interrupción voluntaria de embarazo ni la obligación de los EESS de brindar información al respecto a las adolescentes y sus familias. Por lo tanto, en la elaboración de la propuesta de este TFM se buscará introducir una modificatoria para reglamentar el acceso a la IVITE en adolescentes con embarazo forzado.

3.5.5. Política Nacional de Igualdad de Género

Esta política multisectorial fue aprobada mediante Decreto Supremo N°008-2019-MIMP, de fecha 4 de abril de 2019. Tiene como objetivo Prioritario 2 “Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres” (MIMP, 2019). Además, dentro de sus lineamientos para mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres, plantea como servicio la producción y difusión de información a nivel nacional con enfoque intercultural sobre el aborto terapéutico, así como la ampliación del acceso a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (MIMP, 2019).

En la Política Nacional de Igualdad de Género se hace un esfuerzo por incluir la necesidad de informar sobre el aborto terapéutico como un derecho a la salud sexual y reproductiva y constituye un avance significativo para la implementación de la IVITE en adolescentes con embarazo forzado. En este orden de cosas, a partir de lo señalado en esta política se plantearán las modificaciones a la “Norma Técnica para la atención diferenciada de la gestante adolescente”, de manera que la información sobre la IVITE y la mejora en el acceso a dicho procedimiento sea de cumplimiento obligatorio en los EESS a nivel nacional.

3.5.6. Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico

Este instrumento, aprobado mediante la Resolución Directoral N°230-2020-DG-INMP/MINSA de fecha 23 de noviembre de 2020, fue elaborado por el Instituto Nacional Materno Perinatal, establecimiento de salud de tercer nivel con atención especializada en salud sexual y reproductiva de la mujer y el neonato. Este instrumento se basa en la Guía Técnica y establece el procedimiento para la atención especializada para la IVITE de la gestante en los casos donde el aborto terapéutico es el único medio para salvar su vida o evitar un mal grave y permanente en su salud física y/o mental (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2020). El procedimiento para la solicitud y evaluación de la IVITE es prácticamente el mismo de la Guía Técnica y, al igual que ésta, no realiza un procedimiento diferenciado para la población adolescente con embarazo forzado por violación sexual.

3.6. Análisis comparativo internacional sobre el acceso a la IVITE

En esta sección se presenta una aproximación a la situación del acceso al procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo en países con políticas regresivas en materia de derechos sexuales y reproductivos, similares a Perú. Para el análisis se incluye a Colombia, Ecuador y Bolivia, cuyas legislaciones se enmarcan dentro del modelo de regulación por causales o indicaciones (ver Anexo 5).

Sobre la situación de la IVITE en Colombia, en mayo de 2006, la Corte Constitucional Colombiana reconoció el derecho al aborto legal y seguro como parte fundamental de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer en tres casos puntuales: cuando la continuación del embarazo conlleve un peligro para la vida o la salud de la mujer, cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, ambas certificadas por un médico, y cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, de violación sexual. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia elaboró una Guía de capacitación para la atención en salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), donde menciona que la atención de adolescentes que solicitan la IVE “implica dos situaciones especiales: 1) autonomía de la menor para decidir sobre su embarazo y 2) el consentimiento informado para realizar la interrupción del embarazo”. Asimismo, considera que “es inadmisibles impedir a las menores de 14 años consentir libremente en la realización de una IVE cuando necesariamente se encuentran amparadas en dos de las tres causales de despenalización (causal de salud y causal de violación) teniendo en cuenta que cualquier embarazo a esa edad conlleva un riesgo para la salud de la gestante y es el resultado de una conducta punible” (UNFPA, 2014a).

En el caso de Ecuador, el artículo 150 de Código Orgánico Integral Penal ecuatoriano de 2014 establece que “El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos: 1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios. 2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental”. Sin embargo, en 2021, la Corte Constitucional de Ecuador decidió retirar la frase “en una mujer que padezca de discapacidad mental”, con lo cual el aborto sería legal en casos de violación sexual. En 2015, el Ministerio de Salud Pública de Ecuador publicó la Guía de Práctica Clínica para la Atención

del aborto terapéutico donde no se menciona la atención diferenciada para las adolescentes con embarazo forzado (Ministerio de Salud Pública de Ecuador, 2015).

Con respecto a Bolivia, el Tribunal Constitucional boliviano emitió la Sentencia Constitucional N°0206/2014 con relación a la interrupción legal y segura del embarazo, donde se establece que la mujer podrá acceder a la interrupción del embarazo cuando sea producto del delito de violación y cuando la vida y la salud de la mujer corre peligro. Para el cumplimiento de esta disposición, el Ministerio de Salud de Bolivia publicó el Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014, donde menciona que las usuarias del servicio de salud tienen derecho a la interrupción del embarazo de manera legal, voluntaria, segura y sin presión alguna a sola presentación de la copia de la denuncia del delito de violación realizada ante la Policía o Fiscalía o Autoridades Originarias o Competentes, cuando su vida o su salud corran peligro o cuando existan malformaciones fetales letales (Ministerio de Salud de Bolivia , 2015).

IV. Estudio de la cuestión

En este capítulo se presentan los elementos centrales para el diseño de la estrategia de mejora en el acceso de las adolescentes al procedimiento de IVITE con seguridad, calidad y pertinencia cultural. Se inicia con el análisis DAFO de la implementación de la Guía Técnica actual, luego se presenta el análisis de participantes para identificar los potenciales aliados y actores que podría oponerse a la propuesta y se finaliza con la elaboración del árbol de problemas y objetivos.

4.1. Análisis DAFO de la implementación de la Guía Técnica

Debido a que actualmente solo se cuenta con la Guía Técnica como instrumento para la implementación de la política de salud sexual y reproductiva, en caso de embarazos en adolescentes producto de una violación sexual, en esta sección se realiza un análisis interno (debilidades y fortalezas) y externo (amenazas y oportunidades) de su implementación en los EESS peruanos a nivel nacional. Para la elaboración de este análisis se ha considerado el *“Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud”*, elaborado por la Defensoría del Pueblo (2021).

<p>Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • La Guía Técnica está diseñada para atender a la población adulta y no toma en cuenta las particularidades de la niñez y la adolescencia. • La Guía Técnica no cuenta con enfoques en derechos de la niñez, género e interculturalidad. • Deficiente infraestructura y equipamientos insuficientes en los EESS para aplicación de la Guía Técnica. • Escasa capacitación del personal de salud en la aplicación de la Guía Técnica. • Personal médico y sanitario no se encuentra debidamente sensibilizado en temas de género y protección de derechos sexuales y reproductivos. • Los EESS no cuentan con un sistema de comunicación eficiente para informar a las adolescentes y sus familias sobre el procedimiento de IVITE. • Inadecuada formación de los profesionales de medicina y obstetricia en los procedimientos de IVITE. • Existe un subregistro de casos de adolescentes con embarazo forzado por violación sexual que solicitan la IVITE en los EESS. • Los EESS de primer nivel no conocen la Guía Técnica y no realizan las derivaciones de forma oportuna. • Los EESS no realizan acompañamiento psicológico a las adolescentes con embarazo forzado que solicitan la IVITE. • Alta rotación del personal encargado de implementar la Guía Técnica para la IVITE. 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupos políticos conservadores con agendas anti derechos que promueven la prohibición total del aborto. • Situación de emergencia sanitaria por la pandemia por COVID-19, que dificulta la atención en los EESS. • Aumento de los casos de violencia sexual y embarazo en adolescentes. • Inestabilidad política y económica en el Perú por confrontación entre los poderes ejecutivo y legislativo. • Disminución del presupuesto asignado a la salud sexual y reproductiva por la crisis fiscal. • La implementación de la Guía Técnica para la IVITE no es uno de los temas relevantes en la agenda pública, en un contexto de crisis sanitaria y desempleo. • Sociedad peruana no se encuentra sensibilizada en temas de derechos sexuales y reproductivos. • Criminalización de las prácticas abortivas por cualquier causa debido al desconocimiento de la legislación peruana. • Las IES técnicas y universitarias no incluyen la formación en la IVITE dentro de sus programas formativos.
<p>Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> • El sistema sanitario peruano cuenta con procedimientos reglamentados, eficaces y seguros para la IVITE. • Presencia de EESS de primer nivel en todo el país que son el primer filtro de atención de la población. • Los EESS cuentan con promotoras y promotores de salud que realizan la difusión de los servicios y tienen experiencia de trabajo en la comunidad. • Los EESS cuentan con los instrumentos denominados: “Norma Técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio” y “Norma Técnica de salud para la atención integral de salud de adolescente”. • El sistema de salud cuenta con un diagnóstico realizado por la Defensoría del Pueblo, titulado “Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud”. 	<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gobierno con agenda pro derechos y que fomenta la adopción de políticas con enfoque de género, intercultural y en favor de la niñez. • Presencia de agrupaciones políticas en el Congreso que trabajan los temas de protección de derechos sexuales y reproductivos. • Debate sobre el cambio del texto constitucional, para garantizar el derecho a la salud y fortalecer la participación del Estado en la provisión de servicios públicos de calidad. • Se han aprobado y se vienen implementando diversas políticas nacionales e instrumentos para la protección de derechos, con enfoque de género e interculturalidad. • El problema de los feminicidios y la violencia sexual ha adquirido mayor relevancia en la agenda pública. • Existe un reconocimiento del Estado peruano sobre la necesidad de asegurar los derechos sexuales y reproductivos de las y los adolescentes. • Eficiente proceso de vacunación contra la COVID-19 que aliviará la carga de pacientes y permitirá la atención de los casos que requieren la IVITE.

4.2. Análisis de participantes

Grupos	Beneficiarios directos	Beneficiarios indirectos	Neutrales / excluidos	Perjudicados / Oponentes	Necesidades	Intereses	Colaboración	Problemas detectados
Mujeres adolescentes con embarazo forzado	X				Acceder al procedimiento de IVITE con calidad y en condiciones seguras. Mejorar su calidad de vida al acceder a un procedimiento legal que le ayudará a preservar su salud física y mental.	Recibir información veraz sobre el procedimiento de IVITE, de forma oportuna y en su lengua materna. Participar en el proceso de toma de decisión sobre la IVITE y que su opinión sea tomada en cuenta. Contar con acompañamiento psicológico durante todo el proceso y con seguimiento médico luego de la IVITE.	Se requiere que asistan al establecimiento de salud y realicen el proceso de evaluación y preparación para la IVITE. Se necesita su opinión y consentimiento informado. Es necesario que acudan a sus citas de acompañamiento psicológico y de seguimiento médico.	Adolescentes no solicitan el procedimiento de IVITE por desinformación, temor o desconfianza en el servicio. Desconocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Adolescentes acceden a procedimientos de aborto inseguro. Elevada tasa de suicidios y secuelas físicas y psicológicas debido al embarazo forzado.
Familiares de mujeres adolescentes gestantes	X				Recibir la información adecuada sobre el procedimiento de IVITE que facilite la toma de decisiones. Asegurar que su familiar adolescente reciba una atención adecuada y acceda el procedimiento de IVITE según corresponda.	Recibir información veraz sobre el procedimiento de IVITE, de forma oportuna y en lengua materna, para facilitar la toma de decisiones sobre la solicitud. Asegurar que su familiar adolescente reciba el tratamiento adecuado y más pertinente que le ayude a mejorar su calidad de vida.	Es necesario que acompañen a la adolescente durante todo el procedimiento. Se requiere su opinión y consentimiento para el procedimiento. Se necesita que sean el soporte afectivo de las adolescentes.	Desconocen la existencia del procedimiento de IVITE. Desconfianza y temor de solicitar el procedimiento de IVITE. Escasa sensibilización y conocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos. Mirada adulto centrista y patriarcal.
Establecimientos de Salud (EESS)		X			Contar con una Guía Técnica adaptada y actualizada para la población adolescente. Adquirir instrumentos, equipos e infraestructura para realizar el procedimiento de IVITE. Incorporar profesionales de la salud con mayor formación en los procedimientos de IVITE.	Mejorar la calidad de sus servicios para posicionarse en la comunidad y recibir mayor presupuesto público. Brindar una atención adecuada a las adolescentes que soliciten la IVITE. Resguardarse de denuncias penales por mala praxis médica o negligencia en la atención.	Los EESS de primer nivel, al encontrarse más cerca de la población y ser el primer filtro de atención, son indispensables para la difusión de la información. Los EESS de segundo nivel en adelante son los encargados de realizar el procedimiento de IVITE.	Los EESS de primer nivel no realizan las derivaciones de forma oportuna y, en muchos casos, desconocen la Guía Técnica. Alta rotación del personal encargado de realizar la IVITE. No cuentan con la infraestructura ni el equipamiento necesario para la IVITE. En su mayoría, no brindan información veraz y oportuna sobre la

Promoviendo el acceso al aborto terapéutico seguro en adolescentes

					Recibir asesoría jurídica para la realización del procedimiento de IVITE. Mejorar sus procesos administrativos y burocráticos.			IVITE a las adolescentes y sus familias. No capacitan a su personal de salud sobre la Guía Técnica. Bajo presupuesto para las actividades preventivo promocionales en salud sexual y reproductiva.
Personal de salud que brinda la atención a las adolescentes gestantes		X			Recibir una adecuada capacitación en la Guía Técnica para la atención de adolescentes. Contar con el equipamiento y la infraestructura necesaria para la atención de adolescentes que requieren la IVITE. Asegurar la permanencia del equipo encargado de la IVITE.	Contar con mejores condiciones laborales para brindar un servicio de calidad. Recibir capacitaciones continuas para mejorar su empleabilidad. Contar con seguridad jurídica para realizar el procedimiento de IVITE.	El personal de salud de los EESS es el encargado de brindar la atención directa a las adolescentes y sus familiares. Participación activa en las capacitaciones para el manejo del procedimiento de IVITE según la Guía Técnica.	Escasa capacitación en la Guía Técnica para el procedimiento de IVITE. No informan adecuadamente a las adolescentes y sus familias sobre el procedimiento de IVITE. Escasa formación en derechos sexuales y reproductivos con enfoque de género y protección de la niñez. Personal no habla el idioma originario de las adolescentes que lo requieren. Alta rotación del personal especializado en la IVITE.
Promotores/as de salud comunitaria		X			Recibir capacitaciones en la Guía Técnica para la población adolescente que requiere la IVITE. Adquirir herramientas comunicacionales desde un enfoque intercultural, de género y derechos de la niñez.	Mejorar su perfil profesional para incrementar su empleabilidad. Brindar una atención de calidad a su comunidad.	Es el personal más cercano a la comunidad local, que puede realizar un trabajo preventivo e informar a la población sobre sus derechos sexuales y reproductivos, así como brindar pautas sobre el procedimiento de IVITE.	Escasa formación en temas de género, derechos de la niñez y enfoque intercultural. Bajos salarios y condiciones laborales precarias.
MINSA Dirección de Salud Sexual y Reproductiva			X		Normar los procedimientos de la IVITE en adolescentes mediante la adaptación de la Guía Técnica. Brindar atención de calidad a la población adolescente que requiere la IVITE. Contar con profesionales debidamente capacitados en procedimientos de IVITE Cumplir las recomendaciones realizadas por los organismos internacionales en temas de protección de derechos.	Adecuar la normativa en materia de derechos sexuales y reproductivos a los estándares internacionales para atender a la población en condición de vulnerabilidad. Brindar herramientas adecuadas a los EESS para realizar el procedimiento de IVITE con calidad y oportunidad. Asegurar que el personal de salud recién egresado de las IESTU, acredite la formación en los procedimientos de la IVITE, según corresponda.	Elaboración de las normativas y reglamentación de los procedimientos en materia de salud sexual y reproductiva a nivel institucional. Coordinación interministerial para la dotación de recursos para la implementación de la IVITE en los EESS. Alcance nacional para la implementación de las políticas de protección de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes.	Escaso presupuesto debido a la crisis por la pandemia de COVID-19 y la inestabilidad política y económica en el país. Actualmente la salud sexual y reproductiva no es un tema prioritario en la agenda pública y, por lo tanto, el ente rector en salud no viene implementando las políticas públicas de forma consistente. Resistencia para adecuar las políticas en salud desde un enfoque de género, protección de derechos de la niñez e intercultural.

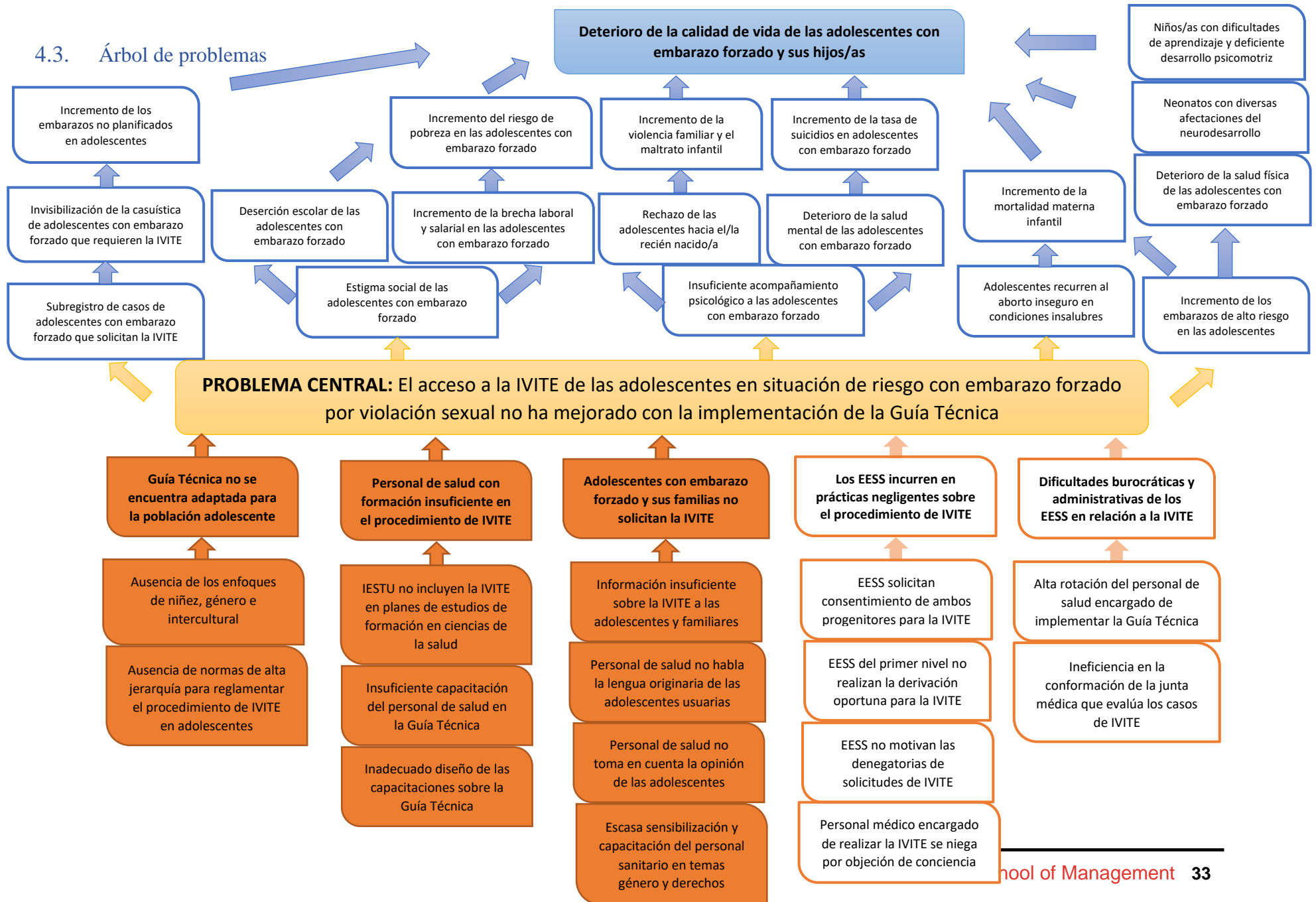
ESSALUD			X		Contar con una Guía Técnica adaptada a la población adolescente para que los EESS puedan brindar un servicio de calidad. Obtener garantías a nivel normativo e institucional para la aplicación de los protocolos en la atención de casos de embarazos forzados.	Garantizar una atención de calidad a las adolescentes que requieren la IVITE en los EESS. Asegurar la capacitación continua de su personal. Contar con las garantías jurídicas para realizar la IVITE.	Es una de las principales entidades prestadoras del servicio de salud en la población. Cuenta con una red de EESS con llegada en la población para la atención primaria de sus necesidades de salud.	EESS colapsados por los casos de pacientes con COVID-19. Escaso presupuesto para las actividades preventivo promocionales en temas de salud sexual y reproductiva. Alta rotación del personal capacitado para realizar la IVITE.
Gobiernos Regionales DIRESA		X			Contar con instrumentos normativos para implementar las políticas de salud sexual y reproductiva.	Adquirir mayor presupuesto para implementar los procedimientos de IVITE en los EESS.	Son las entidades de gobernación descentralizadas, que tienen a su cargo la implementación de las políticas a nivel local a través de la DIRESA.	Priorización de casos de COVID-19. Baja ejecución del presupuesto público. Corrupción y negligencia.
Centros de Emergencia Mujer - CEM			X		Realizar un trabajo interinstitucional para garantizar el acceso de las adolescentes con embarazo forzado a una atención en salud oportuna y de calidad.	Garantizar la atención rápida y oportuna de las adolescentes víctimas de violación sexual para la prevención de los embarazos forzado.	Son las dependencias encargadas de acoger a las mujeres víctimas de violencia y de acompañarlas a las dependencias para su atención e informar sobre los “kits de emergencia”.	Actualmente el servicio se encuentra saturado y no se realiza un trabajo coordinado con los EESS.
MIMP Dirección General de Igualdad de Género y No Discriminación			X		Garantizar la implementación de la Política Nacional de Igualdad de Género en el ámbito de la salud para prevenir la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos.	Garantizar el acceso a servicios de salud en materia sexual y reproductiva con enfoque de género.	Es la entidad encargada de impulsar y garantizar las políticas de acceso a los servicios en igualdad de condiciones para hombres y mujeres, por lo tanto, es indispensable contar con su asesoría para mejorar el acceso al IVITE.	Dificultades para la coordinación interinstitucional con otras entidades del Estado para la implementación de la Política Nacional de Igualdad de Género.
MINEDU Dirección General de Educación Superior y Técnico Profesional - DIGESU			X		Contar con instrumentos normativos del MINSA sobre el procedimiento de IVITE Fomentar en las IESTU la incorporación del enfoque de género y promoción de los derechos sexuales y reproductivos según sus lineamientos para la calidad de la educación.	Promover la educación y formación de profesionales con calidad en la atención en salud. Elevar los estándares de calidad de las IESTU con formación de profesionales en ciencias de la salud.	Es la entidad que coordina directamente con las IESTU y es la encargada de elaborar y supervisar los lineamientos para mejorar la calidad educativa. Su participación es clave para que las IESTU incorporen el procedimiento de la IVITE en sus planes de estudio.	Debido a que, según la Ley, las universidades tienen autonomía, es necesario que el ente normativo en materia de salud (MINSA) formule normas de alta jerarquía sobre la IVITE para que el MINEDU inste a las IESTU a incorporarlas en sus planes de estudio.

Promoviendo el acceso al aborto terapéutico seguro en adolescentes

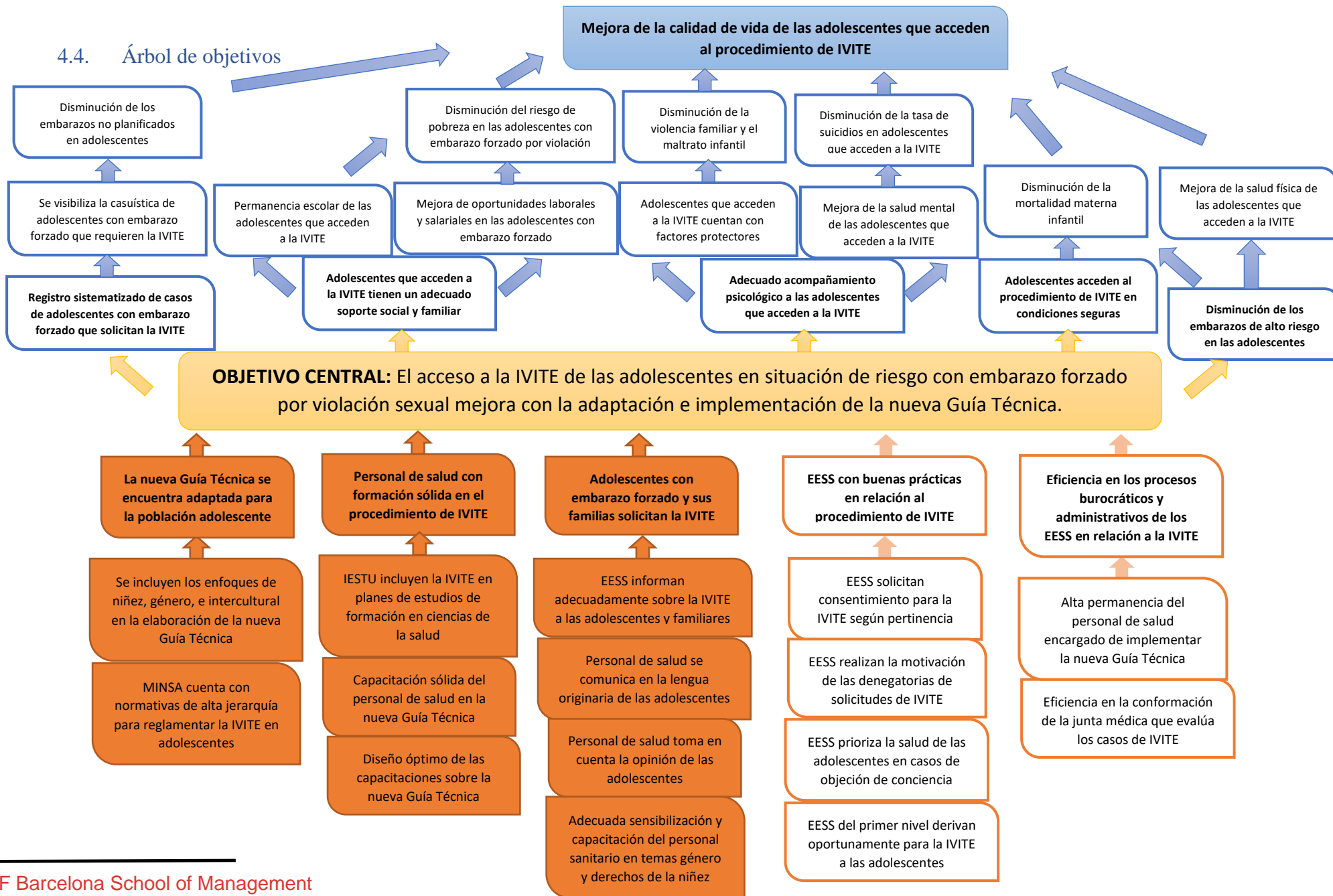
SUNEDU Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria			X		Garantizar que las IESTU cumplan con los estándares exigidos para su acreditación como centros educativos de calidad.	Asegurar que las IESTU brinden un servicio de calidad a la población mediante la fiscalización de los servicios educativos.	La SUNEDU es la responsable de monitorear y fiscalizar a las IESTU en el cumplimiento de los lineamientos para la formación de los profesionales en salud sobre la IVITE.	Es indispensable que el ente rector en materia educativa elabore los lineamientos y políticas que garanticen la correcta formación del personal en salud involucrado en la IVITE.
Instituciones de Educación Superior en Ciencias de la Salud (técnicas y universitarias)				X	Formar profesionales de calidad, de acuerdo a la demanda laboral y necesidades de atención de la población. Cumplir los requisitos solicitados por el ente rector (MINEDU-SUNEDU) para mantener o adquirir la licencia.	Incrementar su demanda de estudiantes para mejorar sus ingresos (en el caso de las instituciones privadas) o incrementar el presupuesto asignado (en el caso de las públicas). Posicionarse mejor en la oferta educativa.	Presentan resistencia para implementar los lineamientos del MINEDU y cumplir con acciones que requieren una mayor inversión de capital económico y recursos humanos, como el caso de la incorporación del IVITE a sus planes de estudio en ciencias de la salud.	Actualmente, las IESTU no incluyen una formación adecuada en el procedimiento de IVITE, así como un enfoque en derechos sexuales y reproductivos, intercultural y centrado en la niñez dentro de sus planes de estudio.
Personal de salud en formación			X		Adquirir una formación de calidad en los procedimientos de atención de las mujeres gestantes que requieren el procedimiento de IVITE.	Mejorar su perfil profesional y adecuarlo a las necesidades de la población.	Es el personal de salud que atenderá a las adolescentes que requieran los procedimientos de IVITE según demanda.	Actualmente, los profesionales que egresan de los IESTU para la formación en ciencias de la salud no cuentan con una formación adecuada en el procedimiento de IVITE.
Instituciones de educación básica regular			X		Brindar un servicio educativo de calidad para asegurar los aprendizajes y garantizar la permanencia de las adolescentes en las escuelas.	Requieren orientación y guía de expertos para la realización de charlas con estudiantes y familiares en temas de salud sexual y reproductiva.	Las escuelas son uno de los principales espacios de intervención comunitaria porque permite llegar a las adolescentes y sus familiares. Cuentan con infraestructura y redes comunitarias para las acciones preventivo promocionales.	Las escuelas no cuentan con profesionales sensibilizados en temas de salud sexual y reproductiva bajo un enfoque de género y derechos de la niñez. Resistencia a incorporar los temas de salud sexual y reproductiva. Estigmatización de las adolescentes con embarazos forzados en las escuelas.
Congreso de la República			X		Elaborar leyes que garanticen la igualdad de oportunidades en acceso a la salud sexual y reproductiva para la población adolescente en situación de vulnerabilidad.	Partidos políticos con agendas diversas y lobbies en contra del aborto por cualquier motivo. Agrupaciones con agenda “pro-vida” y “anti-aborto”.	Existen propuestas para despenalizar el aborto en casos de violación sexual. De esta forma las adolescentes podrían acceder al procedimiento del IVITE sin mayores restricciones.	Existe una polarización entre las agrupaciones políticas a favor y en contra del gobierno y de las propuestas de reivindicación de derechos.

ONG's, Asociaciones civiles			X	Promover y garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de la población en situación de vulnerabilidad.	Posicionarse en la comunidad en temas de salud sexual y reproductiva para obtener más financiamiento y realizar otros proyectos en favor de la población en situación de riesgo.	Cuentan con redes de trabajo comunitario que facilitan el acceso a la población para implementar acciones preventivo promocionales.	Debido a la crisis sanitaria, ha disminuido el financiamiento y sus acciones se han limitado a cuestiones de urgencia.
Defensoría del Pueblo			X	Garantizar la protección de los derechos sexuales y reproductivos de las adolescentes y su acceso a un servicio de IVITE con calidad y oportunidad.	Asegurar el libre acceso de las adolescentes en situación de vulnerabilidad a un servicio de IVITE de calidad.	Cuenta con expertos que han elaborado un diagnóstico sobre esta problemática, titulado: "Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud".	Las opiniones técnicas de esta entidad no son vinculantes. Las recomendaciones, en muchos casos, no son implementadas debido a la falta de regulación de otras entidades competentes, como el MINSA.
Grupos anti derechos			X	Prohibir toda forma de práctica abortiva, incluso cuando su objetivo sea salvar la vida de la mujer gestante.	Imponer su agenda anti derechos sobre la base de su creencia religiosa o intereses creados para impedir el libre ejercicio de los derechos ciudadanos.	Ninguna.	Son grupos con intereses que buscan hacer lobbies en el congreso para impedir la aprobación de leyes en favor de los derechos sexuales y reproductivos.

4.3. Árbol de problemas



4.4. Árbol de objetivos



V. Apartado prescriptivo

5.1. Matriz del marco lógico

Marco Lógico	Descripción	Indicadores verificables objetivamente	Medios de verificación	Supuestos
Objetivo general	El acceso a la IVITE de las adolescentes en situación de riesgo con embarazo forzado por violación sexual mejora con la adaptación e implementación de la nueva Guía Técnica.	El 70% de casos de adolescentes con embarazo forzado que llegan a los EESS acceden al procedimiento de IVITE en condiciones seguras.	MVOG1. Reportes estadísticos de los EESS. MVOG2. Encuestas de satisfacción de las usuarias del servicio. MVOG3. Reporte de entrevistas a las adolescentes y sus familias.	Adecuadas condiciones sanitarias en el manejo de la pandemia por COVID-19 que permiten a los EESS enfocarse en la atención de las adolescentes con embarazo forzado.
Objetivos específicos	OE1. La nueva Guía Técnica se encuentra adaptada para la población adolescente.	Los EESS cuentan con el instrumento denominado “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente 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”.	MV1.1. Resolución Ministerial del MINSA conteniendo la nueva Guía Técnica, de inmediato cumplimiento en los EESS a nivel nacional.	El MINSA tiene la voluntad política para elaborar y difundir la nueva Guía Técnica para la población adolescente con embarazo forzado.
	OE2. Personal de salud con formación sólida en el procedimiento de IVITE.	El 90% del personal de salud involucrado en la IVITE cuenta con conocimientos sólidos para brindar una atención de calidad a las adolescentes con embarazo forzado.	MV2.1. Reporte de evaluación de conocimientos. MV2.2. Reporte de evaluación de desempeño. MV2.3. Encuestas de satisfacción de las usuarias del servicio y sus familias.	Las IESTU cumplen las disposiciones del MINSA para la formación de los profesionales involucrados en la IVITE. Los EESS brindan capacitaciones en el uso de la nueva Guía Técnica, según los criterios de calidad dispuestos.
	OE3. Adolescentes con embarazo forzado y sus familias solicitan la IVITE.	El 90% de las adolescentes con embarazo forzado y sus familias solicitan la IVITE a los EESS.	MV3.1. Estadísticas de los EESS con el número de casos de IVITE. MV3.2. Encuestas de satisfacción de las usuarias del servicio.	La solicitud de IVITE se realiza luego de un proceso de toma de decisión donde la opinión de las adolescentes es central y los EESS priorizan estas

			MV3.3. Reporte de entrevistas a las adolescentes y sus familias.	acciones por ser urgentes para preservar la vida y la salud de las usuarias.
Resultados	<p>R1.1. Se incluyen los enfoques de niñez, género e intercultural en la elaboración de la nueva Guía Técnica.</p> <p>R1.2. MINSA cuenta con normativas de alta jerarquía para reglamentar la IVITE en adolescentes.</p> <p>R2.1. IESTU incluyen la IVITE en planes de estudios de formación en ciencias de la salud.</p>	<p>La nueva Guía Técnica incluye al menos un capítulo sobre enfoque de derechos de la niñez, enfoque de género y enfoque intercultural.</p> <p>Modificatoria de la “Norma Técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio”, de tal forma que incluya un capítulo sobre la IVITE como procedimiento necesario para preservar la vida y la salud de las adolescentes en situación de riesgo, en el marco de los dispuesto en la PNIG, en su servicio 2.3.1, <i>“Atención y consejería especializada para población adolescente, en salud sexual y reproductiva libre de violencia, promoviendo relaciones igualitarias, de manera oportuna, con enfoque de género y con pertinencia cultural”</i>.</p> <p>Modificatoria de la “Norma Técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio”, de tal forma que se garantice en la formación de los profesionales en ciencias de la salud, la inclusión de la IVITE con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad, en el marco de los dispuesto en la PNIG, en su servicio 2.1.1, <i>“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</i></p>	<p>MV1.1. Informe de análisis de contenido de la nueva Guía Técnica elaborado por expertos en temas de enfoque de niñez, género e intercultural.</p> <p>MV1.2. Resolución Ministerial del MINSA, conteniendo las modificaciones propuestas a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.</p> <p>MV2.1. Resolución Ministerial del MINSA, conteniendo las modificaciones propuestas a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.</p>	<p>El MINSA cuenta con profesionales en salud con formación en enfoques de derechos de la niñez, género e interculturalidad para la elaboración de la nueva Guía Técnica.</p> <p>Existe voluntad política del MINSA para modificar la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.</p> <p>Existe voluntad política del MINSA para modificar la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.</p>

	<p>R2.2. Capacitación sólida del personal de salud en la nueva Guía Técnica.</p> <p>R2.3. Diseño óptimo de las capacitaciones sobre la nueva Guía Técnica.</p> <p>R3.1. EESS informan adecuadamente sobre la IVITE a las adolescentes y familiares.</p> <p>R3.2. Personal de salud se comunica en la lengua originaria de las adolescentes usuarias.</p> <p>R3.3. Personal de salud toma en cuenta la opinión de las adolescentes.</p>	<p><i>informado, libre y voluntario, violencia obstétrica y derecho de los y las usuarias de los servicios de salud”.</i></p> <p>90% del personal de salud involucrado en el procedimiento de IVITE se encuentra debidamente capacitado en la nueva Guía Técnica para adolescentes.</p> <p>Se cuenta con el instrumento denominado “Lineamientos para la capacitación del personal de salud en el procedimiento de la IVITE en adolescentes según a nueva Guía Técnica, con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad”.</p> <p>El 90% de las adolescentes y sus familias reciben información con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad sobre el procedimiento de IVITE para la toma de decisiones.</p> <p>El 90% de los EESS cuentan con personal de salud con dominio en la lengua originaria de las usuarias del servicio y sus familias.</p> <p>El 90% de los EESS toma en cuenta la opinión de las adolescentes y realiza un abordaje desde un enfoque de derechos de la niñez.</p>	<p>MV2.2.1. Reportes de evaluación de conocimientos y desempeño en la nueva Guía Técnica.</p> <p>MV2.2.2. Encuesta de satisfacción a las usuarias y sus familias.</p> <p>MV2.3. Resolución Ministerial del MINSA, de inmediato cumplimiento en los EESS a nivel nacional.</p> <p>MV3.1.1. Encuesta de satisfacción a las usuarias y sus familias.</p> <p>MV3.1.2. Reporte de entrevista a las usuarias del servicio.</p> <p>MV3.1.3. Informe de supervisión del servicio por parte de los EESS.</p> <p>MV3.2.1. Encuesta de satisfacción a las usuarias y sus familias.</p> <p>MV3.2.2. Reporte de entrevista a las usuarias del servicio.</p> <p>MV3.2.3. Informe de supervisión del servicio por parte de los EESS.</p> <p>MV3.3.1. Encuesta de satisfacción a las usuarias y sus familias.</p> <p>MV3.3.2. Reporte de entrevista a las usuarias del servicio.</p>	<p>El MINSA cuenta con equipos de expertos en la aplicación de la nueva Guía Técnica.</p> <p>Los EESS brindan soporte logístico para las capacitaciones.</p> <p>El personal de salud asiste a las capacitaciones y muestra disposición al aprendizaje para mejorar la atención de las adolescentes que requieren la IVITE.</p> <p>MINSA cuenta con expertos en el diseño de capacitaciones, desde un enfoque de niñez, género, pertinencia cultural calidad y oportunidad.</p> <p>El personal de salud tiene conocimiento en el procedimiento de IVITE en adolescentes, según la nueva Guía Técnica.</p> <p>Los EESS priorizan la contratación de personal local para la atención de adolescentes que hablan lenguas originarias distintas al castellano.</p> <p>El personal de salud de los EESS tiene la disposición para entrevistarse directamente con las adolescentes y escuchar su opinión.</p>
--	---	---	---	--

	<p>R3.4. Adecuada sensibilización y capacitación del personal sanitario en temas género y derechos de la niñez.</p>	<p>El 90% del personal de salud encargado de la implementación de la IVITE ha recibido sesiones de sensibilización y capacitación en temas de género y derechos de la niñez, con pertinencia cultural.</p>	<p>MV3.3.3. Informe de supervisión del servicio por parte de los EESS. MV3.4.1. Encuesta de satisfacción a las usuarias y sus familias. MV3.4.2. Reporte de entrevista a las usuarias del servicio. MV3.4.3. Reporte de evaluación de desempeño. MV3.4.4. Informe de supervisión del servicio por parte de los EESS.</p>	<p>El personal de salud asiste a las sesiones de sensibilización y capacitación con disposición para el aprendizaje.</p>
<p>Actividades</p>	<p>A1.1.1. La DSARE del MINSA conforma un equipo técnico de especialistas para la elaboración de la nueva Guía Técnica con enfoque de derechos de la niñez, enfoque de género y enfoque intercultural.</p> <p>A1.1.2. Establecimiento de mesas de diálogo con actores involucrados para recoger sus opiniones sobre la IVITE en adolescentes.</p> <p>A1.1.3. Equipo técnico del MINSA diseña el instrumento denominado “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente 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> <p>A1.1.4. La nueva Guía Técnica para adolescentes es sometida a análisis de contenido por expertos en temas de niñez, género e interculturalidad.</p> <p>A1.1.5. Presentación de resultados de la evaluación de la nueva Guía Técnica.</p> <p>A1.1.6. MINSA promulga la RM con la nueva Guía Técnica.</p> <p>A1.1.7. MINSA realiza reuniones de coordinación con las DIRESAS para la implementación de la nueva Guía Técnica en los EESS.</p> <p>A1.2.1. Equipo técnico del MINSA hace una revisión profunda del marco normativo nacional e internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos para garantizar el acceso de las adolescentes a la IVITE de manera oportuna, con enfoque de género, niñez y con pertinencia cultural, con la finalidad de incorporar modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.</p> <p>A1.2.2. Establecimiento de mesas de diálogo interinstitucional con otros ministerios y actores involucrados para recoger sus opiniones y sugerencias para la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.</p>			

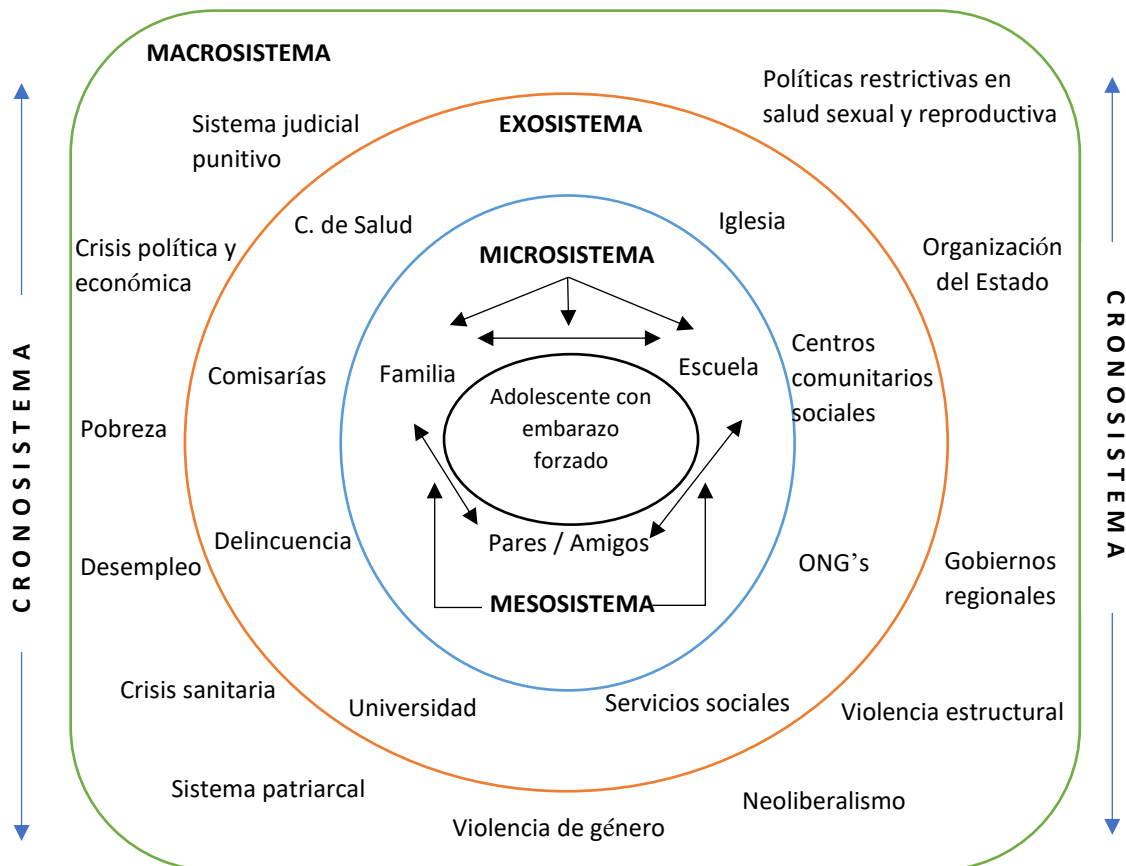
- A1.2.3.** Equipo técnico del MINSA incluye una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, de tal forma que incluya un capítulo sobre la IVITE como procedimiento necesario para preservar la vida y la salud de las adolescentes en situación de riesgo.
- A2.1.1.** Equipo técnico del MINSA incluye una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, de tal forma que se garantice en la formación de los profesionales en ciencias de la salud, la inclusión de la IVITE con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad.
- A2.1.2.** MINSA promulga la RM con las modificatorias propuestas a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.
- A2.1.3.** MINSA realiza la difusión de la RM con las modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en su página web y por los canales institucionales.
- A2.1.4.** MINSA realiza reuniones de coordinación con el MINEDU para la implementación de lo dispuesto en la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en los planes de estudio de los IESTU con formación en ciencias de la salud.
- A2.2.1.** Equipo técnico del MINSA establece reuniones con las DIRESAS para la difusión del plan de capacitación en la nueva Guía Técnica en los EESS.
- A2.2.2.** Equipo técnico del MINSA hace la transferencia con los equipos locales de las DIRESAS para la capacitación en la nueva Guía Técnica en los EESS.
- A2.2.3.** DIRESAS realizan las capacitaciones en la nueva Guía Técnica en su personal de salud designado.
- A2.2.4.** Monitoreo del proceso de capacitación en la nueva Guía Técnica.
- A2.2.5.** MINSA solicita a las DIRESAS sus reportes de evaluación de conocimientos y desempeño de su personal en la nueva Guía Técnica.
- A2.2.6.** Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio y sus familias.
- A2.2.7.** Elaboración del informe final sobre capacitación del personal en salud en la nueva Guía Técnica.
- A2.3.1.** Elaboración del instrumento denominado “Lineamientos para la capacitación del personal de salud en el procedimiento de la IVITE en adolescentes según la nueva Guía Técnica, con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad”.
- A2.3.2.** MINSA promulga la RM con los lineamientos para la capacitación en la IVITE.
- A2.3.3.** MINSA realiza la difusión de la RM con los lineamientos en su página web y por los canales institucionales.
- A3.1.1.** Conformación de equipos especializados en los EESS para informar a las adolescentes y sus familias sobre el procedimiento de IVITE con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural.
- A3.1.2.** Equipos especializados de los EESS hacen transferencia a las y los promotores comunitarios sobre la IVITE con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural.

- A3.1.3.** Promotoras y promotores comunitarios brindan charlas de información sobre la IVITE en los centros comunitarios y las escuelas.
- A3.1.4.** EESS realizan encuestas de opinión a las usuarias del servicio y sus familias sobre la información recibida acerca de la IVITE.
- A3.1.5.** Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre las estrategias de información brindadas a la población acerca de la IVITE.
- A3.2.1.** DIRESAS lanza la convocatoria para la contratación de personal de salud con dominio de la lengua predominante en cada localidad.
- A3.2.2.** DIRESAS brindan sesiones de capacitación en manejo de la lengua originaria y predominante en cada localidad para brindar la información pertinente y de calidad sobre el procedimiento de IVITE a las adolescentes y sus familias.
- A3.2.3.** EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la información brindada en la lengua originaria.
- A3.2.4.** Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre la atención en lengua originaria brindada a la población acerca de la IVITE.
- A3.3.1.** Las DIRESAS elaboran un protocolo de atención para la información a las adolescentes y sus familias sobre la IVITE que toma en cuenta el interés superior del niño y escucha su opinión.
- A3.3.2.** Luego de brindar la información sobre la IVITE, el personal designado se entrevista con la adolescente para conocer su opinión sobre la IVITE.
- A3.3.3.** Los EESS toman en cuenta la opinión de las adolescentes para la toma de decisión sobre el procedimiento de la IVITE, según la nueva Guía Técnica.
- A3.3.4.** EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la atención.
- A3.3.5.** Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre la atención brindada a las adolescentes acerca de la IVITE.
- A3.4.1.** DIRESAS brindan sesiones de capacitación en temas de género y derechos de la niñez para brindar la información pertinente y de calidad sobre el procedimiento de IVITE a las adolescentes y sus familias.
- A3.4.2.** Evaluación de conocimientos y desempeño del personal en temas de género y derechos de la niñez.
- A3.4.3.** EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la atención.
- A3.4.4.** Reporte estadístico por región sobre la cantidad de casos de adolescentes que accedieron a la IVITE con la implementación de la nueva Guía Técnica.

5.2. Descripción detallada de la propuesta

En el planteamiento de esta propuesta de intervención se parte de la idea central de que “toda salud es política”, como menciona el académico Joan Benach (2021). Es decir, el análisis de los determinantes sociales es fundamental para comprender las desigualdades en el acceso a la salud de amplios sectores de la población. Factores como el desempleo y la pobreza, la violencia estructural, el modelo económico neoliberal, el sistema judicial corrupto y punitivo, el sistema patriarcal y la violencia de género, influyen significativamente en las condiciones de vida y salud de las personas en condición de vulnerabilidad, en este caso, en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de las adolescentes con embarazo forzado. En el Gráfico 6 se muestra una adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner para la comprensión de las condiciones que afectan y limitan el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva de las adolescentes con embarazo forzado, a partir del trabajo realizado por Olivares & Incháustegui (2009).

Gráfico 6. Adaptación del modelo ecológico de Bronfenbrenner para la explicación de las brechas en el acceso a la atención en salud sexual y reproductiva en adolescentes con embarazo forzado



Elaboración propia

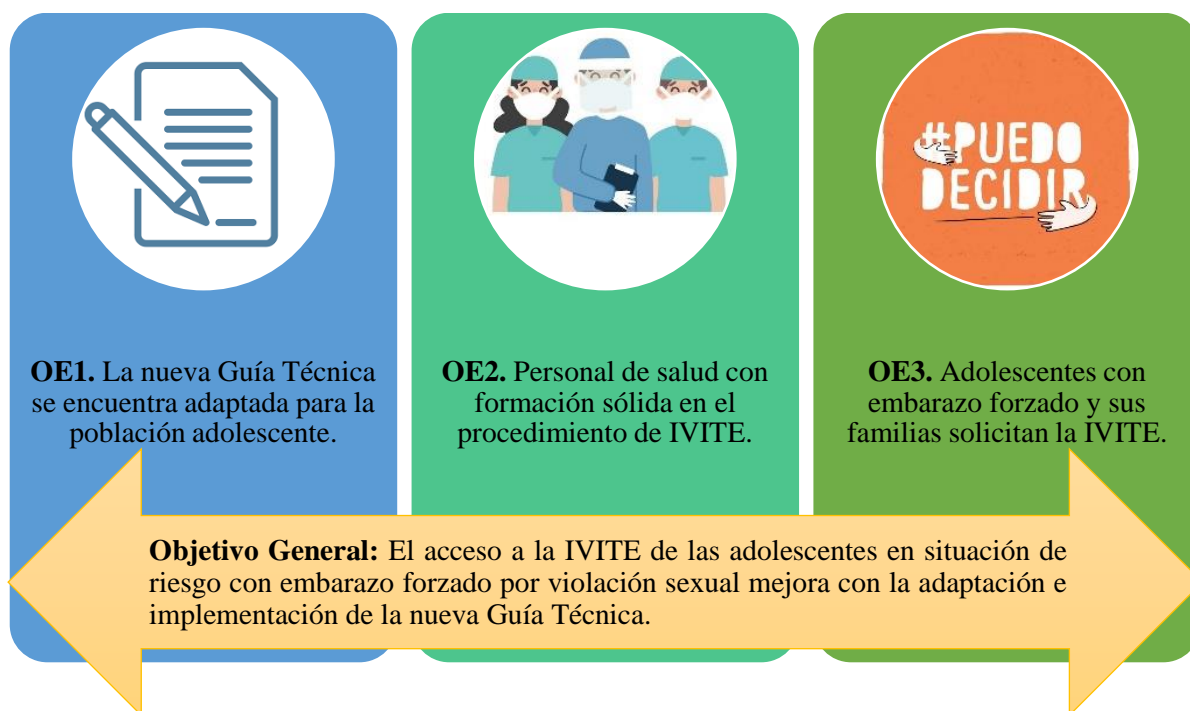
Por lo tanto, para elaborar una propuesta de mejora en el acceso a la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo forzado en adolescentes víctimas de violación sexual, es necesario visibilizar el problema público, colocarlo en la agenda y someterlo a discusión para identificar qué actores se encuentran involucrados y cuáles son sus intereses y responsabilidades. En el caso del problema de salud pública que se aborda en este TFM, se han identificado algunas líneas de acción que involucran al aparato estatal central, los gobiernos regionales, los organismos no gubernamentales y las asociaciones civiles que trabajan temas de derechos, las instituciones de educación superior, los establecimientos de salud y la comunidad (ver Anexo 9).

De esta forma, las entidades estatales, con apoyo de las organizaciones sociales y la ciudadanía informada y sensibilizada, pueden llevar adelante las acciones necesarias para mejorar el acceso a la salud sexual y reproductiva, en este caso, al procedimiento de IVITE, necesario para salvaguardar la vida y la salud de las adolescentes. Estas acciones deben realizarse desde el enfoque de derechos de la niñez que considera el interés superior de la niña y toma en cuenta su opinión para la toma de decisiones sobre su cuerpo, el enfoque de género que garantiza la igualdad de oportunidades en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y desde el enfoque intercultural que toma en cuenta las características socioculturales de la población, que incluye el conocimiento de su lengua y sus costumbres ancestrales.

5.2.1. ¿En qué consiste la propuesta?

La propuesta de política pública de este TFM tiene como objetivo central garantizar el acceso al servicio de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo en adolescentes en situación de vulnerabilidad, con embarazo forzado por violación sexual, con enfoque de género, derechos de la niñez y pertinencia cultural. Para tal fin, se propone trabajar en tres líneas de acción: la primera, consiste en realizar una adaptación de la Guía Técnica actual con el propósito de enfocarla en la atención de la población adolescente, la segunda, está relacionada con la formación y capacitación del personal médico que interviene en la IVITE y la tercera, está orientada a promover y facilitar que las adolescentes y sus familias realicen la solicitud de la IVITE, según corresponda (ver Gráfico 7).

Gráfico 7. Líneas de acción de la estrategia para mejorar el acceso a la IVITE en adolescentes



Elaboración propia

5.2.1.1. *Adaptación de la nueva Guía Técnica para la IVITE en adolescentes*

Uno de los aspectos fundamentales para garantizar el acceso de las adolescentes al servicio de IVITE de calidad, con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural, es la urgente elaboración y aprobación de una nueva Guía Técnica adaptada para esta población. Para tal fin, es necesario que el MINSA, a través de la DSARE, designe a un equipo técnico que se encargue de introducir una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, “Norma Técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio”, aprobada mediante la RM N°007-2017/MINSA, con la finalidad de incorporar el procedimiento de IVITE como un método necesario para salvaguardar la vida y la salud de las adolescentes con embarazos forzados por violación sexual. Las modificaciones a la norma técnica deben realizarse luego de una revisión exhaustiva del marco normativo nacional e internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos y luego de establecer mesas de diálogo interinstitucional con otros ministerios y actores involucrados para recoger sus opiniones y sugerencias.

En forma paralela a la modificatoria de la norma técnica, la DSARE debe conformar un equipo técnico para el diseño de la Guía Técnica adaptada para la población adolescente. Este equipo especializado en el procedimiento de IVITE con enfoque de derechos de la niñez, género e interculturalidad, debe realizar procesos de consulta con personas expertas en la temática, tanto de otras entidades del Estado, como de las ONG y la sociedad civil sobre los contenidos y el diseño del instrumento. El producto de esta fase de la propuesta es la “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente 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”, que debe ser analizado nuevamente por consultores en el tema antes de ser aprobado, mediante resolución ministerial del MINSA, y promulgado en los canales institucionales respectivos. Luego, el MINSA debe establecer reuniones con las DIRESAS de todas las regiones del país para socializar la nueva Guía Técnica y brindar los lineamientos para su implementación en los establecimientos de salud.

5.2.1.2. Formación del personal en salud en el procedimiento de IVITE

5.2.1.2.1. Estrategia dirigida a las y los profesionales de ciencias de la salud en formación

El segundo aspecto fundamental que debe tener en cuenta el equipo técnico encargado de la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP es el referido a la formación profesional del personal de salud encargado de realizar la IVITE en los EESS. La finalidad es garantizar que las y los profesionales que egresan de las IESTU, con formación en ciencias de la salud, cuenten con los conocimientos y la práctica necesaria en el procedimiento de la IVITE con los enfoques de derechos de la niñez, género e interculturalidad. Por lo tanto, tomando como referencia el Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N°30947, Ley de Salud Mental, en su Artículo 35, las disposiciones a incluir en la norma técnica deben contener lo siguiente (MINSA, 2020):

Sobre la incorporación del procedimiento de IVITE en la formación profesional y técnica:

- a) Las facultades, escuelas o carreras de medicina, obstetricia, enfermería, tecnología médica, así como otras carreras o programas de estudios relacionados con las áreas de la salud, realizan modificaciones en sus planes de estudio para incorporar y adecuar los contenidos sobre el procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica

del embarazo diferenciado para mujeres adultas y adolescentes, desde el enfoque de derechos, género e interculturalidad. Esta adecuación, está a cargo de cada universidad, instituto o escuela de educación superior tecnológica y se implementará de manera progresiva y programática, cumpliéndose en un lapso máximo determinado por la Ley Universitaria y el Ministerio de Educación.

- b) Las instituciones formadoras de profesionales y técnicos de la salud, son responsables de implementar mínimamente cada año un curso o unidad didáctica, según corresponda, de no menos de tres (3) créditos que se oriente a los diversos aspectos del procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo diferenciado para mujeres adultas y adolescentes, desde el enfoque de derechos, género e interculturalidad. Los espacios de prácticas preprofesionales o de experiencias formativas en situaciones reales de trabajo, según corresponda, se realizan en los servicios de medicina y obstetricia de las redes de salud y los servicios de maternidad de los hospitales generales. Corresponde a la SUNEDU y al Ministerio de Educación supervisar el cumplimiento de lo señalado en el presente artículo y ejecutar las sanciones según corresponda.

Luego de la promulgación y la difusión de las modificatorias por los canales correspondientes, el equipo técnico de la DSARE del MINSA sostendrá reuniones con la DIGESU del MINEDU con la finalidad de socializar las modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en la materia de su competencia y coordinar lo referido a la implementación de las nuevas disposiciones sobre la formación de los profesionales en ciencias de la salud en el procedimiento de la IVITE en las IESTU. A su vez, la DIGESU es la entidad encargada de monitorear la implementación de las disposiciones en las IESTU, en el marco de la autonomía que les confiere la Ley Universitaria, mientras que la SUNEDU es la encargada de supervisar su cumplimiento y aplicar las sanciones que correspondan.

5.2.1.2.2. Estrategia dirigida a las y los profesionales de ciencias de la salud en los EESS

Para brindar una adecuada capacitación al personal en salud en el uso de la nueva Guía Técnica, el equipo técnico de la DSARE diseña el instrumento denominado “Lineamientos para la capacitación del personal de salud en el procedimiento de la IVITE en adolescentes según la nueva Guía Técnica, con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad”. Luego de la promulgación y difusión de los lineamientos, el MINSA establece reuniones con las

DIRESAS para coordinar las capacitaciones en cada una de las regiones. En la primera etapa de la estrategia de capacitación, la DSARE realiza una transferencia de los lineamientos al personal local designado por cada DIRESA. En la siguiente etapa, las DIRESAS realizan las capacitaciones en el uso de la nueva Guía Técnica al personal en salud responsable de implementar la IVITE en las adolescentes. Un equipo de monitoreo de cada DIRESA es el encargado de supervisar el proceso de capacitación y de realizar la evaluación de conocimientos y desempeño del personal de cada EESS. Además, se realizarán encuestas de satisfacción y entrevistas a las adolescentes usuarias sobre la calidad de la atención.

5.2.1.3. Mejora en el acceso a la solicitud de la IVITE de las adolescentes y sus familias

El tercer componente de la estrategia consiste en la designación de un equipo especial en cada EESS, conformado por el personal en salud que ha participado en las capacitaciones en el uso de la Guía Técnica y que cuente con una sólida formación en el procedimiento de la IVITE. Este equipo es el encargado de elaborar un “Protocolo para brindar información a las adolescentes y sus familias sobre la IVITE, con enfoque de género, derechos de la niñez y pertinencia cultural en los EESS”. Es necesario que la estrategia comunicacional empleada considere el interés superior de la niña y tome en cuenta su derecho a opinar y decidir sobre su cuerpo y su salud. Además, es indispensable que la información sea proporcionada en la lengua originaria de las adolescentes usuarias y sus familias. Por lo tanto, las DIRESAS deben garantizar la contratación de personal de salud con dominio de la lengua predominante en cada localidad, así como la capacitación del personal en dicha lengua.

Otra actividad esencial en este componente es el trabajo comunitario para la difusión de los aspectos esenciales de la nueva Guía Técnica y del procedimiento de IVITE como un derecho al que puede acceder toda la población. Para llevar a cabo esta estrategia, se requiere que el equipo especializado en el protocolo de información realice sesiones de capacitación a las y los promotores comunitarios de salud. Son las y los promotores de salud, personas de la comunidad, quienes se encargarán de realizar charlas sobre los aspectos fundamentales de la nueva Guía Técnica y del procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo en las escuelas y centros comunitarios. De esta forma, se busca difundir la IVITE en la población y presentarla como una estrategia viable y segura para preservar la vida y la salud de las

adolescentes con embarazo forzado. Cabe precisar que la información brindada a la población sobre la IVITE debe ir de la mano con una estrategia de educación sexual integral, tanto en las escuelas como en los espacios comunitarios.

El monitoreo y evaluación de la calidad del servicio de información será realizado, en primera instancia, por las EESS quienes realizarán los informes dirigidos a las DIRESAS sobre el desempeño del personal de salud y encuestas de satisfacción a las usuarias. Finalmente, se espera que con estas estrategias se incremente el número de usuarias que acceden al procedimiento de IVITE, lo que será evaluado mediante los reportes estadísticos de atención de los EESS.

5.2.2. Público objetivo y ámbito de aplicación

Las principales beneficiarias con la estrategia de mejora en la implementación del procedimiento de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo forzado debido a violación sexual, son las adolescentes menores de 14 años afectadas y sus familias. Sin embargo, el público objetivo de la intervención es el personal de salud encargado de realizar la IVITE en los establecimientos de salud a nivel nacional (ver el Anexo 3). En total se espera que las acciones de difusión y capacitación en la nueva Guía Técnica para la IVITE tengan alcance en los 11 882 establecimientos del sector salud (hospitales, centros de salud, puestos de salud e institutos de salud especializado), como se observa en el Anexo 8.

5.2.3. Entidades responsables de la aplicación de la propuesta

Para la implementación de esta propuesta se requiere la participación multisectorial del Estado, desde el gobierno central hasta los gobiernos regionales, de los organismos no gubernamentales involucrados en la temática de protección de los derechos sexuales y reproductivos, infancia y género, así como el aporte de la sociedad civil y de las instituciones de educación superior tecnológica y universitaria con programas de formación de profesionales en ciencias de la salud. En el Anexo 9 se detallan las entidades responsables y sus funciones.

5.2.4. Viabilidad y sostenibilidad de la propuesta de intervención

Actualmente, el Perú atraviesa una crisis sanitaria, económica y política sin precedentes, debido al impacto de la pandemia por COVID-19 y al clima de incertidumbre por el cambio de gobierno y el enfrentamiento entre el poder ejecutivo y el legislativo. Asimismo, la presencia de diversos grupos anti derechos, con agendas conservadoras, ejercen una fuerte presión política y mediática para frenar las iniciativas relacionadas con el enfoque de género y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos. Se puede afirmar que el Perú todavía es un país conservador en materia de políticas en salud sexual y reproductiva, con una legislación restrictiva con el aborto, que genera un sentimiento de rechazo y temor en las personas afectadas. Por lo tanto, la problemática de los embarazos por violación sexual en adolescentes no es considerado un tema prioritario dentro de la agenda pública, en un país con cerca de 200 mil personas fallecidas por la COVID-19⁴, con elevadas cifras de desempleo y altos índices de delincuencia y pobreza.

Sin embargo, en los últimos años, se ha puesto en discusión la necesidad de implementar una estrategia de educación sexual integral en las escuelas, con la finalidad de que las niñas y los niños conozcan su sexualidad, para tomar mejores decisiones sobre su cuerpo y logren identificar y establecer límites ante las situaciones de abuso. Además, se ha puesto en agenda la discusión sobre el embarazo en adolescentes, la necesidad de prevenirlo y de tomar acciones en los casos en que afecta la vida y la salud de las menores. En efecto, debido a la crisis sanitaria y social por la pandemia, se están visibilizando los casos de adolescentes víctimas de abuso sexual en sus hogares, con embarazos forzados que constituyen situaciones de tortura y trato humillante por todas las secuelas físicas y psicológicas que conllevan. Por lo tanto, se hace cada vez más necesario y urgente que el Estado atienda este problema de salud pública y garantice la integridad de las menores en situación de riesgo.

Ahora bien, en los últimos diez años, el Estado peruano ha venido implementando una serie de políticas sociales para la atención de la población en situación de vulnerabilidad y ha destinado mayor presupuesto para su implementación. En este orden de cosas, se han promulgado diversos instrumentos normativos en materia de igualdad de género, derechos de la niñez y mejora del acceso a la salud sexual y reproductiva, incluida la Guía Técnica, publicada en 2014, para estandarizar el aborto terapéutico en los establecimientos de salud, luego de casi cien años de vigencia de la ley que lo exonera sanción penal.

⁴ Según la Sala Situacional COVID-19 Perú del MINSA, la cifra oficial de personas fallecidas por COVID-19 en Perú, al 22/08/2021, asciende a 197 879 peruanas y peruanos.

Además, el gobierno actual, de tendencia progresista, está apostando por la continuidad de estas políticas sociales que beneficien a los sectores más desfavorecidos de la población. De esta forma, se garantizaría que la propuesta de mejora del procedimiento de IVITE para la población adolescente con embarazo forzado cuente con el respaldo a nivel gubernamental y se sostenga en el tiempo ya que se emplearán los recursos previamente asignados a las entidades responsables de su aplicación. La mayor inversión estaría en la capacitación y formación del personal de salud, no solo en el procedimiento de IVITE, sino en temas de género, derechos de la niñez e interculturalidad.

Aunque sea indispensable que los recursos del Estado se prioricen para la vacunación y la implementación de estrategias para evitar que la pandemia por COVID-19 continúe expandiéndose, esto no implica que se dejen de lado otras problemáticas de salud pública como la presentada en este TFM. Por lo tanto, es necesario que la sociedad civil, las organizaciones de derechos humanos y los actores involucrados en la defensa del bienestar común y la mejora de la calidad de vida de los sectores más vulnerados de la sociedad, continúen promoviendo el acceso a los derechos básicos, como la atención en salud sexual y reproductiva de calidad.

5.3. Análisis económico

Para la ejecución de las acciones previstas en la mejora del acceso de las adolescentes al procedimiento de IVITE, con calidad y pertinencia cultural, se estima que el Estado peruano destine alrededor de 5.4 millones de euros. Dado que el presupuesto público en salud para el año fiscal 2022 se estima en unos 4.6 mil millones de euros, el costo de la presente propuesta correspondería al 0,1% del presupuesto en salud. Cabe precisar que las entidades involucradas, tanto a nivel del gobierno central, como en los gobiernos regionales y locales, cuentan con partidas presupuestales asignadas para acciones como la elaboración de instrumentos normativos, atención en salud, capacitación e incidencia en la comunidad. En el Anexo 10 se detallan los costos de la propuesta, por actividad y componente.

5.4. Diagrama de Gantt

Actividad	Responsables	2021	2022				2023			
		T4	T1	T2	T3	T4	T1	T2	T3	T4
A1.1.1. La DSARE del MINSA conforma un equipo técnico de especialistas para la elaboración de la nueva Guía Técnica con enfoque de derechos de la niñez, enfoque de género y enfoque intercultural.	DSARE / MINSA									
A1.1.2. Establecimiento de mesas de diálogo con actores involucrados para recoger sus opiniones sobre la IVITE en adolescentes.	DSARE / MINSA									
A1.1.3. Equipo técnico del MINSA diseña el instrumento denominado “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente 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”.	DSARE / MINSA									
A1.1.4. La nueva Guía Técnica para adolescentes es sometida a análisis de contenido por expertos en temas de niñez, género e interculturalidad.	Consultores expertos									
A1.1.5. Presentación de resultados de la evaluación de la nueva Guía Técnica.	Consultores expertos									
A1.1.6. MINSA promulga la RM con la nueva Guía Técnica.	MINSA									
A1.1.7. MINSA realiza reuniones de coordinación con las DIRESAS para la implementación de la nueva Guía Técnica en los EESS.	MINSA									
A1.2.1. Equipo técnico del MINSA hace una revisión profunda del marco normativo nacional e internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos para garantizar el acceso de las adolescentes a la IVITE de manera oportuna, con enfoque de género, niñez y con pertinencia cultural, con la finalidad de incorporar modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.	DSARE / MINSA									
A1.2.2. Establecimiento de mesas de diálogo interinstitucional con otros ministerios y actores involucrados para recoger sus opiniones y sugerencias para la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.	MINSA									
A1.2.3. Equipo técnico del MINSA incluye una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, de tal forma que incluya un capítulo sobre la IVITE como procedimiento necesario para preservar la vida y la salud de las adolescentes en situación de riesgo.	DSARE / MINSA									
A2.1.1. Equipo técnico del MINSA incluye una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, de tal forma que se garantice en la formación de los profesionales en ciencias de la salud, la inclusión de la IVITE con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad.	DSARE / MINSA									

A2.1.2. MINSA promulga la RM con las modificatorias propuestas a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.	MINSA											
A2.1.3. MINSA realiza la difusión de la RM con las modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en su página web y por los canales institucionales.	MINSA											
A2.1.4. MINSA realiza reuniones de coordinación con el MINEDU para la implementación de lo dispuesto en la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en los planes de estudio de los IESTU con formación en ciencias de la salud.	MINSA, MINEDU/ DIGESU SUNEDU											
A2.2.1. Equipo técnico del MINSA establece reuniones con las DIRESAS para la difusión del plan de capacitación en la nueva Guía Técnica en los EESS.	MINSA, DIRESAS											
A2.2.2. Equipo técnico del MINSA hace la transferencia con los equipos locales de las DIRESAS para la capacitación en la nueva Guía Técnica en los EESS.	MINSA, DIRESAS											
A2.2.3. DIRESAS realizan las capacitaciones en la nueva Guía Técnica en su personal de salud designado.	DIRESAS											
A2.2.4. Monitoreo del proceso de capacitación en la nueva Guía Técnica.	DIRESAS											
A2.2.5. MINSA solicita a las DIRESAS sus reportes de evaluación de conocimientos y desempeño de su personal en la nueva Guía Técnica.	MINSA, DIRESAS											
A2.2.6. Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio y sus familias.	EESS											
A2.2.7. Elaboración del informe final sobre capacitación del personal en salud en la nueva Guía Técnica.	EESS											
A2.3.1. Elaboración del instrumento denominado “Lineamientos para la capacitación del personal de salud en el procedimiento de la IVITE en adolescentes según la nueva Guía Técnica, con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad”.	DSARE / MINSA											
A2.3.2. MINSA promulga la RM con los lineamientos para la capacitación en la IVITE.	MINSA											
A2.3.3. MINSA realiza la difusión de la RM con los lineamientos en su página web y por los canales institucionales.	MINSA											
A3.1.1. Conformación de equipos especializados en los EESS para informar a las adolescentes y sus familias sobre el procedimiento de IVITE con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural.	DIRESAS, EESS											
A3.1.2. Equipos especializados de los EESS hacen transferencia a las y los promotores comunitarios sobre la IVITE con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural.	EESS											
A3.1.3. Promotoras y promotores comunitarios brindan charlas de información sobre la IVITE en los centros comunitarios y en las instituciones de educación básica regular, especial y alternativa.	Promotoras/es comunitarias/os											
A3.1.4. EESS realizan encuestas de opinión a las usuarias del servicio y sus familias sobre la información recibida acerca de la IVITE.	EESS											
A3.1.5. Informe de monitoreo de los EESS a las DIRESAS sobre las estrategias de información brindadas a la población acerca de la IVITE.	EESS/DIRESAS											

A3.2.1. DIRESAS lanza la convocatoria para la contratación de personal de salud con dominio de la lengua predominante en cada localidad.	DIRESAS												
A3.2.2. DIRESAS brindan sesiones de capacitación en manejo de la lengua originaria y predominante en cada localidad para brindar la información pertinente y de calidad sobre el procedimiento de IVITE a las adolescentes y sus familias.	DIRESAS/EESS												
A3.2.3. EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la información brindada en la lengua originaria.	EESS												
A3.2.4. Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre la atención en lengua originaria brindada a la población acerca de la IVITE.	EESS/DIRESAS												
A3.3.1. Las DIRESAS elaboran un protocolo de atención para la información a las adolescentes y sus familias sobre la IVITE que considera el interés superior del niño y toma en cuenta la opinión de las adolescentes.	DIRESAS												
A3.3.2. Luego de brindar la información sobre la IVITE, el personal designado se entrevista con la adolescente para conocer su opinión sobre la IVITE.	Personal de salud de EESS												
A3.3.3. Los EESS toman en cuenta la opinión de las adolescentes para la toma de decisión sobre el procedimiento de la IVITE, según la nueva Guía Técnica.	EESS												
A3.3.4. EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la atención.	EESS												
A3.3.5. Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre la atención brindada a las adolescentes acerca de la IVITE.	EESS/DIRESAS												
A3.4.1. DIRESAS brindan sesiones de capacitación en temas de género y derechos de la niñez para brindar la información pertinente y de calidad sobre el procedimiento de IVITE a las adolescentes y sus familias.	DIRESAS/EESS												
A3.4.2. Evaluación de conocimientos y desempeño del personal en temas de género y derechos de la niñez.	EESS												
A3.4.3. EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la atención.	EESS												
A3.4.4. Reporte estadístico por región sobre la cantidad de casos de adolescentes que accedieron a la IVITE con la implementación de la nueva Guía Técnica.	DIRESAS/ MINSAs												

VI. Conclusiones

El embarazo en adolescentes es un problema de salud pública con graves consecuencias personales, económicas y sociales que puede afectar profundamente la vida y la salud de las personas en condiciones de vulnerabilidad, que viven en entornos afectados por la violencia de género y la violencia estructural que limita sus capacidades de desarrollo y su calidad de vida. En el Perú, la tasa de embarazo en adolescentes ha crecido en 1,6% en los últimos 30 años, mientras que otros indicadores como la desnutrición crónica infantil, la deserción escolar, la pobreza y la anemia han disminuido notablemente. La situación más crítica se observa en los casos de embarazo por violación sexual en adolescentes menores de 14 años que tuvieron que convivir con sus agresores durante el confinamiento por la pandemia de COVID-19. Así, según las cifras oficiales del MIMP, se estima que un promedio de 16 niñas y adolescentes peruanas han sido víctimas de violación sexual cada día durante el 2020.

La legislación peruana sobre el aborto se enmarca dentro del modelo de regulación por causales o indicaciones, que contempla el aborto en caso de peligro contra la vida y la salud de las mujeres, pero mantiene restricciones contra la interrupción legal del embarazo debido a violación sexual. En el caso de las menores de 14 años, ha sido necesario forzar la interpretación del Código Penal para considerar que los embarazos por debajo de esa edad son producto de violación sexual y, por lo tanto, que atentan contra la vida y la salud de las adolescentes, quienes podrían sufrir de graves consecuencias físicas, mentales, sociales y económicas si el Estado impide su acceso al procedimiento de interrupción legal del embarazo. Sin embargo, es necesario que las leyes sean explícitas y se despenalice el aborto en situaciones de embarazo por violación sexual para todas las mujeres, sin excepción, como ha sucedido en países como Colombia, Ecuador y Bolivia.

Durante los últimos diez años, el Estado peruano ha promulgado una serie de políticas e instrumentos normativos en materia de derechos sexuales y reproductivos para la población adolescente. Sin embargo, al ser instrumentos de naturaleza preventiva, dejan de lado la problemática real del embarazo en adolescentes menores de 14 años que viven en condiciones de violencia estructural y que requieren la intervención del Estado para acceder al procedimiento de la IVITE en condiciones seguras. Debido a la necesidad de reglamentar el procedimiento de la IVITE, el MINSA elaboró una Guía Técnica en 2014 para la implementación del aborto terapéutico en los EESS a nivel nacional. Al respecto, la Defensoría del Pueblo ha identificado una serie de limitaciones para el acceso de las adolescentes al procedimiento de IVITE.

Entre las principales dificultades para el acceso de las adolescentes al procedimiento de IVITE se encuentran: i) la falta de conocimiento y capacitación al personal de salud en la Guía Técnica, ii) falta de atención diferenciada y ausencia de personal médico que hable en la lengua local/originaria, así como en un lenguaje claro y sencillo, conforme a su edad y madurez, iii) falta de información oportuna sobre su derecho a la atención integral de su salud y, de ser el caso, la posibilidad de acceder a una interrupción del embarazo, previa evaluación de la junta médica, iv) interpretación restrictiva de la junta médica sobre la valoración del riesgo, relacionándolo exclusivamente a una afectación o daño físico, v) falta del cumplimiento a que las adolescentes sean escuchadas y que su opinión sea considerada.

Ante este problema de salud pública, que requiere la intervención activa del Estado peruano, se presenta una propuesta cuyo objetivo central es garantizar el acceso al servicio de interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo en adolescentes en situación de vulnerabilidad, con embarazo forzado por violación sexual, con enfoque de género, derechos de la niñez y pertinencia cultural. Luego de analizar el problema público y elaborar los instrumentos de diagnóstico, se han formulado tres líneas de acción para conseguir el objetivo: la primera, consiste en realizar modificaciones a la normativa en los procedimientos de atención de las adolescentes gestantes y la adaptación de la Guía Técnica actual con el propósito de enfocarla en la atención de esta población; la segunda, busca garantizar que el personal de salud, en formación y el que trabaja en los EESS, adquiera una sólida formación y capacitación en el procedimiento de IVITE; y la tercera, está orientada a promover y facilitar que las adolescentes y sus familias realicen la solicitud de la IVITE, según corresponda.

Finalmente, para que esta propuesta se viable y sostenible, en un contexto de pandemia por COVID-19, donde el Estado debe asegurar la vacunación de su población para reducir los niveles de mortalidad por la enfermedad, es necesario que se coloque en la agenda pública la discusión sobre el embarazo en adolescentes, la necesidad de prevenirlo y de tomar acciones en los casos en que afecta la vida y la salud de las menores. Por lo tanto, es indispensable que todos los actores involucrados en la defensa del bienestar común, en la promoción de los derechos y la mejora de la calidad continúen poniendo el tema en debate y sigan luchando incansablemente para superar las brechas económicas y sociales que afectan a las personas más vulneradas por la sociedad.

Bibliografía

- Benach, J. (2021). *La salud es política: Un planeta enfermo de desigualdades*. Obtenido de <https://osalde.org/la-salud-es-politica-joan-benach/>
- CEPAL. (2013). *Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo*. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21835/4/S20131037_es.pdf
- Convención sobre los Derechos del Niño. (2016). *Observaciones finales sobre los informes periódicos cuarto y quinto combinados del Perú*. Obtenido de <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPrICAqhKb7yhsndLtGe5EHJJCjWfHgz50mg27fxyB5751ePvoMAVXcI3bgiigLA81ctfilF2D5aG3ln2smOIrgiu3naXe6aYQCgU%2B5PLCdZD%2F0Sg1Ey5QiUT>
- Defensoría del Pueblo. (2018). *Resultados de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral a adolescentes*. Obtenido de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/07/Informe-de-Adjuntia-011-2018-DP-ANA.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*. Obtenido de <https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2021/07/Defensoria-del-Pueblo-brinda-recomendaciones-para-la-atencion-integral-a-ninas-y-adolescentes-embarazadas-por-violacion-sexual-en-establecimientos-de-salud.pdf>
- Hospital General María Auxiliadora. (2008). *Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo*. Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2189.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2019). *Perú Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2018*. Obtenido de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1656/index1.html
- Instituto Nacional Materno Perinatal. (2020). *Guía de Práctica Clínica y de Procedimientos para la atención del aborto terapéutico*. Obtenido de <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1554860/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20C%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20aborto%20terap%C3%A9utico.pdf>
- Meza, A. (2017). *Mi cuerpo es mío. El testimonio de K.L., la joven que ganó la batalla legal al Estado peruano por el derecho al aborto terapéutico*. Obtenido de <http://www.demus.org.pe/wp-content/uploads/2017/05/Mi-cuerpo-es-mio-Caso-KL.pdf>
- MIMP. (2012). *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021*. Obtenido de https://www.mimp.gob.pe/webs/mimp/pnaia/pdf/Documento_PNAIA.pdf
- MIMP. (2019). *Política Nacional de Igualdad de Género*. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/305292/ds_008_2019_mimp.pdf

- Ministerio de Salud de Bolivia . (2015). *Procedimiento Técnico para la Prestación de Servicios de Salud en el Marco de la Sentencia Constitucional Plurinacional 0206/2014*. Obtenido de <https://comunidad.org.bo/assets/archivos/herramienta/3268d0d95eb0330b3f3eef1cb4024bcc.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Ecuador. (2015). *Atención del aborto terapéutico. Guía de Práctica Clínica*. Obtenido de <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/09/Aborto-terap%C3%A9utico.pdf>
- MINSA. (2013). *Plan Multisectorial para la Prevención del embarazo en Adolescentes*. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/02/969201/ds_012_2013_sa.pdf
- MINSA. (2016). *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*. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/344326/Estandarizaci%C3%B3n_del_procedimiento_de_la_atenci%C3%B3n_integral_de_la_gestante_de_acuerdo_al_art%C3%ADculo_119_del_c%C3%B3digo_penal_20190725-19981-sezh7q.pdf
- MINSA. (2017). *Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio*. Obtenido de https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/191000/190557_RM_N_007.pdf20180823-19572-n07xwz.pdf
- MINSA. (2020). *Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N°30974, Ley de Salud Mental*. Obtenido de *La salud es política: Un planeta enfermo de desigualdades*
- OECD. (2021). *Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020*. Obtenido de <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/33ec6f10-es/index.html?itemId=/content/component/33ec6f10-es>
- Olivares, E., & Incháustegui, T. (2009). *Modelo Ecológico para una Vida Libre de Violencia de Género en Ciudades Seguras*. Obtenido de http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/309/1/images/Modelo_Ecologico.pdf
- ONU. (2021). *Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Obtenido de <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- ONU Mujeres Guatemala. (2016). *Profundicemos en términos de género. Guía de terminología y uso de lenguaje no sexista para periodistas, comunicadoras y comunicadores*. Obtenido de http://onu.org.gt/wp-content/uploads/2017/10/Guia-lenguaje-no-sexista_onumujeres.pdf
- OPS. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual*. Obtenido de https://oig.cepal.org/sites/default/files/20184_violenciasexual.pdf
- OPS. (2021). *Determinantes sociales de la salud*. Obtenido de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>

- OPS/OMS-Nicaragua. (2010). *Derogación del Aborto Terapéutico en Nicaragua Impacto en Salud*. Obtenido de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52760?locale-attribute=es>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *El embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Reseña técnica, agosto del 2020*. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53134/OPSFPLHL200019_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- PROMSEX. (2018). *L. C. vs. Perú. Memoria del litigio. La disputa jurídica por el derecho al acceso al aborto legal de las niñas víctimas de violación sexual*. Obtenido de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2018/11/MemoriaLC.pdf>
- Ramírez, B., & Álvarez, B. (2016). *Derecho y aborto: Reforma normativa sobre su despenalización y acceso por litigio estratégico en el Perú*. Obtenido de <https://repositorio.up.edu.pe/bitstream/handle/11354/2551/2551.html?sequence=1&isAllowed=y>
- Rondón, M. (2015). *El impacto del embarazo luego de una violación. Argumentos para proteger la salud mental*. Obtenido de <https://issuu.com/promsex/docs/impactoembarazocasosviolacionmartar>
- Távora-Orozco, L. (2006). *La anencefalia como indicación médica para interrumpir el embarazo. Sustento bibliográfico*. Obtenido de https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/ginecologia/vol52_n1/pdf/a07v52n1.pdf
- UNFPA. (2014a). *Guía de Capacitación para Atención en Salud de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE)*. Obtenido de <https://colombia.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/SM-IVE-Guia-Capcitacion.pdf>
- UNFPA. (2014b). *Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Obtenido de https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf
- UNFPA. (2019). *Embarazo adolescente en el Perú*. Obtenido de <https://peru.unfpa.org/es/publications/embarazo-adolescente-en-el-per%C3%BA>
- UNFPA. (2021). *¿Qué es la autonomía corporal?* Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/sowp-2021/autonomy>
- UNICEF. (2018). *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/1341/file/PDF%20Acelerar%20el%20progreso%20hacia%20la%20reducci%C3%B3n%20del%20embarazo%20en%20la%20adolescencia.pdf>

Anexos

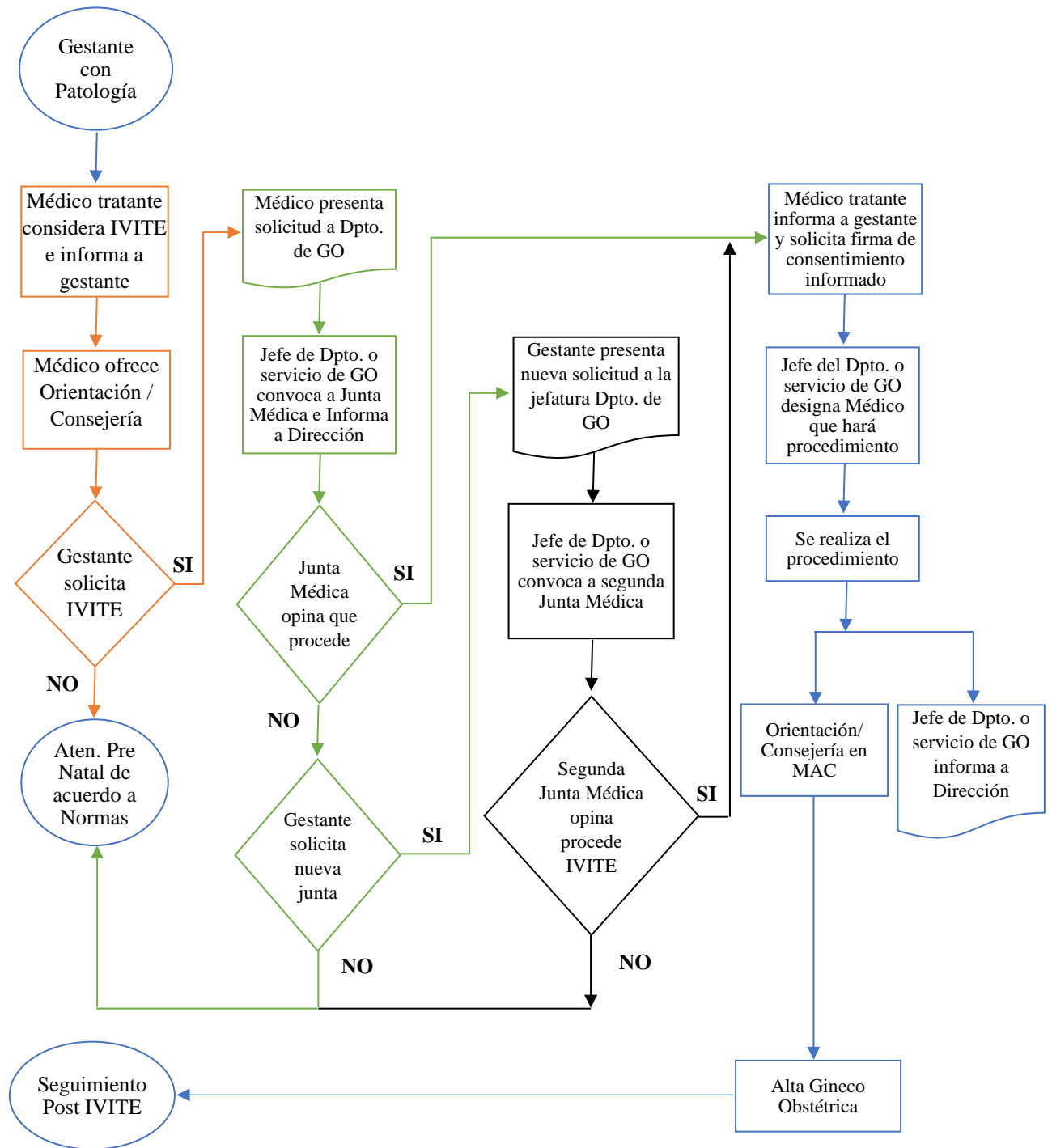
Anexo 1. Glosario de términos

Término	Definición
Aborto terapéutico	Es la interrupción del embarazo menor de las 22 semanas con el consentimiento informado de la mujer cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud física y/o mental un mal grave y permanente (Instituto Nacional Materno Perinatal, 2020).
Anencefalia	Es una grave malformación congénita que cursa con ausencia del cerebro, falta de la calota craneana, de cuero cabelludo y, generalmente, se asocia con compromiso de otros órganos del feto. 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 (Távora-Orozco, 2006).
Anticonceptivos modernos	Comprenden anticonceptivos orales combinados ("la píldora"), anticonceptivos con progesterona sola ("la mini-píldora"), implantes, inyectables, parches, anillo vaginal, dispositivos intrauterinos, condones masculinos y femeninos, vasectomía, ligadura de trompas, método de amenorrea de lactancia, píldoras de anticoncepción de emergencia, método de días estándar, método de temperatura corporal basal, método de dos días y método sintotérmico (OECD, 2021).
Aspiración manual endouterina	Consiste en la aplicación de una cánula de plástico que se inserta a través del cuello uterino abierto y se conecta a una jeringa de Karman de plástico de 60 ml de capacidad, la que produce vacío hasta 600 mm de mercurio. El vacío es transferido a la cavidad uterina a través de la cánula (Hospital General María Auxiliadora, 2008).
Autonomía corporal	La autonomía corporal consiste en tener el poder y la capacidad de decidir sobre nuestros cuerpos y nuestros futuros, sin violencia ni coacciones. Esto incluye decidir si queremos tener relaciones sexuales, cuándo o con quién. Incluye decidir si queremos quedar embarazadas, cuándo o de quién. Significa la libertad de acudir a un médico cuando sea necesario (UNFPA, 2021).
Derechos reproductivos	Son los derechos que descansan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y personas de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijas/os que tendrán, en qué momento y su espaciamiento, y de tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de lograr el nivel más alto de salud sexual y reproductiva. También incluyen el derecho de tomar todas las decisiones acerca de la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia (ONU Mujeres Guatemala, 2016).

<p>Derechos sexuales</p>	<p>Abarcan derechos humanos ya reconocidos en el derecho internacional, documentos internacionales de derechos humanos y otros documentos consensuados. Incluyen el derechos de todas las personas, libre de coerción, discriminación y violencia, a: el nivel más alto posible de salud en relación a la sexualidad, incluido el acceso a servicios asistenciales de salud sexual y reproductiva; buscar, recibir e impartir información sobre la sexualidad; educación sexual; respeto por la integridad física; elegir pareja; decidir tener una vida sexual activa o no; relaciones sexuales consentidas; matrimonio consentido; optar por tener hijas/os o no, y cuándo; y procurar una vida sexual segura y placentera (ONU Mujeres Guatemala, 2016).</p>
<p>Determinantes sociales de la salud</p>	<p>La OMS define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana". Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos (OPS, 2021).</p>
<p>Enfoque de derechos</p>	<p>Busca garantizar a niñas, niños y adolescentes el pleno ejercicio de sus derechos mediante acciones que realiza el Estado, la comunidad y la familia, de acuerdo al rol y la responsabilidad de cada uno. El ejercicio de derechos posibilita el incremento de sus capacidades, garantiza su protección, amplía sus opciones y por lo tanto, su libertad de elegir. Establece que los derechos humanos se centran en la dignidad intrínseca y el valor igual de todos los seres humanos. Son inalienables y deben ser ejercidos sin discriminación (MIMP, 2012).</p>
<p>Enfoque de género</p>	<p>Herramienta de análisis que permita identificar los roles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las asimetrías, relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellos. Al observar de manera crítica las relaciones de poder y subordinación que las culturas y las sociedades construyen entre hombres y mujeres y explicar las causas que producen las asimetrías y desigualdades, el enfoque de género aporta elementos centrales para la formulación de medidas (políticas, mecanismos, acciones afirmativas, normas, etc.) que contribuyen a superar la desigualdad de género, modificar las relaciones asimétricas entre mujeres y hombres, erradicar toda forma de violencia de género, origen étnico, situación socioeconómica, edad, la orientación sexual e identidad de género, entre otros factores, asegurando el acceso de mujeres y hombres a recursos y servicios públicos y fortaleciendo su participación política y ciudadana en condiciones de igualdad (MIMP, 2019)</p>

<p>Enfoque intercultural</p>	<p>La interculturalidad, desde un paradigma ético-político, parte del reconocimiento de las diferencias culturales como uno de los pilares de la construcción de una sociedad democrática, fundamentada en el establecimiento de relaciones de equidad e igualdad de oportunidades y derechos. El enfoque Intercultural implica que el Estado valore e incorpore las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico-culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, la promoción de una ciudadanía intercultural basada en el diálogo y la atención diferenciada a los pueblos indígenas y la población afroperuana (MIMP, 2019)</p>
<p>Salud mental</p>	<p>Según la OMS, la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales. Los conceptos de salud mental incluyen bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad de realizarse intelectual y emocionalmente. También ha sido definida como un estado de bienestar por medio del cual los individuos reconocen sus habilidades, son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades (MIMP, 2019).</p>
<p>Violencia de género</p>	<p>Cualquier acción o conducta, basada en el género y agravada por la discriminación proveniente de la coexistencia de diversas identidades (raza, clase, identidad sexual, edad, pertenencia étnica, entre otras), que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a una persona, tanto en el ámbito público como en el privado. Ocurre en un contexto de discriminación sistemática contra la mujer y contra aquellos que confrontan el sistema de género, sea al interior de las familias o fuera de ellas, al margen de su sexo, que no se refiere a casos aislados, esporádicos o episódicos de violencia (MIMP, 2019).</p>
<p>Violencia sexual</p>	<p>La OMS define la violencia sexual como: “todo acto sexual, la tentativa de consumir un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de esta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo” (OPS, 2013).</p>

Anexo 2. Flujograma para 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 los dispuesto en el artículo 119° del Código Penal



Fuente: Resolución Ministerial N°486-2014-MINSA

Anexo 3. Recursos necesarios para la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica

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

Fuente: Resolución Ministerial N°486-2014-MINSA
 Elaboración: Defensoría del Pueblo (2021)

Anexo 4. Propaganda oficial del MINSA para la vacunación contra la COVID-19 de “mujeres gestantes mayores de 12 años”

Ministerio de Salud del Perú 5 h · 🌐

🔴 ATENCIÓN LIMA METROPOLITANA Y CALLAO | Las mujeres con más de 12 semanas de gestación, que sean mayores de 12 años pueden vacunarse contra la #COVID19 en la #Vacunación. #VamosAlVacunación 🙌

📍 Conoce los centros de vacunación aquí: <https://bit.ly/3zL3njZ>

¡Vacúnate ya!
PONTE LAS 2 DOSIS

Verifica tu fecha, hora y lugar de vacunación en:
 🔍

Atención

Lima Metropolitana y Callao

Nuevo grupo incluido en la vacunación contra la COVID-19

Mujeres con más de **12 semanas** de gestación, mayores de **12 años**.

PERÚ Ministerio de Salud

VACUNACIÓN CONTRA LA COVID-19

Pongo el hombro por el Perú

BICENTENARIO PERÚ 2021

Fuente: Facebook oficial del MINSA (2021)

Anexo 5. Comparativa de la legislación sobre el aborto en el mundo

Modelo de legislación	Causales para el aborto	Descripción	Número de países	Ejemplos de países	Porcentaje de Mujeres en edad reproductiva	Número de mujeres en edad reproductiva
1. Prohibición total	Ninguna	Las leyes de los países de esta categoría no permiten el aborto bajo ninguna circunstancia, incluso cuando la vida o la salud de la mujer están en riesgo.	24 países	Nicaragua, Honduras, El Salvador, Haití, República Dominicana, Irak, Egipto, Madagascar	5%	90 millones
2. Regulación por causales o indicaciones	2.1. Para salvar la vida de la mujer	Las leyes de los países de esta categoría permiten el aborto cuando la vida de la mujer está en riesgo.	42 países	México, Panamá, Brasil, Chile, Irán, Afganistán, Tanzania, Indonesia, Nigeria	22%	360 millones
	2.2. Para preservar la salud de la mujer. Incluye 2.1.	Las leyes de los países de esta categoría permiten el aborto por motivos de salud o terapéuticos.	56 países	Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Polonia, Pakistán, Kenia	14%	225 millones
	2.3. Por amplias cuestiones sociales y económicas que afectan a las mujeres. Incluye 2.2.	Estas leyes generalmente se interpretan de manera liberal para permitir el aborto en una amplia gama de circunstancias. Estos países suelen tener en cuenta el entorno real o razonablemente previsible de una mujer y sus circunstancias sociales o económicas al considerar el impacto potencial del embarazo y la maternidad.	14 países	Finlandia, Gran Bretaña, India, Japón, Zambia, Etiopía	23%	386 millones
3. Permisión por plazos	A petición de la mujer (con variación de los límites gestacionales). Incluye 2.	El límite gestacional más común para los países de esta categoría es de 12 semanas. Los límites gestacionales se calculan a partir del primer día del último período menstrual, que se considera que ocurre dos semanas antes de la concepción. Cuando las leyes especifican que los límites de edad gestacional se calculan a partir de la fecha de concepción, estos límites se han ampliado dos semanas.	72 países	Canadá, Estados Unidos, Argentina, Uruguay, Rusia, Francia, España, Alemania, Australia, Cuba	36%	601 millones

Elaboración propia

Fuente: Center for reproductive rights. The World's Abortion Laws:

<https://maps.reproductiverights.org/worldabortionlaws>

Anexo 6. Mandatos y conferencias internacionales sobre derechos de la mujer y derechos reproductivos

Año	Mandatos y conferencias internacionales
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)
1989	Convención Internacional de los Derechos del Niño y la Niña
1993	La Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena
1994	La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) desarrollada en El Cairo. Derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. El aborto es un problema social y político
1994	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer. Belén do Pará
1995	IV Conferencia Mundial de la Mujer de Beijing
1998	Resolución de la Asamblea General sobre la Niña
1999	Sesión Especial de la Asamblea General sobre políticas de género y leyes efectivas.
2000	Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing + 5. Igualdad entre los géneros, desarrollo y paz para el siglo XXI
2006	Asamblea General de Naciones Unidas incorpora el acceso universal a salud reproductiva como meta para el objetivo N°5
2013	Consenso de Montevideo sobre población y desarrollo
2015	Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU.

Elaboración propia

Fuente: Modificado de OPS/OMS-Nicaragua (2010)

Anexo 7. Perú: Políticas públicas sobre los derechos de la mujer y derechos sexuales y reproductivos

Año	Instrumento normativo y de política elaborado por el Estado peruano
2000	Código de los Niños y Adolescentes Ley N° 27337
2007	Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
2012	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia- PNAIA 2012-2021
2012	Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 – 2017 (PLANIG)
2013	Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021
2014	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
2016	Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021
2017	Norma Técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio
2018	Plan Nacional de Derechos Humanos 2018-2021
2019	Política Nacional de Igualdad de Género
2020	Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico

Elaboración propia

Anexo 8. Perú: Establecimientos de salud, según departamento, 2019

Departamento	Total	Hospitales	Centros de salud	Puestos de salud	Instituto de Salud Especializado
Total	11 882	604	2 550	8 710	18
Amazonas	509	7	91	411	-
Áncash	525	22	105	398	-
Apurímac	444	8	78	358	-
Arequipa	481	26	98	356	1
Ayacucho	448	11	78	359	-
Cajamarca	989	24	180	785	-
Prov. Const. del Callao	174	10	19	145	-
Cusco	486	22	174	290	-
Huancavelica	445	5	73	367	-
Huánuco	375	9	76	290	-
Ica	251	25	43	183	-
Junín	664	29	130	504	1
La Libertad	499	50	146	301	2
Lambayeque	328	26	105	196	1
Lima	1987	213	416	1 347	11
Loreto	577	12	131	434	-
Madre de Dios	111	2	8	101	-
Moquegua	107	6	31	70	-
Pasco	299	7	40	252	-
Piura	664	30	171	461	2
Puno	629	31	174	424	-
San Martín	442	15	90	337	-
Tacna	129	5	29	95	-
Tumbes	69	5	23	41	-
Ucayali	250	4	41	205	-

Nota: En hospitales incluye, hospitales del MINSA, EsSalud, Gobierno Regional, Fuerzas Armadas y Policiales, Municipalidad provincial, distrital y Clínicas privadas.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman la provincia de Lima.

2/ Incluye las provincias de: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos.

Fuente: Superintendencia Nacional de Salud- Intendencia de Investigación y Desarrollo

Anexo 9. Entidades responsables de la implementación de la estrategia de mejora en el acceso a la IVITE en adolescentes con embarazo forzado por violación sexual

Entidades	Funciones
MINSA	El Ministerio de Salud es la entidad rectora en materia sanitaria en el Perú. Por lo tanto, es la institución responsable de las políticas en salud sexual y reproductiva a nivel nacional. Su función, aparte de reglamentar el procedimiento de la IVITE mediante normas técnicas e instrumentos orientadores, consiste en monitorear su implementación y brindar información y capacitaciones a las DIRESAS de todo el país.
DSARE	La Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA tiene la responsabilidad de conformar un equipo de especialistas en el procedimiento de la IVITE y consultar a profesionales expertos en la materia para la elaboración de la nueva Guía Técnica y los instrumentos normativos que promulgará el MINSA. Además, realiza la transferencia de conocimientos a las DIRESAS y brinda acompañamiento y asesoría en las capacitaciones del personal de los EESS.
DIRESAS	Son las entidades descentralizadas responsables de la salud de nivel regional en todo el país. Por lo tanto, tienen la responsabilidad de asumir el monitoreo y acompañamiento de la implementación de la estrategia en atención de adolescentes para garantizar su acceso a la IVITE con calidad y pertinencia cultural. Luego de recibir la transferencia del equipo de DSARE sobre la nueva Guía Técnica y las nuevas disposiciones sobre la IVITE, deben garantizar que los EESS inicien las capacitaciones y la atención de las adolescentes y sus familias.
EESS	La red de establecimientos de salud, conformado por los hospitales, centros de salud, puestos de salud e institutos de salud especializado, son los responsables de la atención directa a la población y, por lo tanto, de brindar la información a las adolescentes y sus familias y de evaluar las solicitudes de IVITE. Además, cuentan con personal especializado que capacitará a las y los promotores comunitarios para la estrategia informativa en las escuelas y centros comunitarios.
MINEDU	El Ministerio de Educación es el responsable del acompañamiento a las IESTU para la implementación de las disposiciones normativas del MINSA sobre el procedimiento de IVITE que garanticen la formación de los profesionales en salud en el marco de su autonomía. Asimismo, el MINEDU es la entidad responsable de las normativas en materia de educación básica y, por lo tanto, de la implementación de la educación sexual integral en las escuelas.
DIGESU	La Dirección General de Educación Superior y Técnico Profesional es la dependencia del MINEDU encargada de asegurar la calidad educativa de las IESTU y, por lo tanto, de elaborar los lineamientos y supervisar la implementación de la IVITE en los planes de estudio, dentro del marco de la autonomía universitaria y según lo dispuesto por el MINSA.
SUNEDU	La Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria es la entidad responsable de garantizar que las IESTU cumplan con los estándares exigidos para su acreditación como centros educativos de calidad. Asimismo, debe asegurar que las IESTU brinden un servicio de calidad a la población mediante la fiscalización de los servicios educativos. Por lo tanto, la SUNEDU es la responsable de monitorear y fiscalizar a las IESTU en el cumplimiento de los lineamientos para la formación de los profesionales en salud sobre la IVITE.
ONG'S	Las Organizaciones No Gubernamentales son las entidades privadas sin fines de lucro que cuentan con profesionales especializados en el abordaje de problemas sociales. En este caso, se consultará y se trabajará en coordinación con las ONG'S especializadas en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos como PROMSEX, Manuela Ramos, Católicas por el Derecho a Decidir, entre otras.
IESTU	Las Instituciones de Educación Superior Tecnológica y Universitaria con formación de profesionales en ciencias de la salud son las encargadas de implementar las disposiciones del MINSA y del MINEDU con respecto a la inclusión de la IVITE en los planes de estudio de sus carreras profesionales, dentro del marco de su autonomía reconocida en la Ley Universitaria.

Elaboración propia

Anexo 10. Análisis económico de la propuesta, según componente y actividad

Nombre	Costo por actividad	Costo por componente
R1.1. Se incluyen los enfoques de niñez, género e intercultural en la elaboración de la nueva Guía Técnica.		4 600.00 €
A1.1.1. La DSARE del MINSA conforma un equipo técnico de especialistas para la elaboración de la nueva Guía Técnica con enfoque de derechos de la niñez, enfoque de género y enfoque intercultural.	0.00 €	-
A1.1.2. Establecimiento de mesas de diálogo con actores involucrados para recoger sus opiniones sobre la IVITE en adolescentes.	800.00 €	-
A1.1.3. Equipo técnico del MINSA diseña el instrumento denominado “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral y diferenciada de la gestante adolescente 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”.	800.00 €	-
A1.1.4. La nueva Guía Técnica para adolescentes es sometida a análisis de contenido por expertos en temas de niñez, género e interculturalidad.	400.00 €	-
A1.1.5. Presentación de resultados de la evaluación de la nueva Guía Técnica.	200.00 €	-
A1.1.6. MINSA promulga la RM con la nueva Guía Técnica.	800.00 €	-
A1.1.7. MINSA realiza reuniones de coordinación con las DIRESAS para la implementación de la nueva Guía Técnica en los EESS.	1 600.00 €	-
R1.2. MINSA cuenta con normativas de alta jerarquía para reglamentar la IVITE en adolescentes.		2 400.00 €
A1.2.1. Equipo técnico del MINSA hace una revisión profunda del marco normativo nacional e internacional en materia de derechos sexuales y reproductivos para garantizar el acceso de las adolescentes a la IVITE de manera oportuna, con enfoque de género, niñez y con pertinencia cultural, con la finalidad de incorporar modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.	800.00 €	-
A1.2.2. Establecimiento de mesas de diálogo interinstitucional con otros ministerios y actores involucrados para recoger sus opiniones y sugerencias para la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.	800.00 €	-
A1.2.3. Equipo técnico del MINSA incluye una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, de tal forma que incluya un capítulo sobre la IVITE como procedimiento necesario para preservar la vida y la salud de las adolescentes en situación de riesgo.	800.00 €	-
R2.1. IESTU incluyen la IVITE en planes de estudios de formación en ciencias de la salud.		3 200.00 €
A2.1.1. Equipo técnico del MINSA incluye una modificatoria en la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP, de tal forma que se garantice en la formación de los profesionales en ciencias de la salud, la inclusión de la IVITE con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad.	800.00 €	-
A2.1.2. MINSA promulga la RM con las modificatorias propuestas a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP.	800.00 €	-
A2.1.3. MINSA realiza la difusión de la RM con las modificatorias a la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en su página web y por los canales institucionales.	800.00 €	-

A2.1.4. MINSA realiza reuniones de coordinación con el MINEDU para la implementación de lo dispuesto en la modificatoria de la NTS N°130-MINSA/2017/DGIESP en los planes de estudio de los IESTU con formación en ciencias de la salud.	800.00 €	-
R2.2. Capacitación sólida del personal de salud en la nueva Guía Técnica.		1 007 224.32 €
A2.2.1. Equipo técnico del MINSA establece reuniones con las DIRESAS para la difusión del plan de capacitación en la nueva Guía Técnica en los EESS.	1 600.00 €	-
A2.2.2. Equipo técnico del MINSA hace la transferencia con los equipos locales de las DIRESAS para la capacitación en la nueva Guía Técnica en los EESS.	20 545.00 €	-
A2.2.3. DIRESAS realizan las capacitaciones en la nueva Guía Técnica en su personal de salud designado.	979 479.32 €	-
A2.2.4. Monitoreo del proceso de capacitación en la nueva Guía Técnica.	2 400.00 €	-
A2.2.5. MINSA solicita a las DIRESAS sus reportes de evaluación de conocimientos y desempeño de su personal en la nueva Guía Técnica.	0.00 €	-
A2.2.6. Encuesta de satisfacción a las usuarias del servicio y sus familias.	2 400.00 €	-
A2.2.7. Elaboración del informe final sobre capacitación del personal en salud en la nueva Guía Técnica.	800.00 €	-
R2.3. Diseño óptimo de las capacitaciones sobre la nueva Guía Técnica.		1 300.00 €
A2.3.1. Elaboración del instrumento denominado “Lineamientos para la capacitación del personal de salud en el procedimiento de la IVITE en adolescentes según la nueva Guía Técnica, con enfoque de género, pertinencia cultural, calidad y oportunidad”.	800.00 €	-
A2.3.2. MINSA promulga la RM con los lineamientos para la capacitación en la IVITE.	0.00 €	-
A2.3.3. MINSA realiza la difusión de la RM con los lineamientos en su página web y por los canales institucionales.	500.00 €	-
R3.1. EESS informan adecuadamente sobre la IVITE a las adolescentes y familiares.		1 961 225.32 €
A3.1.1. Conformación de equipos especializados en los EESS para informar a las adolescentes y sus familias sobre el procedimiento de IVITE con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural.	0.00 €	-
A3.1.2. Equipos especializados de los EESS hacen transferencia a las y los promotores comunitarios sobre la IVITE con enfoque de niñez, género y pertinencia cultural.	489 873.00 €	-
A3.1.3. Promotoras y promotores comunitarios brindan charlas de información sobre la IVITE en los centros comunitarios y en las instituciones de educación básica regular, especial y alternativa.	979 479.32 €	-
A3.1.4. EESS realizan encuestas de opinión a las usuarias del servicio y sus familias sobre la información recibida acerca de la IVITE.	489 873.00 €	-
A3.1.5. Informe de monitoreo de los EESS a las DIRESAS sobre las estrategias de información brindadas a la población acerca de la IVITE.	2 000.00 €	-
R3.2. Personal de salud se comunica en la lengua originaria de las adolescentes usuarias.		2 083 694.90 €

A3.2.1. DIRESAS lanza la convocatoria para la contratación de personal de salud con dominio de la lengua predominante en cada localidad.	612 342.58 €	-
A3.2.2. DIRESAS brindan sesiones de capacitación en manejo de la lengua originaria y predominante en cada localidad para brindar la información pertinente y de calidad sobre el procedimiento de IVITE a las adolescentes y sus familias.	979 479.32 €	-
A3.2.3. EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la información brindada en la lengua originaria.	489 873.00 €	-
A3.2.4. Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre la atención en lengua originaria brindada a la población acerca de la IVITE.	2 000.00 €	-
R3.3. Personal de salud toma en cuenta la opinión de las adolescentes.		496 002.79 €
A3.3.1. Las DIRESAS elaboran un protocolo de atención para la información a las adolescentes y sus familias sobre la IVITE que considera el interés superior del niño y toma en cuenta la opinión de las adolescentes.	4 129.79 €	-
A3.3.2. Luego de brindar la información sobre la IVITE, el personal designado se entrevista con la adolescente para conocer su opinión sobre la IVITE.	0.00 €	-
A3.3.3. Los EESS toman en cuenta la opinión de las adolescentes para la toma de decisión sobre el procedimiento de la IVITE, según la nueva Guía Técnica.	0.00 €	-
A3.3.4. EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la atención.	489 873.00 €	-
A3.3.5. Informe de monitoreo de las DIRESAS a los EESS sobre la atención brindada a las adolescentes acerca de la IVITE.	2 000.00 €	-
R3.4. Adecuada sensibilización y capacitación del personal sanitario en temas género y derechos de la niñez.		1 961 225.32 €
A3.4.1. DIRESAS brindan sesiones de capacitación en temas de género y derechos de la niñez para brindar la información pertinente y de calidad sobre el procedimiento de IVITE a las adolescentes y sus familias.	979 479.32 €	-
A3.4.2. Evaluación de conocimientos y desempeño del personal en temas de género y derechos de la niñez.	489 873.00 €	-
A3.4.3. EESS encuestan a las usuarias y sus familias sobre la calidad de la atención.	489 873.00 €	-
A3.4.4. Reporte estadístico por región sobre la cantidad de casos de adolescentes que accedieron a la IVITE con la implementación de la nueva Guía Técnica.	2 000.00 €	-
Total		5 437 177.75 €

Elaboración propia