

Lima, 31 de agosto de 2020

Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas

Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos

Palacio Wilson

CH-1211, Ginebra 10, Suiza

Re: Llamado a contribuciones para la elaboración del Informe temático sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las niñas en situaciones de crisis que será presentado al 47 periodo de sesiones del Consejo de Derechos Humanos en junio de 2021.

De nuestra mayor consideración:

En vista al llamamiento a contribuciones del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y las niñas, para recibir información relativa a las políticas existentes que impactan en la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de la pandemia del COVID -19, el **Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos -PROMSEX**, organización no gubernamental feminista, que busca contribuir a la vigencia de la integridad y dignidad de las personas en el acceso a la salud sexual y reproductiva, la justicia y la seguridad humana, brinda información relevante y actualizada sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19.

Esta contribución abordará: *i) El impacto de la pandemia de COVID-19 y las medidas adoptadas por el Estado peruano sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas; ii) Situación de los derechos sexuales y reproductivos en el Perú antes y durante la pandemia de COVID-19, con especial énfasis en los temas sobre: violencia sexual y embarazos forzados en mujeres, niñas y adolescentes; mortalidad materna y violencia obstétrica; dificultades para acceder a métodos de anticoncepción modernos, incluido el anticonceptivo oral de emergencia (AOE); barreras persistentes en el acceso al aborto terapéutico y criminalización de las mujeres por aborto; exámenes y tratamiento para cánceres relacionados con órganos reproductivos; barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans; desafíos que enfrentan las mujeres y las niñas para acceder a la justicia por las violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos. Por último, formularemos recomendaciones al Estado peruano en temas de salud sexual y reproductiva.*

I. El impacto de la pandemia del COVID-19 y las medidas adoptadas por el Estado peruano sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas

El mundo está enfrentando la mayor crisis de salud global a consecuencia de la aparición de la pandemia de COVID-19 (en adelante “COVID-19”, “el virus de la COVID-19” o “enfermedad por coronavirus”) y en lo que va Perú se ubica como el país con mayor tasa de mortalidad del mundo con 28, 277 fallecidos¹.

¹ Ojo Público, [Bitacora del dolor los fallecidos por Covid-19 en Perú](#), 29 de agosto de 2020.

El 16 de marzo de 2020, el Presidente de la República, Martín Vizcarra, dispuso el estado de emergencia de salud pública que se extendió hasta el 30 de setiembre, esto ha implicado una serie de medidas sanitarias, económicas, sociales y personales de gran impacto para toda la población peruana, muchas de estas decisiones están vinculadas con la disminución de servicios ligados a la atención de víctimas de violencia; suspensión de los controles prenatales y con ello la posibilidad de detectar complicaciones de alto riesgo; restricciones en el acceso a métodos anticonceptivos modernos, incluido el AOE; el acceso al aborto terapéutico, la cual se ha limitado solo al riesgo la vida de la mujer, excluyendo los casos de riesgo a la salud, reconocidos como causal en el ordenamiento jurídico y; a esto se suma la falta de implementación de servicios alternativos como visitas domiciliarias y/o atenciones vía telesalud, todo ello está afectando, significativamente, la salud reproductiva de las mujeres y niñas.

Esta pandemia reveló las deficiencias estructurales del sistema público de salud. El COVID-19 viene impactando de manera desproporcionada a las mujeres y niñas y, la respuesta del Estado es insuficiente, pues toda la atención se ha centrado en el ámbito hospitalario y con ello se está frente al colapso de los servicios de salud, con insuficiente capacidad para atender las complicaciones de la pandemia, menos aún para atender las afecciones no vinculadas a este virus.

Cabe resaltar que los servicios de salud sexual y reproductiva en Perú han venido arrastrando consigo los problemas marcados por los *factores determinantes básicos* entre los que se encuentran: la ineficiente protección efectiva frente a toda forma de violencia; dificultades de acceso a intervenciones médicas oportunas e integrales y, exigua atención de salud mental y apoyo psicosocial para las víctimas; y por *los factores sociales*, tales como: pobreza; discapacidad; discriminación y marginación a aquellas mujeres con distinta orientación sexual, identidad de género o expresión de género; origen étnico entre otros, las cuales determinan las pautas de atención y acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

- **Medidas adoptadas por el Estado peruano en el contexto de emergencia²**

La Organización Mundial de la Salud en su ‘Guía provisional’³ establece como de alta prioridad los servicios relacionados con salud reproductiva, embarazo y parto⁴ y exhorta a los Estados ‘garantizar el acceso universal de salud sexual y reproductiva entre estos: incluye el acceso a la contracepción, aborto seguro, salud sexual, prevención de cáncer de cuello uterino entre otros’⁵. Esto también ha sido reafirmado por diversas organizaciones internacionales tales como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en su comunicado de prensa en la cual ‘hace un llamado a los Estados parte para mantener los servicios de salud reproductiva existente en los países’⁶, como en su Resolución No. 01/20 “Pandemia y Derechos Humanos en las Américas” que ‘insta a los Estados a garantizar la disponibilidad y continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva durante la crisis de la pandemia (...) con el objeto de alcanzar a las mujeres en su diversidad’⁷. De igual forma, fue sostenido por la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas ‘las restricciones a la prestación

² Defensoría del Pueblo. [Compendio de normas emitidas por el Estado peruano para afrontar la propagación del COVID-19](#), 1 de junio de 2020.

³ World Health Organization. *Maintaining essential health services operational guidance for the COVID-19*, version 1 de junio de 2020, pág. 11 1.4 [Organización Mundial de la Salud. Guía Operacional para el mantenimiento de los servicios de salud esenciales en el context del brote del COVID-19]

⁴ Ibidem.

⁵ Ibidem, p.35.

⁶ CIDH, Comunicado de Prensa, “[Hace un llamado a los Estados a incorporar la perspectiva de género en la respuesta a la pandemia del COVID-19 y a combatir la violencia sexual e intrafamiliar en este contexto](#)”, 11 de abril de 2020.

⁷ CIDH, *Pandemia y Derechos Humanos en las Américas. Resolución 1/2020*

de servicios de salud esenciales para las mujeres y niñas, como la atención pre y postnatal, la interrupción del embarazo y la disponibilidad de anticonceptivos (...) afectan la salud de las mujeres y niñas desproporcionadamente⁸.

Algunos países como Colombia y México han emitido directrices donde se incluye a los servicios de salud sexual reproductiva como servicios esenciales⁹, sin embargo el Estado peruano no expidió normas o lineamientos una vez declarado el Estado de Emergencia, tuvo que transcurrir más de un mes y medio hasta el 23 de abril de 2020, fecha en la que aprobó la Directiva Sanitaria No. 094-MINSA/2020/DGIESP¹⁰, para 'garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19' y el 30 de abril de 2020 fecha en la que emitió la Directiva Sanitaria No. 97-MINSA/2020/DGIESP,¹¹ 'prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por COVID-19'.

Si bien el Estado peruano (EP) anunció una serie de políticas, directrices y normas, sin embargo, ellas exacerbaban las diferencias sociales y económicas existentes en la población y nos da una respuesta implícita de no prioridad a los servicios esenciales y urgentes de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas. En particular aquellos vinculados a los servicios de asistencia sanitaria materna (incluida la atención pre y postnatal), la asistencia durante el parto y atención obstétrica de emergencia, servicios anticonceptivos modernos y gama completa de información, planificación familiar, prevención y tratamiento del VIH/SIDA, servicios de aborto sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto y exámenes de prevención y tratamiento para cánceres relacionados con órganos reproductivos.

Desde la declaración de emergencia sanitaria hasta el 28 de agosto de 2020 el Estado peruano ha emitido 52 normas entre Decretos Supremos, Decretos de Urgencia y Resoluciones Ministeriales, mientras el Ministerio de Salud emitió 183 normas, y solo dos de ellas hacen referencia a los servicios sexuales y reproductivos (la Directiva Sanitaria No 094-MINSA/2020/DGIESP y la Directiva Sanitaria No. 97-MINSA/2020/DGIESP). Esto nos da la impresión de que los servicios de salud sexual no están en la lista de prioridades de los tomadores de decisiones públicas, menos aún contemplan las particulares situaciones de vulnerabilidad rural, de origen étnico, discapacidad, el estatus migratorio de las mujeres y niñas.

- En mayo de 2014, se aprobó el 'Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres'¹². (PLANAGERD) 2014-2021, que es un documento marco para atender emergencias (si bien no contemplaba una de la magnitud del COVID 19) elaboró una serie de normas para el cumplimiento de sus objetivos estratégicos, como el de gestionar establecimientos de salud seguros¹³ y promover una política de gestión con la finalidad de proteger a vida la salud y la integridad de las personas¹⁴.
- El 31 de enero de 2020, fue aprobado el 'Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del COVID-19'¹⁵, con el objetivo de

⁸ Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas. [Declaración del Grupo de Trabajo sobre la discriminación contra las mujeres y niñas](#).

⁹ CLACAI, "La Salud reproductiva como servicio esencial de salud", pág. 19.

¹⁰ MINSA, *Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19*, [Directiva Sanitaria N° 094-MINSA/2020/DGIESP](#). Abril 23, 2020.

¹¹ MINSA, mediante la Resolución Ministerial No. 245-2020-MINSA se emitió la *Directiva de prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por COVID-19*, [Directiva Sanitaria 097-MINSA/2020/DGIESP](#), 30 de abril de 2020.

¹² PCM. [Plan Nacional de Gestión del Riesgo de Desastres](#)¹². (PLANAGERD) 2014-2021, mayo de 2014

¹³ Ibidem, 42

¹⁴ Ibidem, 36

¹⁵ Resolución Ministerial, documento técnico ['Plan Nacional de Preparación y Respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019 -nCoV'](#), 31 de enero de 2020.

fortalecer los sistemas de vigilancia, contención y respuesta frente al riesgo del virus, sin embargo, no contempla la salud sexual y reproductiva como un servicio esencial.

- El 23 de abril de 2020, se publicó la Directiva Sanitaria (“Directiva Sanitaria”) No. 094-MINSA/2020/DGIESP¹⁶ para ‘garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en la planificación familiar ante la infección por COVID-19’, luego un trabajo de incidencia por parte de organizaciones de la sociedad civil. Este documento es importante en cuanto considera como esencial el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, en específico, a los métodos anticonceptivos para prevenir embarazos no planificados, la provisión ininterrumpida de la AOE y la entrega en los establecimientos de salud del Kit para la atención de casos de víctimas de violencia sexual. No obstante, aún se han reportado barreras, en particular por falta de conocimiento de los nuevos lineamientos, incremento inusitado del precio de los medicamentos en las farmacias privadas, la pérdida absoluta de la capacidad adquisitiva de las familias por insuficientes fuentes de ingreso, el cierre de los servicios del primer nivel de atención, la no reactivación de consultas bajo modalidad de telemedicina y, la movilidad de las mujeres para acceder a los servicios está limitada y, a ello se suma que los establecimientos de salud, dónde por lo general la mayoría de mujeres acuden para recibir estos servicios, actualmente están colapsados por la pandemia. Todo esto han generado barreras muy serias, las cuales aún no han sido superadas.
- El 27 de abril de 2020, el Poder Ejecutivo publicó el Decreto legislativo (DL) 1470¹⁷ que establece medidas para garantizar la atención y protección de las víctimas de violencia, incluido NNA víctimas de violencia sexual durante la emergencia sanitaria a causa del COVID-19, y se estableció disposiciones sobre derecho a la salud y un procedimiento expeditivo para las medidas de protección, tanto la Policía Nacional de Perú (PNP) y el Ministerio Público (MP) tienen que comunicar de inmediato al Poder Judicial para que emita dentro de las 24 horas las medidas de protección necesarias, prescindiendo del informe pericial y otras documentaciones, lo que generaba un retraso innecesario.
- El 6 de mayo de 2020, el Estado peruano y otros 49 países firmaron la Declaración conjunta: “Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuanto el género en la crisis del COVID-19”¹⁸, enfatiza que la salud sexual y reproductiva debe ser una prioridad para evitar el aumento de la mortalidad materna y neonatal, el incremento de las necesidades no satisfechas de anticoncepción y un mayor número de abortos seguros e infecciones de transmisión sexual y que estos deben ser atendidos a las personas con discapacidad y otros grupos de especial vulnerabilidad.
- El 30 de abril de 2020 se aprobó la Directiva Sanitaria No 97-MINSA/2020/DGIESP,¹⁹ ‘prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por COVID-19’. Tiene como propósito establecer los procedimientos para la atención domiciliar de la puerpera y el recién nacido con enfermedad confirmada de COVID-19.

¹⁶ MINSA, *Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19*, [Directiva Sanitaria N° 094 -MINSA/2020/DGIESP](#). Abril 23, 2020.

¹⁷ Decreto Legislativo 1470, publicado el 27 de abril de 2020.

¹⁸ Declaración conjunta: “[Proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover una respuesta que tenga en cuanto el género en la crisis del COVID-19](#)”

¹⁹ MINSA, mediante la Resolución Ministerial No. 245-2020-MINSA se emitió la *Directiva de prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por COVID-19*, [Directiva Sanitaria 097-MINSA/2020/DGIESP](#), 30 de abril de 2020.

- El 3 de julio de 2020, la Defensoría del Pueblo (DP) publica el Informe Especial No 21-2020-DP²⁰, 'Problemática en la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19'. En este informe se reportan las cifras hasta marzo del presente año desagregadas por género y edad, mostrando que la violencia sexual afecta, predominantemente, a las NNA. Destaca la ocurrencia de hechos de violencia que afectan a menores de 14 años. No obstante, enfatiza que hasta la fecha de publicación no se han compartido con la DP las cifras actualizadas, a pesar de su solicitud. Por otro lado, en declaraciones públicas los representantes del MIMP han reportado 2374 casos de violencia hacia niñas, niños y adolescentes, siendo 400 denuncias por violencia sexual hacia niñas.

En el Informe referido se destaca que el EP releva como prioridad la atención a los casos de violencia sexual en el marco de la pandemia. Así, ordena que los servicios que forman parte de la cadena de atención denuncia y persecución del delito permanezcan disponibles para la ciudadanía. Sin embargo, se identifica que esto no ocurre en diferentes instancias de atención (comisarías, ministerio público y establecimientos de salud). Además de ello, no se desarrolla un abordaje adecuado de los casos de NNA, en tanto no se garantiza su seguridad a través de medidas de protección o el traslado oportuno a refugios. Finalmente, el acceso a kits de violencia sexual, la atención adecuada a su salud integral (incluyendo la salud mental) y el acceso al aborto terapéutico no ha sido garantizado en el contexto de emergencia sanitaria. En sus recomendaciones exhorta al Poder Judicial (PJ) y los juzgados competentes otorgar medidas de protección en el plazo máximo de 24 horas de acuerdo con lo establecido en el DL 1470²¹. Por último, hace un llamado urgente al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) para diseñar una política de prevención de la violencia hacia NNA y solicita al Ministerio de la Salud (MINSA) garantizar que el personal de salud cumpla con la especial atención que requieren las víctimas de violencia sexual²².

- El 25 de julio de 2020, la Defensoría del Pueblo publicó el Informe de Adjuntía 007-2020-DP/ADM, 'El acceso a la justicia y medidas de protección durante el estado de emergencia'²³ en dicho informe se abordaron los obstáculos de acceso al sistema de administración de justicia y hace un llamado a través de sus recomendaciones al MIMP, Ministerio Público y policía Nacional para modificar su normativa a fin de brindar la atención más especializada en los casos de NNA en estado de emergencia y solicita se garantice la atención de toda víctima de violencia en los establecimientos de salud a las víctimas de violación sexual, cuya atención deberá realizarse con las medidas de seguridad personal y sanitarias²⁴. Sin embargo, esto no ha sido cumplido por las autoridades correspondientes.

Cabe mencionar que las organizaciones de derechos de las mujeres no fueron convocadas por el Estado peruano para el desarrollo de la política nacional de emergencia (y los planes, estrategia, políticas y gestión de riesgos), ni la evaluación de los riesgos relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos; menos para el seguimiento de estas. Esto tiene un impacto real y es que el contenido

²⁰ Defensoría del Pueblo. [Informe Especial No 21-2020-DP](#), 3 de julio de 2020. Recomendaciones 21

²¹ Ibidem. 22

²² Ibidem

²³ Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía 007-2020-DP/ADM, '[El acceso a la justicia y medidas de protección durante el estado de emergencia](#)', 25 de julio de 2020.

²⁴ Ibidem. 8

de los planes carece de una perspectiva de género en la preparación, gestión y recuperación de la crisis.

II. Situación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Perú antes y durante la pandemia del COVID-19

Antes de la emergencia sanitaria los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y niñas era una deuda pendiente del Estado peruano; con la aparición de la pandemia se exacerbó aún más las disparidades y las ya deficientes condiciones para el servicio en salud sexual reproductiva.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) señaló que en el Perú muchas mujeres, jóvenes y adolescentes aún no cuentan con todas las facilidades para acceder a los servicios e información que les permitan hacer ejercicio de este derecho y ello se ve afectado por barreras normativas, territoriales y culturales²⁵. Por su lado, la Defensoría del Pueblo en el Informe No 0011-2018-DP/ANA²⁶, 'Resultado de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral adolescente', reiteró al Ministerio de Salud aprobar lineamientos actualizados para la atención en salud sexual y reproductiva y modificar la normativa sobre servicios de salud diferencias para la atención integral y así cerrar las brechas de acceso (territoriales, rurales, étnicas, por discapacidad, orientación sexual, entre otras).

En particular, las mujeres y niñas con discapacidad en el país sufren discriminaciones múltiples, no solo por el hecho de padecer de una discapacidad, sino por ser mujeres y por condiciones socioeconómicas que las condenan a sufrir desventajas de una sociedad que las invisibiliza. Según ENDES (2017) revela que, entre las mujeres en edad fértil con discapacidad, en temas referidos al cuidado de la salud, el 69.9% de las entrevistadas toman decisiones ellas solas, en el 10,9% de los casos lo hacen ambos cónyuges y en el 19.5% lo hace solo el esposo o compañero. Asimismo, encuentra que el uso de cualquier método anticonceptivo, entre las mujeres con discapacidad es de 64.8% y sin discapacidad de 75.5% y con referencia a los métodos modernos, el 43,8% de las mujeres con discapacidad y el 54.6% de las que no están en esta condición, utilizan este tipo de métodos que aseguran una mejor protección para evitar los embarazos no deseados²⁷. Según el Observatorio de los Derechos Sexuales y reproductivos de las Personas con Discapacidad (ODISEX) 'persiste los desafíos como falta de entrenamiento de los docentes para la enseñanza de la sexualidad en la niñez y adolescencia con discapacidad y en protocolos para la atención cuando se detecta maltrato, tocamientos, violencia y violación'²⁸.

Asimismo, a pesar de que el Comité CEDAW expresó en 2014 su preocupación por "las barreras lingüísticas, culturales y económicas que deben afrontar las mujeres indígenas y las mujeres que viven en la pobreza para tener acceso a los servicios de salud (...), así como la discriminación y el trato degradante a que las somete el personal médico", y recomendó a Perú "reforzar el enfoque de género e intercultural en la prestación de servicios de salud (...)"²⁹. En una encuesta regional sobre la salud sexual y reproductiva de las jóvenes indígenas 'Jóvenes Indígenas y Educación

²⁵ Portal web del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), [Salud sexual y reproductiva](#)

²⁶ El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Defensoría del Pueblo, '[Resultado de la supervisión defensorial a los servicios de salud diferenciados para la atención integral adolescente](#)', 15 de julio de 2018, pág. 57.

²⁷ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), elaboró el reporte 'Caracterización de las condiciones de vida de la población con discapacidad' (2017) Resumen ejecutivo - Mujeres en edad fértil, párrafo 39.

²⁸ Informe final ODISEX "Promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos y prevención del Zika en mujeres con discapacidad en Piura".

²⁹ Comité CEDAW, *Observaciones finales* de Perú, 2014, *supra* note 62, párr. 33.

Sexual' realizado en 2018, exhibía que las jóvenes rurales (Aymaras, Kakataibos, Quechuas y Ashanincas) tienen dos veces más riesgo de quedar embarazadas a comparación de las que viven en zonas urbanas 'más del 40% afirma que nunca ha pedido información sobre su salud sexual en su centro de salud por la falta de discreción del personal sanitario, más del 15% afirmó que se les exigió los acompañe una persona mayor de edad, y el 10.06% del total señaló que este embarazo es producto de una violación sexual'³⁰.

Con la pandemia de COVID-19 en nuestro país se recrudeció la falta de acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres y niñas, tanto por la restricción de la circulación y desplazamiento, cuestiones económicas y de respuesta del sistema sanitario. Durante el estado de emergencia sanitaria los servicios de salud sexual y reproductivo estuvieron inactivos y/o suspendidos para que las mujeres accedan a métodos anticonceptivos gratuitos, servicios de prevención de IT's y VIH y atención a casos de aborto terapéutico. Si bien se han reactivado de manera progresiva, los servicios de consejería en Salud Sexual y Reproductiva orientados a adolescentes, hombres y mujeres no están activos.

Durante el periodo de emergencia sanitaria se suspendieron las consultas externas en 8 mil establecimientos de salud y eso implicó la desatención de las mujeres gestantes, de aquellas que requerían acceder al kit de emergencia ante violencia sexual y AOE, así como los servicios de planificación familiar. Sobre el particular UNFPA señaló que en el Perú se incrementarán entre 50 mil y 100 mil nacimientos no planificados entre 2020 y 2021³¹, ello debido a que la pandemia y las medidas de cierre y aislamiento social han provocado la interrupción en el acceso a servicios como salud materna, sexual y reproductiva, así como servicios de prevención y protección ante la violencia basada en género, con efectos devastadores en las desigualdades sociales existentes³². Por otro lado, se suspendieron la atención en los Centros de Emergencia Mujer (son servicios públicos de atención para víctimas de violencia familiar y sexual) a nivel nacional y como sustituto se han conformado 209 equipos itinerantes para la atención domiciliaria de las víctimas de violencia, lo que resulta insuficiente para atender los casos de violencia a nivel nacional.

A esto se suma las estrategias de embate de parte de sectores fundamentalistas y conservadores, quienes están promoviendo la aprobación de un Nuevo Reglamento de Funciones (ROF) del Ministerio de Salud, en el cual se desaparece la Dirección Sexual y Reproductiva; objetan las Resoluciones del MINSA y; cuestionan el aborto y la provisión de la AOE. Así lo dio a conocer un medio periodístico, 'organizaciones vinculadas a la plataforma de Con Mis Hijos no te Metas, cuestionó la publicación de una directiva sanitaria que garantiza la planificación familiar y la salud de la madre durante la pandemia'³³. Todas estas acciones no hacen más que afectar el derecho a vivir una sexualidad libre de discriminación y violencia y el derecho a la información de las mujeres y adolescentes.

1) Violencia Sexual y embarazo forzado en niñas y adolescentes

Según el Ministerio Público de Perú, entre 2013 y el 2018, se denunciaron a nivel nacional 63,131 hechos de violación sexual, de los cuales el 28,5% de las víctimas

³⁰ Encuesta Regional Jóvenes Indígenas y Educación Sexual 2018. Realizada por la Asociación Chirapaq en Ayacucho, Junín, Puno y Ucayali.

³¹ Diario Oficial El Peruano. [UNFPA: Pandemia incrementaría en 40% nacimientos no planificados en el país durante 2020-2021](#), 6 de mayo 2020.

³² Ibidem.

³³ Ojo Público, [Lobbies y estrategias ultraconservadores durante la pandemia en América Latina](#), 10 de junio de 2020.

fueron niñas/os de 0 a 12 años y el 54,9% adolescentes de 13 a 17 años³⁴. En 2018, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) reportó que el 10,9% de mujeres entre 15 y 49 años sufrieron violencia física y sexual por parte del esposo o conviviente³⁵ y el 6,8% de las mujeres alguna vez fueron violentadas sexualmente³⁶. Durante el contexto de emergencia nacional, se ha agudizado la violencia ejercida contra niños, niñas y adolescentes, según la Nota de Prensa No. 518/OCII/DP/2020 de la Defensoría del Pueblo³⁷, alrededor de 400 niñas fueron violadas siendo la mayoría de agresores, familiares; ‘entre las dificultades están la demora en el dictado de medidas de protección para las víctimas de violación sexual por parte de los juzgados de familia y de las fiscalías especializadas’, ‘además de del incumplimiento en la entrega inmediata del kit de emergencia ante casos de violación sexual por parte del Ministerio de Salud’.

Por su parte, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables reportó que en 2018 -a nivel nacional- se atendieron en los Centros Emergencia Mujer (CEM) 113,643 casos de violencia contra las mujeres, incluyendo la violencia sexual³⁸, de estos 22,709 fueron casos por violencia física y sexual contra menores de 18 años³⁹. En 2019, los casos de violencia contra la mujer aumentaron a 154,602⁴⁰ y la cifra de casos por violencia física y sexual contra menores también aumentó a 29, 995⁴¹, siendo el 60% casos de violencia sexual y el 91,5% víctimas niñas y adolescentes⁴².

Asimismo, MIMP señaló que la violencia sexual tiene además un impacto desproporcionado en las poblaciones de zonas rurales, de 557 casos nuevos, atendidos en los CEM en 2017 y 2018 (237 y 320 casos, respectivamente), de niñas y adolescentes (entre 9 a 17 años), víctimas de violación y en condición de embarazo, el 49% provenían de zonas rurales y el 47.6% tenían entre 13 y 14 años⁴³.

Si bien los CEM en función también aumentaron en el país, pasando de 346 en 2018⁴⁴ a 396 en 2019⁴⁵, las cifras muestran que las denuncias de violencia contra la mujer siguen en aumento. Según un informe de la Defensoría del Pueblo (“Defensoría”), sólo durante el primer semestre de 2019 las *Fiscalías Provinciales Transitoriales Especializadas en Violencia contra la Mujer y los integrantes del grupo familiar* (FPE) recibieron 2,006 denuncias⁴⁶ y entre enero a julio de 2020 el MIMP reportó 49, 225 casos de violencia contra la mujer, de los cuales 14, 264 son contra niña/os y adolescentes (NNA)⁴⁷, de los 3024 casos de violencia sexual, 1010 casos fueron de

³⁴Ministerio Público. [Observatorio de Criminalidad](#).

³⁵ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú: *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2018 - Nacional y Departamental*, mayo 2019, pág. 294, [INEI, ENDES, 2018]

³⁶ *ibidem*, pg. 289.

³⁷ Defensoría del Pueblo, Nota de Prensa N° 518/OCII/DP/2020 , [‘Defensoría del pueblo expresa preocupación sobre la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes’](#), 3 de julio de 2020.

³⁸ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Informe Estadístico: Violencia en Cifras (Boletín: No 9 -2018), diciembre 2018, pág. 3. [MIMP, Informe Estadístico, diciembre 2018].

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), Informe Estadístico: Violencia en Cifras (Boletín: No 12 -2019), diciembre 2019, pág. 3. [MIMP, Informe Estadístico, diciembre 2019]

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), [Programa Nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar – AURORA](#). Boletín Estadístico. Enero-diciembre 2019.

⁴³ Observatorio Nacional de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar. *Embarazo forzado en niñas y adolescentes menores de 18 años por violación sexual: Cifras de los casos atendidos en los CEM (30 de octubre de 2019)*, [Diapositivas de PowerPoint].

⁴⁴ MIMP, Informe Estadístico, diciembre 2018, *supra* note 6, pág. 1.

⁴⁵ MIMP, Informe Estadístico, diciembre 2019, *supra* note 8, pág. 1.

⁴⁶ Defensoría del Pueblo, *Supervisión de Fiscalías Provinciales Especializadas en Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar*, [Informe de Adjuntía N°12-2019-DP/ADM](#), Serie igualdad y no violencia N°19, autonomía física, (diciembre 2019), pág. 38.

⁴⁷ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), [Programa Nacional para la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar – AURORA](#), Boletín Estadístico, julio 2020.

violación sexual⁴⁸. Asimismo, según el MIMP desde de marzo (inicio de la cuarentena) a julio de 2020, registró 11, 743 casos, de los cuales 2, 678 son contra NNA (22%)⁴⁹. A esto se suma que durante la declaratoria de emergencia nacional en respuesta al COVID-19 (del 16 de marzo al 10 de mayo), se *incrementaron* en 57,9% las llamadas realizadas por NNA pidiendo ayuda a la línea 100, se atendieron 3012 casos de violencia contra la mujer, siendo el 39% de NNA; y se reportaron 171 casos de violencia sexual contra NNA⁵⁰. Según la Defensoría del Pueblo hasta junio de 2020 la línea 100 había recibido cerca de 13 250 llamadas por violencia contra menores de edad⁵¹. Asimismo, se han registrado 47 feminicidios durante el año 2020⁵² y advirtió que durante el asilamiento obligatorio decretado por el Estado del 16 de marzo al 31 de mayo se han producido 21 feminicidios y 14 tentativas⁵³. Asimismo, la ministra de la Mujer y Poblaciones Vulnerables señaló que del 16 de marzo al 10 de mayo se reportaron 171 casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes⁵⁴.

Entre el 16 de marzo y el 5 de mayo del 2020, se han atendido más de 2.600 casos de violencia doméstica, familiar o de género atendidos por el programa Aurora del Ministerio de la Mujer, a través de sus distintos servicios para la ayuda y prevención. Durante el confinamiento los servicios del CEM han estado cerrados y a cambio se han conformado 209 equipos itinerantes para acudir a los domicilios de las víctimas y, en caso de que no pudiesen, se delega a la Policía⁵⁵.

Si bien el Estado peruano dictó medidas de prevención y atención en casos de violencia contra la mujer, principalmente, a partir del pedido de auxilio realizado a la Línea 100, no se puede afirmar que este canal esté al alcance de las mujeres y NNA en condiciones de vulnerabilidad, considerando las barreras de idioma, la situación de pobreza, la edad y la dificultad para acceder a la información. Por otro lado, al inicio de la cuarentena, solo había 14 hogares de refugio temporal a nivel nacional, por lo que, en atención a la cantidad de casos que se vienen presentando, es claro que este número es insuficiente⁵⁶.

Asimismo, el Poder Ejecutivo publicó el Decreto Legislativo N°1470⁵⁷, que plantea reglas que agilizan el dictado de medidas de protección frente a casos de violencia contra la mujer y el grupo familiar, y menciona que la actuación de la/os operadores del servicio deberán regirse bajo el respeto de los derechos humanos, quedando prohibidos actos de discriminación por orientación sexual e identidad de género. Pese a la importancia de este Decreto, es necesario mejorar las estrategias para hacer efectiva la denuncia de casos de violencia que sufren NNA.

⁴⁸ Ibidem.

⁴⁹ Ibidem.

Cabe mencionar que en este registro no se registró data durante abril, mayo y junio, por lo tanto no hay un registro exacto y único de violencia contra las mujeres y niñas durante la emergencia sanitaria.

⁵⁰ Congreso de la República. [Sesión extraordinaria de la Comisión de la Mujer y Familia](#). 12 de mayo de 2020.

⁵¹ Defensoría del Pueblo, Nota de Prensa N° 518/OCII/DP/2020, '[Defensoría del pueblo expresa preocupación sobre la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes](#)', 3 de julio de 2020.

⁵² Agencia EFE, '[Doce feminicidios y 226 violaciones deja la cuarentena por el COVID-19 en Perú](#)', 9 de mayo de 2020.

⁵³ Defensoría del Pueblo, '[¿Qué paso con ellas durante la cuarentena?](#)', mayo 2020.

⁵⁴ Congreso de la República, [sesión extraordinaria de la Comisión de la Mujer y Familia](#), (2020)

⁵⁵ Agencia EFE, '[Doce feminicidios y 226 violaciones deja la cuarentena por el COVID-19 en Perú](#)', 9 de mayo de 2020.

⁵⁶ La Ley, '[El Ángulo Legal de la Noticia. Violencia contra las mujeres en tiempo de cuarentena](#)', 21 de abril de 2020.

⁵⁷ Diario Oficial El Peruano, [Decreto Legislativo N°1470: Decreto legislativo que establece medidas para garantizar la atención y protección de las víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar durante la emergencia sanitaria declarada por el covid-19](#), 26 de abril de 2020.

- **Embarazos forzados en niñas y adolescentes**

El embarazo adolescente en Perú es un problema de salud pública que vulnera los derechos humanos y se mantiene estable desde hace 15 años aproximadamente. Según datos oficiales, 13 de cada 100 adolescentes entre 15 y 19 años son madres o están embarazadas por primera vez y el 71% de estos embarazos no fueron deseados⁵⁸. Según ENDES, los mayores porcentajes de adolescentes que eran madres o que estaban embarazadas con el primer hijo tenían sólo educación primaria (41,7%)⁵⁹, provenían del área rural (22,7%) o de la Selva (23,5%), y pertenecían en el quintil inferior de riqueza (24,9%)⁶⁰.

El MIMP reportó que el 34% de niñas y adolescentes entre 10 y 19 años víctimas de violación sexual resultaron embarazadas⁶¹. Por su lado, el Ministerio de Salud (MINSA) informó entre 2012 y enero de 2018, el Seguro Integra de Salud (SIS) cubrió los gastos de atención de más de 150 mil niñas y adolescentes embarazadas, cuyas edades oscilan entre los 9 y 17 años, lo que significa que diariamente el SIS financió el parto de 70 niñas, púberes y adolescentes⁶².

Según el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en línea, en el año 2019 se registraron 21,781 nacimientos de madres menores de 17 años⁶³, y entre enero a agosto⁶⁴ de 2020 se reportaron 10,571 casos de madres niñas y adolescentes menores de 17 años, como se exhibe en la siguiente tabla.

RECIEN NACIDO SEGÚN EDAD DE LA MADRE 2020		
MESES	EDAD	
	12-17 años	-11 años
Enero	1331	
Febrero	1361	2
Marzo	1432	2
Abril	1506	2
Mayo	1567	6
Junio	1597	2
Julio	1675	4
Agosto	84	
TOTAL	10 571	

Elaboración propia. Fuente: Portal del Registro del Certificado de Nacido Vivo en línea

⁵⁸ Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, Equipo de Seguimiento Concertado a las Políticas de Salud Sub Grupo, 'Prevención del Embarazo en Adolescentes', Alerta No. 1-2018-SC/MCLCP, [Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó](#), 12 de junio del 2018, pág. 4.

⁵⁹ INEI, ENDES, 2018, *supra* note 4, pág. 104.

⁶⁰ INEI, ENDES, 2018, *supra* note 4, pág. 105. Estando en el otro extremo las ubicadas en el quintil superior de riqueza (3,3%)

⁶¹ Fondo de Población de Naciones Unidas, AECID y otros (2009). Hoja de datos, 3. Violencia contra las mujeres adolescentes.

⁶² Ministerio de Salud, nota de prensa, *Más de 150 mil menores embarazadas atendió el SIS a nivel nacional*, 1 de febrero de 2018.

⁶³ Portal de Ministerio de Salud, consultar: [certificado de nacido vivo](#)

⁶⁴ Portal de Ministerio de Salud, consultar: [certificado de nacido vivo](#).

Estos datos son alarmantes considerando que en Perú *toda relación sexual con una menor de catorce años se considera violación*⁶⁵ por lo que una niña menor de 14 años embarazada es una niña víctima de violación sexual con un embarazo forzado y, al no proveerle la posibilidad para que decida sobre éste, el Estado impone una maternidad no deseada.

2) Mortalidad materna y violencia obstétrica

De la información obtenida por UNFPA señala que una mujer peruana muere por cada día por causas relacionadas con el embarazo y parto que pudieron ser prevenidas y ello se debe al limitado acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según el estimado de las Naciones Unidas, el número de partos asistidos por personal de salud calificado a nivel nacional aumentó de 59% en 2000 a 93% en 2015. En áreas rurales fue aún más pronunciado: de 64% a 75%. Sin embargo, el parto en el domicilio en zonas rurales es aún alto (23%), en especial en la Amazonía⁶⁶. La MM tiene además diferencias geográficas marcadas dentro del territorio; la Sierra y la Selva cuadruplican la tasa de muerte materna de la costa y según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en las zonas rurales la hemorragia obstétrica es causante de más de 50% de los casos de MM⁶⁷.

Según el Ministerio de Salud (MINSa), entre 2014 y 2017 el promedio de mortalidad materna (MM) en menores de 19 años fue el 13,8%⁶⁸. Similarmente, durante 2018 hubo 362 casos de muerte materna a nivel nacional, de los cuales 49 son niñas y adolescentes menores de 19 años, siendo que las niñas entre 10 y 14 años tienen cuatro veces más riesgo de morir durante el parto que una mujer adulta⁶⁹. Si bien durante 2019 el porcentaje de MM se redujo a 10,9%, las muertes en menores de 17 años incrementaron llegando al 6,1% de muertes maternas⁷⁰ y hasta mayo de 2020, se había reportado una MM de 14,9% en adolescentes de 19 años o menores⁷¹.

Dentro de las causas de MM en adolescentes se encuentran: la demora en acudir a los servicios de salud y las barreras para encontrar servicios de salud que las atiendan. La demora en la atención de salud está asociada, entre otros: la falta de disponibilidad de los servicios por el incumplimiento del horario de atención; personal no capacitado; el incumplimiento de protocolos y, muchas veces, esta demora se impone como “castigo”⁷².

Además, la maternidad precoz es un factor de riesgo para la salud de las adolescentes, no sólo en cuanto el aborto figura entre las cinco causas principales de muerte entre las mujeres de 15 y 19 años, sino también debido al alza de suicidios en adolescentes embarazadas⁷³.

⁶⁵ [Decreto Legislativo No. 632. Código Penal](#), Publicado el 8 de abril de 1991. Artículo 173.

⁶⁶ <https://peru.unfpa.org/es/temas/salud-sexual-y-reproductiva-5>

⁶⁷ Dirección General de Epidemiología: [Muerte materna en el Perú 2001-2011](#). Lima MINSa-UNFPA, 2013.

⁶⁸ Respuesta del Ministerio de Salud a una solicitud de información pública realizada mediante Carta No. 08-2017-SIS/OGIIT. Base de datos del Sistema Integral de Salud 2016.

⁶⁹ Respuesta del Ministerio de Salud a una solicitud de información pública realizada mediante Oficio No. 761-2019 de fecha 14 de abril de 2019, pág. 4.

⁷⁰ Ministerio de Salud (MINSa), [Boletín Epidemiológico del Perú, SE 52-2019](#), pág. 1337.

⁷¹ Ministerio de Salud (MINSa), [Número de muertes maternas anual y hasta la SE 21, 2000-2020](#).

⁷² PROMSEX. *Historias para no olvidar*, supra nota 27. Entre los resultados de esta investigación: sobre las adolescentes fallecidas, cuatro tenían 15 años o menos y seis tenían entre 16 y 18 años al momento de fallecer; respecto a las causas de su fallecimiento, en tres de los casos sus muertes estuvieron asociadas al aborto y dos se dieron por causas indirectas, reportándose un suicidio y una fallecida durante el puerperio, respecto al control natal, solo cuatro de ellas tuvieron algún tipo de control; dos de los fallecimientos ocurrieron en el primer trimestre, uno en el segundo, tres en el tercero y dos murieron durante el puerperio.

⁷³ INEI. Perú: [Situación Social de las Madres Adolescentes, 2007](#). Lima: INEI, 2010.

Desde el 16 de marzo, fecha en que se decretó el estado de emergencia sanitaria, se discontinuó la asistencia sanitaria materna, incluida la atención pre y postnatal, la asistencia durante el parto y atención obstétrica de emergencia. Se suspendieron las consultas externas en las 8 mil postas y centros de salud que son los servicios más cercanos a la población. Mientras la epidemia se abría paso en Perú, no hubo en ese momento protocolos ni directivas claras para atender a las mujeres gestantes⁷⁴. Se suspendieron los controles prenatales y con ello la posibilidad de detectar complicaciones de alto riesgo.

Durante mes y medio el personal de salud no contó con un protocolo para saber cómo atender a las gestantes, fue recién el 23 de abril, que se aprobó la Directiva Sanitaria antes mencionada en la cual se señala que hospitales y centros de salud deben garantizar atención de partos las 24 horas⁷⁵, asegurando la disponibilidad de recursos⁷⁶.

Frente a esos riesgos a la salud y vida de las mujeres, preocupa que la Directiva antes mencionada plantee que se valorará el acceso a aborto terapéutico solo cuando está en riesgo la vida de la mujer, dejando por fuera los casos de riesgo a la salud, reconocidos como causal en las leyes y normas nacionales. Asimismo, se restringe el acceso solo a las mujeres con COVID-19, dejando en total desprotección a mujeres gestantes, sin COVID-19, que presenten riesgos para su vida y salud producto de un embarazo.

- ***Violencia Obstétrica y la discriminación interseccional experimentada por las mujeres indígenas y rurales del Perú***

La violencia obstétrica es un tipo de violencia de género⁷⁷ y una vulneración de los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes, no solo de carácter sexual y reproductivo, sino también involucra los derechos a la vida, a la salud, su integridad física, su intimidad, su autonomía, a no sufrir discriminación y no recibir tratos crueles, inhumanos o degradantes⁷⁸. Este tipo de violencia se encuentra incorporado en el Plan Nacional Contra la Violencia de Género 2016-2021⁷⁹.

La Defensoría de Pueblo, ha reportado que la violencia obstétrica es uno de los factores que influyen en las tasas de MM, siendo que sólo en 2017 se registraron 377 casos⁸⁰. Además, se ha documentado que la asistencia de las mujeres indígenas, campesinas y rurales a los establecimientos de salud para recibir servicios de salud sexual y reproductiva *está condicionada por un conjunto de factores que les generan desconfianza y temor y, en consecuencia, las disuade de acceder a estos servicios.*

De acuerdo con informes de la Defensoría, a las mujeres embarazadas de zonas rurales y con pocos recursos económicos, particularmente a las quechuahablantes,

⁷⁴ Ojo Público, [nacer en tiempos de pandemia sin equipos de atención](#), 9 de junio de 2020.

⁷⁵ Directiva Sanitari, 2020, *supra* nota 112.

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ Salud con Lupa, *Qué es violencia obstétrica?*, 1 de marzo.

Ojo Público, *Un llamado de emergencia por las niñas de América Latina*, 7 de junio de 2019.

⁷⁸ Asamblea General. [Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias acerca de un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia contra la mujer en los servicios de salud reproductiva, con especial hincapié en](#), 11 de julio de 2019. UN Doc., A/74/137.

⁷⁹ Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Decreto Supremo N.º 008-2016-MIMP que aprueba el "[Plan Nacional Contra la Violencia de Género](#)" 2016 - 2021. Lima: 2016. "violencia obstétrica comprende todos los actos de violencia por parte del personal de salud con relación a los procesos reproductivos y que se expresa en un trato deshumanizador, abuso de medicación y patologización de los procesos naturales, que impacta negativamente en la calidad de vida de las mujeres".

⁸⁰ Defensoría del Pueblo, nota de prensa. "Propuesta de Defensoría del Pueblo para la implementación de una norma que prevenga la violencia obstétrica, fue acogida por Minsa", 16 de febrero de 2018.

“se les grita, no las orientan, incluso durante el parto”⁸¹ y por ello, éstas deciden no volver a buscar atención en salud debido a “la desconfianza y a que a veces sienten vergüenza en los centros de salud”⁸². De hecho, la Defensoría ha alertado que “el personal de salud condiciona a la mujer [indígena] a dar a luz en el establecimiento a cambio de recibir los beneficios del seguro o el certificado de nacido vivo”⁸³. Similarmente, la organización *Physicians for Human Rights* encontró evidencia de que proveedores de salud consideran las costumbres indígenas “atrasadas” o “ignorantes” y les imponen a las mujeres “multas” cuando dan a luz en sus casas⁸⁴.

Desde el decreto de emergencia sanitaria por COVID-19 los hospitales de mayor complejidad que atendían partos se convirtieron en centros de referencia para personas con COVID-19, y los controles prenatales en estos establecimientos también fueron suspendidos y con ello la posibilidad de detectar complicaciones de alto riesgo. Tanto las barreras innecesarias como la ausencia de la atención oportuna a las mujeres en trabajo de parto deben considerarse violencia institucional⁸⁵ - violencia obstétrica- ejercida contra las mujeres y en particular las niñas que se exponen a embarazos de alto riesgo que afecta su salud física, mental y social.

Todo ello, sin que las mujeres pudieran acceder a servicios alternativos como visitas obstétricas domiciliarias o atenciones vía telesalud o previa cita. Recién el 23 de abril, que se aprobó la Directiva Sanitaria se señala que hospitales y establecimientos de salud deben garantizar atención de partos las 24 horas, asegurando la disponibilidad de recursos.

3) Acceso a métodos de anticoncepción modernos y gama completa de información y medicamentos esenciales

Según información del MINSa, durante el 2016 y hasta marzo 2017, de las 2,832 niñas y adolescentes entre 12 y 17 años que fueron víctimas de violación sexual, *solo 26 accedieron a la AOE o a algún otro método de anticoncepción*⁸⁶. Asimismo, se reportó que, en 2018, 12,687 mujeres y, tan solo, 1,509 niñas y adolescentes de 12 a 17 años accedieron al AOE⁸⁷.

Según una supervisión realizada por la Defensoría a 91 establecimientos de atención integral para adolescentes, sólo el 18,7% entrega AOE y el 36.3% no tiene capacitaciones para los operadores de salud en salud sexual y reproductiva de adolescentes. El 25,3% exige además la presencia de los progenitores⁸⁸.

⁸¹ Defensoría del Pueblo del Perú. *'Derecho a la Salud Materna. Seguimiento de las Recomendaciones Defensoriales a Establecimientos de Salud en Arequipa, Junín, Lima, Piura y Puno'*. Serie de Informes de Adjuntía- Informe N°001-2017-DP/ADM. 2016, pág. 86.

⁸² Ibidem

⁸³ Defensoría del Pueblo del Perú. *'La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural'*. Serie Informes Defensoriales – Informe N°169, pág. 55.

⁸⁴ Physicians for Human Rights. *Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú: un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura*. 2007, pág. 11.

⁸⁵ Definida la violencia institucional, en términos de Bruyn como una “forma específica de abuso que comprende daño físico y psicológico a personas como resultado de condiciones estructuralmente inadecuadas en sistemas públicos” y “se manifiesta como: negar tratamiento sin referir a otros servicios para recibir asistencia oportuna, largas esperas para ser atendida en las instalaciones de salud, negación de medicamentos (...)” Revista de la Universidad Industrial de Santander. Suarez, Pablo entre otros. Artículo científico. *“Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible”*, 15 de marzo de 2019

⁸⁶ Respuesta del Ministerio de Salud a solicitud de información pública No. 027-2018 de fecha 9 de febrero de 2018, mediante Oficio No 649-2018-DGIESP-MINSA de fecha 12 de marzo 2018 del MINSa, pág. 7.

⁸⁷ Respuesta del Ministerio de Salud a solicitud de información pública, mediante Oficio No 652-2019 de fecha 22 de marzo de 2019.

⁸⁸ Ibidem.

Es importante recordar que desde octubre de 2009 la AOE no estuvo disponible en el sector público por una Sentencia del Tribunal Constitucional⁸⁹ en un proceso promovido por una ONG religiosa y, por ello, tampoco se brindaba información sobre la misma. Actualmente, la obligación de provisión de AOE se debe a una medida cautelar dictada por el 1er Juzgado Constitucional de Lima en agosto de 2016, que fue confirmada a través de una decisión judicial del mismo juzgado en 2019, en el marco de un proceso de amparo acompañado por PROMSEX⁹⁰. *Sin embargo, este proceso sigue abierto, pues no hay una sentencia definitiva.*

La prohibición de la distribución gratuita de la AOE afecta los derechos fundamentales de las mujeres más pobres y de las víctimas de violación sexual, que son –en su mayoría– menores de edad (71%) y se encuentran expuestas a embarazos forzados producto de esta violencia⁹¹. De esta manera, la Defensoría *llamó al MINSA a adoptar las medidas necesarias para garantizar la ejecución del fallo del Poder Judicial que le ordena a informar y distribuir gratuitamente la AOE*⁹².

Así, en el 2019 se aprobó la *Directiva Sanitaria para el uso del KIT para la Atención de casos de Violencia Sexual*⁹³, que indica que todos los hospitales y establecimientos de salud deben garantizar la atención a casos de violencia sexual con el KIT de emergencia, el cual *dispone la AOE como un insumo científico de atención a víctimas de violación sexual*. A pesar de ello, y que el Decreto Supremo No. 009-2016-MIMP dispone que el Instituto de Medicina Legal (IML) entregue estos insumos a las víctimas, *el IML se niega a cumplir con ello señalando que no es su competencia, lo cual ocasiona que miles de víctimas de violación no accedan a la AOE, atentando contra su derecho a la salud*⁹⁴. A esto se suma la inexistencia de una ruta de atención específica para las víctimas de violencia en los servicios de salud y el falta de capacitación del personal sobre los procedimientos a seguir y los componentes que conforman el KIT (Anticoncepción oral de emergencia, prueba de embarazo, descartar rápido de VIH/Hepatitis/sífilis, medicamentos antirretrovirales, vacuna contra el tétanos y la difteria, y material requerido para la aplicación). De este modo, al no contar con el KIT completo, ni una ruta de atención específica, las víctimas de violencia sexual no reciben la atención especializada que requieren y, en muchos casos, la anticoncepción oral de emergencia para evitar embarazos no deseados.

Asimismo, la emergencia sanitaria a consecuencia del COVID-19 ha agudizado la dificultad de acceder a métodos anticonceptivos modernos en el Perú, la provisión de métodos anticonceptivos por el sistema público se vio interrumpida desde el mes de marzo con el establecimiento de la cuarentena, y esto tendrá como consecuencia un aumento de embarazos no planeados o deseados. Según la representante del UNFPA en el Perú “la proporción de uso de métodos anticonceptivos modernos en el Perú es de 55%, una tasa significativamente menor que el promedio regional de 70%. De ese 55% que usa métodos anticonceptivos modernos, 54,2% de las mujeres los reciben de los servicios públicos y el 45% los reciben de los servicios privados, dentro de ellos, 8 de cada 9 los adquiere en farmacias”⁹⁵. *En tanto la provisión de los*

⁸⁹ Tribunal Constitucional, Sentencia, [Expediente No. 02005-2009-PA/TC \(2009\)](#), Lima, 16 de octubre de 2009.

⁹⁰ Primer Juzgado Especializado en lo Constitucional de Lima, [Expediente No. 30541-2014-0-1801-JR-CI-01](#), Acción de Amparo, Resolución No. 47, Lima, 02 de julio de 2019.

⁹¹ Defensoría del Pueblo, Pronunciamiento 05/DP/2016, [Defensoría del Pueblo reitera su posición institucional sobre la distribución de la AOE](#), 16 de agosto de 2016.

⁹² Defensoría del Pueblo. Nota de Prensa No. 202/OCII/DP/2019, [Defensoría del Pueblo: ministerio de salud debe ejecutar fallo que le ordena distribuir gratis “píldora del día siguiente”](#), 4 de julio de 2019.

⁹³ Resolución Ministerial No. 227-2019/MINSA de 8 de marzo de 2019, mediante la cual se aprueba la *Directiva Sanitaria No. 083-MINSA/2019/DGIESP “Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de Violencia Sexual”*.

⁹⁴ La República, [Aún hay trabas en entrega de la píldora del día siguiente](#), 28 de octubre de 2019.

⁹⁵ El Comercio, [“El acceso a anticonceptivos ha sido afectado en el contexto del COVID-19”](#), 25 de mayo de 2020.

métodos anticonceptivos por el sistema público se vio interrumpida desde el mes de marzo con la decisión de cuarentena, mientras que las farmacias privadas siguieron funcionando, pero se reportó un incremento inusitado del precio de los medicamentos, sólo aquellas mujeres con capacidades económicas y geográficas han podido adquirirlos lo que implica la discontinuidad de estos servicios para las mujeres en condiciones de vulnerabilidad.

Asimismo, UNFPA mencionó que se incrementarán entre 50 mil y 100 mil los nacimientos no planificados entre 2020 y 2021, si es que el Perú no se mantiene los programas de planificación sexual durante la pandemia del coronavirus. Las estadísticas oficiales nos muestran que alrededor de 600,000 partos anualmente en el Perú. De ellos, el 40%, aproximadamente 250,000 nacimientos, no son planificados⁹⁶. Esta proporción está directamente relacionada con el bajo uso de métodos anticonceptivos modernos en el país.

4) Barreras persistentes en el acceso al aborto terapéutico y criminalización a las mujeres por aborto

El artículo 119 del Código Penal peruano permite el aborto terapéutico *para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente*⁹⁷, el único supuesto de aborto no punible. Sin embargo, incluso dentro de esta causal, el acceso al aborto es muy limitado.

Luego de las decisiones del caso *K.L. c. Perú*⁹⁸ y por este Comité en el caso *L.C. c. Perú* (2011)⁹⁹, en 2014 finalmente Perú promulgó la “*Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal*” [en adelante la “*Guía Técnica*” o “*Guía*”]¹⁰⁰. No obstante, esta Guía presenta deficiencias por lo que persisten barreras para acceder al aborto terapéutico. Entre ellas:

- El límite de 22 semanas de gestación incluido en la Guía Técnica, *aun cuando el artículo 119 del Código Penal no establece dicho límite temporal*. Esto es especialmente grave en cuanto el aborto terapéutico en Perú debería proveerse ante *cualquier embarazo que ponga en riesgo la vida o la salud de las mujeres* y un límite gestacional puede obligar a una niña a continuar con un embarazo no deseado y de alto riesgo, lo cual tiene graves afectaciones para su salud e incluso puede ocasionar su muerte (*supra*, sección I).
- La implementación de la Guía Técnica se da bajo una interpretación restrictiva del aborto terapéutico, pues *efectivamente no se brinda atención a las posibles afectaciones graves a la salud, tales como la salud mental*. En tal sentido, los servicios de salud se están comportando como agentes de victimización secundaria, al no atender adecuadamente a las adolescentes embarazadas

⁹⁶ Diario Oficial El Peruano. [UNFPA: Pandemia incrementaría en 40% nacimientos no planificados en el país durante 2020-2021](#).

⁹⁷ Código Penal, 1991, *supra* nota 22, artículo 119 el cual establece que “No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”.

⁹⁸ Comité de Derechos Humanos, *K.L. vs. Perú*, Comunicación No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/ C/85/D/1153/2003 (2005), para 8.

⁹⁹ Comité CEDAW, *L.C. c. Perú*, Comunicación No. 22/2009, U.N. Doc. CEDAW/C/50/D/22/2009 (2011), para 9.2. [Comité CEDAW, *L.C. c. Perú*]

¹⁰⁰ Ministerio de Salud, [Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el](#), aprobada mediante Resolución No. 486-2014/MINSA, 27 de junio del 2014, Lima.

- producto de una violación sexual y no evaluar de manera integral el impacto que esta situación les genera a nivel psicológico, social y económico.
- Es una Guía carente de enfoque de niñez, por lo que niñas y adolescentes son tratadas como mujeres adultas y madres-en-potencia.
 - En la práctica se exigen requisitos *no contemplados en la Guía Técnica*, como la denuncia policial por violación sexual. En este sentido, no se garantiza la disponibilidad del aborto terapéutico para niñas víctimas de violación cuyos embarazos ponen en riesgo su vida, salud mental, física y social, forzándose sus embarazos y maternidades.
 - Ausencia de información disponible y pública sobre la legalidad del aborto terapéutico.

Todo lo anterior, promueve un ciclo de discriminación generalizada basada en género, que afecta de manera desproporcionada a mujeres jóvenes provenientes de entornos pobres, vulnerables y rurales. Esto consolida un ciclo de pobreza y discriminación que perpetua un continuo estado de desigualdad.

Según datos oficiales del MINSA, entre julio de 2014 al 2016, el número de mujeres que accedieron a una interrupción del embarazo por indicación terapéutica fue: 153 en el 2014, 453 en el 2015¹⁰¹ y 311 en el 2016¹⁰². No obstante, ante la ausencia de información pública actualizada sobre la solicitud y atención de una interrupción voluntaria del embarazo, no se llegan a conocer, en su totalidad, los casos de denegación de este servicio.

Cinco casos de los años recientes (2017, 2018 y 2019)¹⁰³ de niñas que fueron violentadas sexualmente y que no pudieron acceder a una interrupción legal del embarazo ejemplifican claramente las consecuencias de esta interpretación restrictiva, en particular el no valorar la afectación a la salud integral, incluyendo la salud mental.

Por otro lado, el 17 de abril de 2019 se aprobó mediante Decreto Supremo¹⁰⁴, el *Protocolo de actuación conjunta entre los CEM y los establecimientos de salud*

¹⁰¹ Respuesta del Ministerio de Salud a la solicitud de acceso a información pública: Exp.16-051635-001

¹⁰² Respuesta del Ministerio de Salud, a la solicitud de información pública: Número de mujeres a quienes se les ha practicado interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica por meses según departamentos desde julio 2014 a 2016.

¹⁰³ **El primero caso**, en Lima, una niña N.G.R.H de 13 años quien acudió el 30 de enero y el 7 de marzo de 2019 al Hospital Nacional Edgardo Rebagliati por presentar complicaciones en su gestación. Los médicos no le informaron sobre los riesgos del embarazo y la posibilidad de acceder a la evaluación de una Junta Médica que, por indicación terapéutica, recomendará la interrupción del embarazo. Según lo referido por la Defensoría, los hechos demuestran que la madre no se sintió conforme con la atención recibida por su hija y acudió a la Maternidad de Lima para solicitar una segunda opinión técnica. La Defensoría intervino por la vulneración del derecho a la salud de N.G.R.H. Diario Correo, [El drama de la niña N.G.R.H.: Tantas veces ultrajada](#), 31 de marzo de 2019. **El segundo caso**, en Lima, una niña M.F.A.M de 13 años falleció luego de dar a luz el 26 de febrero de 2019 en el Hospital San Juan de Dios de Pisco, en Ica. Ni a ella, ni a su familia le dieron consejería adecuada sobre los riesgos del embarazo y su derecho a un aborto terapéutico. Se le sometió a una cesárea a los nueve meses de embarazo al complicarse su estado de salud. La Mula, [Una niña muere por parir "su bendición"](#), 7 de marzo de 2019. **El tercer caso**, en Jaén (Cajamarca) una niña de 10 años fue violada por su tío, a consecuencia de ello quedó embarazada. En agosto de 2017 se conoció que llevaba 6 meses de gestación y se diagnosticó que el embarazo era de alto riesgo, a pesar de ello, no le practicaron el aborto terapéutico. **El cuarto caso**, en Piura (norte del Perú), NCMC, niña de 12 años, fue víctima de violación sexual por un familiar cercano. A consecuencia de ello, quedó embarazada cuando cursaba el tercer grado de primaria. En el centro de salud al cual acudió en reiteradas veces durante su embarazo, no le informaron respecto al derecho a acceder a un aborto terapéutico. Tuvo un parto complicado por su edad y en la actualidad cuida de su hijo, sin ningún apoyo o atención del Estado. **El quinto caso**, en Madre de Dios (sureste del Perú), J.N.L.J, niña de 11 años, fue víctima de violación sexual, a consecuencia de ello, quedó embarazada. Por esta razón, la madre de la niña solicitó al Director del Hospital Santa Rosa se le practique un aborto terapéutico, y con fecha 14 de mayo de 2018 le notificaron la denegación de su solicitud sin mayor motivación, por lo que J.N.L.J tuvo que continuar su embarazo (Nuestra institución interpuso una queja ante la Oficina Defensorial de Madre de Dios contra el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, el 17 de mayo de 2018.)

¹⁰⁴ Ministerio de Salud. (2019). Decreto Supremo N°008-2019-SA ["Protocolo de actuación conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer -CEM y los Establecimientos de Salud – EE.SS. para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N°30](#). Nota al pie 58.

(EE.SS.) para la atención de las víctimas de violencia contra las mujeres, el cual establece un conjunto de criterios para la atención coordinada, integral y eficaz, en el cual se incluye la valoración de la afectación que un embarazo producto de violación tiene a fin de proceder a ofrecer y garantizar un aborto terapéutico. Sin embargo, la indicación para garantizar el acceso a un aborto terapéutico aparece en una cita al pie de página y *no es parte integral de la normativa, por lo que deja a la discrecionalidad de los funcionarios el acceso a este derecho.* Además, que no cuenta con mecanismos claros de funcionamiento, guías de actuación o lineamientos específicos a las diferentes realidades del país. En ese sentido, no logra articular los servicios mencionados para ofrecer una atención inmediata y eficiente a las víctimas. Por el contrario, la falta de coordinación entre los CEM y EE.DD genera episodios de revictimización y dificulta el acceso de las víctimas a su derecho a la salud y a la justicia.

Como se ha descrito líneas precedentes en el Perú tenemos un serio problema de embarazo infantil, la gran mayoría producto de violaciones, a esto se suma las barreras estructurales *que en la práctica no permiten el acceso efectivo al aborto terapéutico para mujeres y niñas, con especial agravante para las sobrevivientes de violencia sexual.* De los escasos servicios que prestaban el servicio de aborto terapéutico que no sobrepasan de 10 a nivel nacional, en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19 se han reducido a solo 1 establecimiento, generando el inaccess a un servicio esencial para aquellas niñas y adolescentes que se han visto forzadas a continuar un embarazo producto de la violación sexual.

Respecto al acceso al aborto terapéutico, desafortunadamente la *Directiva Sanitaria No. 94-MINSA/2020/DGIESP* plantea únicamente que se deberá “valorar finalizar el embarazo en cualquier momento, en caso se encuentre en riesgo la vida de la gestante infectada por COVID-19”¹⁰⁵. Es decir, se “valorará” el acceso aborto terapéutico solo cuando está en riesgo la vida de la mujer gestante, dejando por fuera los casos de riesgo a la salud, ello, en contravención de lo que señala la *Guía Técnica (2014)* y el *Código Penal*. Asimismo, se restringe el acceso solo a las mujeres con COVID-19, dejando en total desprotección a mujeres gestantes, sin COVID-19, que presenten riesgos para su vida y salud.

De acuerdo con el MINSA, la atención de partos en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) se incrementó notablemente durante el estado de emergencia nacional. Solo en abril, se registraron 506 partos más respecto al mismo mes del 2019. Antes de la cuarentena el promedio de partos en el INMP era de 52 al día y actualmente, es de 70 aproximadamente. Esta situación se debe a que el INMP es el centro de referencia a escala nacional para atención materna y perinatal, y *los establecimientos de salud de primer nivel que ofrecen el servicio de maternidad han tenido que ampliar la oferta de atención para pacientes con COVID-19*¹⁰⁶.

Como resultado de esta situación y la falta de atención en salud materna, se han registrado hasta abril *106 muertes maternas a nivel nacional*, tres de ellas por infección de COVID-19, lo cual además podría estar relacionado con la interrupción del control prenatal durante la cuarentena¹⁰⁷. Al 16 de agosto la cifra de muertes maternas asciende a 270 a nivel nacional¹⁰⁸ Además, se registró que dos hospitales

¹⁰⁵ MINSA, *Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por COVID-19*, [Directiva Sanitaria N° 094 -MINSA/2020/DGIESP](#). April 23, 2020, párr. 6.3 y 6.2.15.

¹⁰⁶ Ibidem, párr. 6.3.14.

¹⁰⁷ El Comercio, *Más de 1900 bebés nacieron en abril en el Instituto Nacional Materno Perinatal, informó el MINSA*, 10 de mayo 2020.

¹⁰⁸ https://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=14&Itemid=121

de Piura les pusieron trabas a las mujeres gestantes en trabajo de parto para su atención; pese a que la reciente *Directiva Sanitaria* ordena a hospitales y centros de salud a garantizar atención de partos las 24 horas¹⁰⁹, así como colocar anuncios visibles en todas las áreas del establecimiento de salud con mensajes a la población asegurando la disponibilidad de recursos.

- ***Criminalización de las mujeres por aborto: la obligatoriedad de denuncia desde los servicios de salud***

El aborto en el Perú está permitido cuando la vida o salud de la mujer está en riesgo, para los casos de malformaciones congénitas y violación sexual esta penalizado¹¹⁰; aunque la sanción penal es denominada “simbólica”, aun estigmatiza y confina a las mujeres a la ilegalidad y recurrir a abortos clandestinos que implican graves riesgos para su vida y salud, creando una barrera de acceso al aborto legal.

Los datos oficiales del MINSA revelan los graves efectos de esta situación: durante el periodo 2014 al 2016 murieron 86 mujeres por aborto no atendido oportunamente, de las cuales 6 fueron niñas y adolescentes¹¹¹. Esta situación es alarmante y evidencia el miedo de los proveedores de salud a la criminalización¹¹².

Ello ha generado que, durante el periodo 2016-2017 se ingresaran ante las Fiscalías Provinciales Penales y Mixtas a nivel nacional¹¹³, 1,158 denuncias contra adolescentes por la presunta comisión del delito de aborto Asimismo, el PNP registró de enero a diciembre de 2017, 287 denuncias por delitos de aborto¹¹⁴, las mismas que, actualmente, se encontrarían involucradas en investigaciones penales; y durante los años 2014 y 2015, al menos 20 mujeres se encontraron privadas de su libertad por haberse practicado un aborto y otras 3 personas habrían recibido condenas que establecían penas limitativas de derechos por este tipo de delitos¹¹⁵. Según el Poder Judicial, durante el 2017 y 2018, 231 mujeres mayores de 18 años han sido procesadas por la presunta comisión del delito de aborto¹¹⁶.

¹⁰⁹ Wayka, Piura: *'Niegan Atención a gestante en hospital colapsado tras crisis de COVID 19'*.

¹¹⁰ [El Código Penal Peruano](#) tipifica en el 'artículo 114.- Autoaborto. La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique, será reprimida con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de cincuenta y dos a cieno cuatro jornadas. Así también, en el artículo 120.- Aborto sentimental y eugenésico. El aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses: 1. Cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio, siempre que los hechos hubieren sido denunciados o investigados, cuando menos policialmente; o 2. Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico'.

¹¹¹ Respuesta del Ministerio de Salud a la solicitud de información pública **PROMSEX N.º 151-2016: Expediente Nro. 16-051635-00.**

¹¹² Ello, incluso, cuando la atención de aborto incompleto constituye, según las *Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas*, una emergencia obstétrica en tanto puede conllevar a mortalidad materna y no debe ser considerado como un aborto. Ministerio de Salud, *Guías de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas*, 2007.

¹¹³ Respuesta a la solicitud de acceso a la información del Ministerio Público Oficio N°810-2017-MP-FN-GG-OCPLAP/03 de fecha 16 de mayo de 2017.

¹¹⁴ Fuente: Regiones y Ftes Policiales PNP. Elaboración: DIRTIC-PNP/DIVEST 2017

¹¹⁵ Oficio N° 091-2015-INPE/07-04, de fecha 14 de octubre de 2015, remitido por la Unidad de Estadística del Instituto Nacional Penitenciario y Carta N° 133-2016-INPE/09, de fecha 27 de junio de 2016, remitida por la Oficina General de Administración del Instituto Nacional Penitenciario (INPE)

¹¹⁶ Gerencia General del Poder Judicial, Oficio No. 323-2019-SG-GG-PJ. Solicitud de acceso a información pública sobre denuncias por el delito de aborto y el estado de estas, reporte de cantidad de procesos ingresados en los años 2017 y 2018 (21 de marzo de 2019). Solo se registra 73 sentencias condenatorias por el delito de aborto y sus modalidades a nivel nacional por lo que, las demás mujeres continúan enfrentando un proceso penal en sus diferentes etapas.

Detallamos algunos casos de mujeres criminalizadas por aborto:

Primer caso, L.S.V, niña que a la fecha tiene 14 años, quien fue víctima de violación sexual, de forma reiterada, por su progenitor, a consecuencia de ello quedo embarazada. Fue ingresada al hospital por presentar “dolor abdominal tipo cólico” después de 11 horas de internamiento se le diagnostica aborto incompleto. La Segunda Fiscalía Provincial Civil y Familia de Abancay (Carpeta Fiscal N° 06-2018-MP-2daFPCF-Abancay) atribuyó a L.S.V la presunta infracción a la ley penal contra la vida, el cuerpo y la salud en la modalidad de autoaborto y alternativamente aborto sentimental, en la audiencia realizada el 16 de agosto de 2018 el Segundo Juzgado de Familia de Abancay (Expediente N° 490-2018) declaró responsable a L.S.V por la infracción a la ley penal contra la vida, el cuerpo y la salud en la modalidad de aborto sentimental y dictó medidas de protección. **Segundo caso**, E.M.P (17 años). El 27 de octubre de 2016 se condenó a E.M.P en calidad de autora por infracción

El artículo 30 de la Ley General de Salud (LGS), dispone que los profesionales de la salud deben denunciar aquellas evidencias de delito, violencia o indicio de aborto¹¹⁷. Es decir, el personal médico está en la obligación de reportar ante las autoridades si una paciente tiene evidencias de haberse practicado un aborto clandestino, esta obligación de denunciar no es usada con la finalidad de proteger la salud pública o privada, ni guarda concordancia con el secreto profesional que se da en un ámbito de una relación de confianza e intimidad; o de garantizar a las/los pacientes justicia frente a delitos de acción pública, o de proteger su salud, sino con el fin de perseguirlo penalmente. Cabe mencionar que, la normatividad jurídica vigente resulta contradictoria y ambigua, al proteger por un lado el secreto profesional (contenido en el Art. 2.18 de la Constitución Política del Perú) y dejando al mismo tiempo abierta la posibilidad a su violación por mandato expreso de la autoridad judicial (Art. 44 y 138 de la Constitución)¹¹⁸ y es contradictoria a lo establecido por la CorteIDH en el caso De La Cruz Flores v.s Perú, 'la información que los médicos/as obtienen en el ejercicio de la profesión se encuentra protegida por el secreto profesional y condena la imposición que existe sobre los médicos y médicas de denunciar conductas delictivas de sus pacientes'¹¹⁹.

Lo dispuesto en el artículo 30 de LGS, también es una medida que atenta contra la prevención de la mortalidad materna, pues la amenaza de denuncia a las mujeres que acuden al servicio público de salud por quienes las atiendan, se convierte en una barrera para el acceso -sin discriminación- a los servicios necesarios para salvar sus vidas. Así, el artículo 30 termina siendo una herramienta jurídica que desincentiva a las mujeres, niñas y adolescentes a acceder al servicio médico para la práctica del aborto o de alguna complicación obstétrica; y evita que personal médico atienda a mujeres, niñas y adolescentes por el temor de ser aprehendidos¹²⁰.

La criminalización del aborto no fue ajena en el contexto de emergencia sanitaria por COVID-19, como muestra el caso de Diana Aleman¹²¹, migrante venezolana. El 3 de julio de 2020 fue internada en el área de ginecología del hospital María Auxiliadora por presentar una hemorragia a consecuencia de un aborto incompleto, dos días después fue hallada muerta en el piso del hospital, al parecer a causa de un suicidio provocado por el amedrentamiento del personal de salud de ser conducida a la comisaría por el aborto que tuvo. En este caso el personal médico habría expuesto al peligro al haber afectado la salud mental de Diana y se evidencia que no se priorizó su vida, más aún considerando que el aborto incompleto, es la segunda causa de internamiento de mujeres, después del parto en Perú.

a la ley penal contra la vida, el cuerpo y la salud -aborto-; esta decisión ha sido apelada. Mediante Resolución N°4 de fecha 14 de junio de 2017, la Segunda Sala Especializada de Familia dispuso revocar la sentencia apelada y, reformándola, concedió la remisión del proceso a E.M.P y se le excluyó de forma inmediata y definitiva del proceso, el cual se declara extinguido, anulándose cualquier antecedente generado.

¹¹⁷ Ley General de Salud, Ley N° 26842. Artículo 30, "El médico que brinda atención médica a un apersona herida por una arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existam indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente".

¹¹⁸ Hay una serie de normas vinculadas al secreto profesional y a las obligaciones superpuestas que dificultan su aplicación. Art. 165 CP; Art. 165, inc. b) del Nuevo Código Procesal Penal; Art. 14, numera 1 del Código Procedimientos Penales. Por otro lado, deja la posibilidad de violación al secreto profesional, entre ellos, tenemos: Art 326 del Nuevo Código Procesal penal; Art 15 y 30 de la Ley General de Salud.

¹¹⁹ Loayza Tamayo, Carolina, Sandoval, Ysabel. El derecho de las médicas y los médicos al Secreto Profesional en la Jurisprudencia de la CorteIDH. Pág. 50.

¹²⁰ O'Neil Institute for National and Global Health Law & IPAS (2016), [Delatando a las mujeres: el deber de cada prestador/a de servicios de denunciar: implicaciones jurídicas y derechos humanos para los servicios de salud reproductiva en Latinoamérica](#). Consorcio Latinoamericano contra el aborto inseguro (CLACAI), octubre de 2018, pág. 15.

¹²¹ El Comercio. [Qué paso con Diana Aleman?](#), 10 de agosto de 2020.

5. Exámenes y tratamiento para cánceres relacionados con órganos reproductivos

Según la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer de la Organización Mundial de la Salud, en el 2018 se diagnosticaron en el Perú 66 627 casos de cáncer y 33, 098 personas murieron producto de esta enfermedad, ubicando al país por encima del promedio regional de tasa de mortalidad bruta por cáncer¹²². El 36% de mujeres diagnosticadas por cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, mueren anualmente, por lo que constituyen en la actualidad, enfermedades de muy alto costo, cuya atención secundaria y terciaria se lleva gran parte de los recursos, a pesar de estar probada la importancia del primer y segundo nivel de atención¹²³.

De la distribución de nuevos casos de cáncer en mujeres durante el 2018, el cáncer de cuello uterino y cáncer de mama se ubican por encima de otros tipos de cáncer tales como: cáncer del estómago, colón, tiroides, pulmón, entre otros¹²⁴. Según datos registrados por Globocan¹²⁵, en Perú cada día se diagnostica alrededor de 7 000 casos de cáncer de mama y 4000 casos de cáncer de cuello uterino. En 2018, han fallecido 1858 mujeres por cáncer de mama y 1836 por cáncer de cuello uterino¹²⁶.

Es manifiesto la falta de acceso a los servicios de atención y exámenes de diagnóstico que afecta primordialmente a las mujeres en su diversidad, en particular las que se encuentra en condiciones de pobreza y las que residen en zonas rurales. El colectivo de Justicia Fiscal por la Salud de las Mujeres señaló sobre el acceso de la mamografía (principal herramienta de detección del cáncer de mama) que solo en Lima el 25,7% de mujeres han tenido acceso a este tipo de evaluación, 9,4% mujeres en las zonas de la selva y 4,8% las mujeres de la zona rural¹²⁷. A esto se suma, la inaccesibilidad de los medicamentos para el tratamiento de cánceres por su elevado costo lo que constituye *per se* una barrera de acceso para quienes no pueden pagar dicho insumo.

Ha transcurrido un mes desde la declaratoria de emergencia por COVID-19 hasta el 8 de mayo de 2020, fecha en la que el Estado peruano aprobó la Resolución Ministerial No. 262-2020-MINSA, 'documento técnico de manejo de pacientes oncológicos en la pandemia por COVID-19'¹²⁸, que estandariza las estrategias de reducción de riesgo de infección por enfermedad de coronavirus en pacientes con cáncer. Sin embargo, no prevé los exámenes de diagnóstico y prevención, más aún considerando que el tiempo es crucial para extender el periodo de sobrevivencia.

Si antes de la pandemia COVID-19 el Ministerio de Salud reportó que cada 5 horas muere una mujer por cáncer de cuello uterino, lo que constituye la cuarta muerte de mujeres en el país¹²⁹. Y que 53.7% de casos de cáncer de mama en que se inicia el tratamiento, corresponde a casos avanzados (III y IV)¹³⁰, lo que explica la alta

¹²² Ver: [Observatorio Mundial del Cáncer de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer de la Organización Mundial de la Salud.](#)

¹²³ Colectivo Justicia Fiscal por la Salud de las Mujeres: La otra lucha contra el cancer. Hojas Informativas sobre el cancer de cuello uterino y de mama en Perú: *Un problema desatendido que impacta en la vida de las mujeres*, mayo de 2019.

¹²⁴ Promsex, *Estudio sobre los desafíos para el acceso a la salud y el tratamiento oncológico para las mujeres en Perú*. Tabla 1 Incidencia de cancer de cuello de útero y de mama en relación con índice de Desarrollo Humano en Sudamérica.

¹²⁵ International Association of Cancer Registries

¹²⁶ Colectivo Justicia Fiscal por la Salud de las Mujeres: La otra lucha contra el cancer. Hojas Informativas sobre el cancer de cuello uterino y de mama en Perú: *Un problema desatendido que impacta en la vida de las mujeres*, mayo de 2019..

¹²⁷ Ibidem.

¹²⁸ Resolución Ministerial No. 262-2020-MINSA, '[Documento técnico de manejo de pacientes oncológicos en la pandemia por COVID-19](#)', 8 de mayo 2020.

¹²⁹ Colectivo Justicia Fiscal por la Salud de las Mujeres: La otra lucha contra el cancer. Hojas Informativas sobre el cancer de cuello uterino y de mama en Perú: *Un problema desatendido que impacta en la vida de las mujeres*, mayo de 2019.

¹³⁰ Colectivo Justicia Fiscal por la Salud de las Mujeres: La otra lucha contra el cancer. Hojas Informativas sobre el cancer de cuello uterino y de mama en Perú: *Un problema desatendido que impacta en la vida de las mujeres*, mayo de 2019.

asociación con el tiempo reducido de supervivencia. No cabe duda de que las muertes son altamente prevenibles si se detectan en la fase temprana, siendo la supervivencia muy alta, por lo que la prevención debería ser la prioridad en los servicios oncológicos más aún en tiempos de emergencia sanitaria.

El Estado peruano tiene el deber de brindar una atención integral del cáncer y el mejoramiento en el acceso a los servicios oncológicos de forma progresiva de acuerdo con el desarrollo tecnológico, la disponibilidad de recursos y facilitar los exámenes de prevención y diagnóstico a nivel nacional, tomando en consideración el enfoque intercultural de las mujeres en su diversidad (discapacidad, área geográfica, etnia, idioma entre otros). Asimismo, establecer mecanismos que permitan obtener los medicamentos para el tratamiento de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, a precios más asequibles.

6. Acceso a la salud sexual y reproductiva a las mujeres lesbianas, bisexuales y trans

En el Perú, la discriminación y la situación de desigualdad estructural que viven las personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersexuales (LGBTI) siguen siendo una constante. La violencia sistemática que experimentan diariamente en distintos espacios está relacionada con la invisibilización, la exclusión y el abandono del Estado. De acuerdo con la Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI 2017 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)¹³¹, un 62,7% de personas LGBTI aseguró que ha sufrido discriminación y violencia, mientras que el Informe Anual del Observatorio de Derechos LGBT¹³² de la Universidad Cayetano Heredia registró 416 casos de vulneraciones a personas LGBT entre enero y diciembre de 2016. Esto nos indica que se están afectando la seguridad, la dignidad y los derechos humanos de personas que no perciben, ni tienen la garantía, de que se hará justicia frente a la vulneración sistemática que viven. Atendiendo esto, no es de extrañar que haya una gran renuencia a denunciar los hechos. De las personas entre 18 y 29 años que respondieron la encuesta, un 95,6% no denunció el último acto de discriminación que sufrió. Las razones que manifestaron para no hacerlo, fue la consideración de que era una pérdida de tiempo (55%), pensarían que no era grave o se lo merecía (40,8%), no sabía a dónde ir (33,8%), tenía miedo a las represalias (33,6%), entre otras.

Tal es el grado de vulnerabilidad al que se ven sometidas las personas LGBTI que en el Perú no existen estrategias para mejorar el acceso y cobertura a servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres lesbianas, bisexuales y trans, ni lineamientos para proveer materiales de información y comunicación basados en un enfoque de derechos, sin discriminación por orientación sexual, identidad o expresión de género y con perspectiva de género.

Si bien existe una Norma Técnica de Salud de atención integral de la población trans femenina para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (MINSU), su implementación no ha sido, tal como contempla la Norma, en todos los establecimientos de salud. Además, no se han realizado capacitaciones al personal lo que impacta en una atención que puede llegar a ser estigmatizante y discriminadora. Por otro lado, no se han desarrollado guías para la atención en salud sexual y reproductiva a mujeres LBT prevaleciendo un enfoque heterosexual y cisgénero que amplía las brechas de desigualdad. Por último, no hay una visión

¹³¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017). Primera Encuesta Virtual para Personas LGBTI, 2017. Lima.

¹³² Centro de Investigación Interdisciplinaria en Sexualidad, Sida y Sociedad. (2017). Informe Anual del Observatorio de Derechos LGBT 2016. Lima.

holística e integral de atención a los servicios de salud sexual y reproductiva, más allá de las enfermedades de transmisión sexual.

La pandemia por COVID-19 no hizo más que recrudecer la situación de pobreza¹³³, exclusión, discriminación estructural que afrontan en la sociedad. El 2 de abril en el contexto de la emergencia sanitaria, el Estado peruano publicó el Decreto Supremo No. 57-2020-PCM¹³⁴ (vigente hasta el 10 de abril) denominada “Pico y Placa de género” la cual establecía salidas en días específicos a mujeres y hombres. Además de no valorar los roles de género ni menos la existencia de hogares monoparentales, esto produjo una serie de actos de discriminación, violencia y transfobia, en particular a las mujeres trans, quienes eran sometidas a interrogatorios por su apariencia física que no coincidía con su documento de identidad. En el distrito de Bellavista, tres mujeres denunciaron haber recibido un trato humillante de parte de la Policía Nacional del Perú¹³⁵.

7. Desafíos que enfrentan las mujeres y las niñas para acceder a la justicia y obtener reparaciones por las violaciones de sus derechos sexuales y reproductivos

El ordenamiento jurídico peruano¹³⁶ refiere que las fiscalías deben incorporar a la víctima al *Programa de Asistencia a Víctimas y Testigo* o solicitar al juzgado medidas de protección, se conoce que el 15% de las Fiscalías Provinciales Penales (FPP) y el 23% de las Fiscalías Especializadas en Violencia contra la Mujer (FPE) no hacen estas solicitudes¹³⁷. Adicionalmente, el 41% de los fiscales penales y el 31% de las FPE no le otorgan valor probatorio a los informes emitidos por el CEM y el 92% de las FPP y el 88% de las FPE precisaron que el archivamiento de los casos se debía a la incomparecencia de la víctima¹³⁸.

Respecto a prácticas judiciales discriminatorias y estereotipadas, un Estudio¹³⁹ sobre 71 sentencias de violación a la libertad sexual contra personas menores de edad, encontró que el 95,7% era niñas y que el 52% tenían menos de 14 años. Además, refiere que el Acuerdo Plenario No. 1-2011/CJ-116¹⁴⁰, que establece que los jueces deben aplicar la perspectiva de género en casos de violencia sexual, sólo fue citado en 22% de los casos; sin embargo, esos casos no reflejaron una debida motivación judicial con perspectiva de género. Asimismo, se encontró que el 30% de los casos revisados no garantizaron el derecho a la identidad de la víctima; y los montos de reparación en las sentencias son irrisorios.

Así, los jueces reproducen estereotipos de género para reducir la pena del agresor. Entre ellos: disminuir la pena cuando la edad de la víctima linda los 14 años;

¹³³EL Comercio, [La lucha de las mujeres trans en tiempos de pandemia](#).

¹³⁴ [Decreto Supremo No. 57-2020-PCM](#), 2 de abril de 2020

¹³⁵ La mala fe. [Cuarentena por género expone la transfobia de las Fuerzas del orden en Panamá y Perú](#), 10 de marzo de 2010.

¹³⁶Reglamento de la Ley No. 30364, [Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar](#), artículo 52, inciso 4.

¹³⁷ Defensoría del Pueblo, [Supervisión de fiscalías provinciales especializadas en violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar](#). Serie Igualdad y No Violencia No. 19 (2019), pág. 49.

¹³⁸ Ibidem

¹³⁹ IPRODES, [Subterfugios y prejuicios: Análisis de 71 sentencias emitidas por la Corte Suprema de Justicia del Perú en casos de violación de la libertad sexual en agravio de personas menores de edad](#). Estudio. [IPRODES. Subterfugios y prejuicios] El estudio analizó además recursos de casación emitidos por por la Sala Penal Permanente, la Sala Transitoria y la Segunda Sala Penal Transitoria de la Corte Suprema de Justicia de la república del Perú,

¹⁴⁰ Corte Suprema de Justicia de la República, VII Pleno Jurisdiccional de las Salas Penales Permanente y Transitoria. [Acuerdo Plenario No. 1-2011/CJ-116](#), de 6 de diciembre de 2011. El Acuerdo establece reglas de apreciación de la prueba en los delitos contra la libertad sexual con el objetivo de disminuir la tasa de absoluciones que llegaba al 90%.

incorporar un criterio de *percepción del físico de la víctima*; y, entre otros, no aplicar la agravante referida a la posición de autoridad del acusado¹⁴¹.

Según el Comité CEDAW la violación sexual y la continuación forzada del embarazo¹⁴² son una forma de violencia de género, que pueden constituir una forma de trato cruel, inhumano o degradante y constituyen discriminación¹⁴³, la inacción por parte del Estado para prevenir y juzgar la violación sexual contra niñas, y para proteger a las niñas y adolescente de embarazos no deseados y riesgos de MM, constituye una clara violación a la Convención, en relación con artículo 1 de la misma, bajo los cuales Perú está en la obligación de proteger a la mujer contra cualquier tipo de violencia, así como de garantizar el “desarrollo y el avance de la mujer”¹⁴⁴, tomando “todas las medidas necesarias”¹⁴⁵ para eliminar la “discriminación contra la mujer”, en particular respecto al derecho a la vida, la integridad, la autonomía y la salud.

Según el informe de la Defensoría del Pueblo N° 21-2020¹⁴⁶, durante el estado de emergencia sanitaria a consecuencia de COVID-19, el derecho a la asistencia jurídica y defensa pública, a través del acompañamiento de un/a abogado/a para la víctima niña, niño o adolescente también ha sido vulnerado después de la publicación del Decreto Legislativo 1470¹⁴⁷. Se evidenció que en dos casos presentados en Cajamarca y La Libertad, la Policía Nacional del Perú una vez más no cumplió con informar a los CEM o las Oficinas de Defensa Pública para garantizar el derecho a la asistencia jurídica y defensa pública de las víctimas, por lo que la Defensoría del Pueblo fue la que informó, en estos casos, a los Centros de Emergencia de la zona. ‘Mientras que, en un caso en Tacna, el Centro de Emergencia Mujer no brindó sus servicios de asistencia jurídica de manera inmediata, a pesar de que la Policía Nacional del Perú le comunicó el mismo día que recibió la denuncia de la víctima adolescente’¹⁴⁸.

En este sentido, se torna esencial que Perú adopte las recomendaciones establecidas por los organismos internacionales de cara a la pandemia de COVID-19. Ello incluye no solo políticas para prevenir eficazmente el contagio, sino también medidas de protección con enfoque de género y de derechos humanos para garantizar, sin discriminación, los derechos de las mujeres y niñas en su diversidad a la vida, la integridad y la salud sexual y reproductiva.

Recomendaciones al Estado peruano:

- *Desarrollar e implementar* una guía de atención específica para atender a las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual, considerando de manera diferenciada a las menores de 14 años.
- *Adoptar* políticas normativas y presupuestales para reducir la tasa de embarazos forzados de niñas y adolescentes y asegurar la accesibilidad y

¹⁴¹ IPRODES, *Subterfugios y prejuicios: Análisis de 71 sentencias emitidas por la Corte Suprema de Justicia del Perú en casos de violación de la libertad sexual en agravio de personas menores de edad*. Estudio. [IPRODES. Subterfugios y prejuicios], pág 12.

¹⁴² Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general num. 19*, (26 de julio de 2017), UN Doc. CEDAW/C/GC/35, para 16. [Comité CEDAW, Recomendación General No. 35]

¹⁴³ *Ibidem*, para 21. Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No 19: La Violencia contra la Mujer* (1992), párr., 6-7; y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, *Recomendación general No 36: sobre el derecho de las niñas y las mujeres a la educación*, 27 de noviembre de 2017, UN Doc. CEDAW/C/GC/36, párr. 64-69.

¹⁴⁴ CEDAW, Artículo 3.

¹⁴⁵ CEDAW, Artículo 24.

¹⁴⁶ Defensoría del Pueblo. [Informe Especial No 21-2020-DP](#), 3 de julio de 2020.

¹⁴⁷ *Ibidem*

¹⁴⁸ *Ibidem*

disponibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva de forma integral incluyendo la AOE sin discriminación y revictimización por parte de los funcionarios del sector salud.

- *Adoptar* medidas de prevención frente a la mortalidad y morbilidad materna en niñas y adolescentes.
- *Adoptar* políticas normativas y presupuestales para garantizar que las mujeres indígenas y rurales accedan al servicio de salud sin temor a sufrir violencia obstétrica por parte de los funcionarios del sector salud.
- *Revisar* la 'Guía Técnica de interrupción terapéutica del embarazos hasta las 22 semanas', con la finalidad que se eliminen las barreras que se han impuesto a las mujeres para acceder al aborto terapéutico que no se encuentran contempladas en el código penal y capacitar a los profesionales de la salud sobre el derecho al mismo.
- *Desarrollar* directrices específicas para la implementación 'Guía Técnica de interrupción terapéutica del embarazos hasta las 22 semanas', que se enmarquen en las distintas realidades de las redes de salud y los servicios disponibles en zonas urbanas y rurales y atendiendo las particularidades de las mujeres.
- Cumpla con lo dispuesto por el Comité CEDAW en el caso de L.C vs. Perú (2011), que fijo como medidas de no repetición la despenalización del aborto en casos de violación sexual, lo cual hasta ahora viene sin implementarse.
- Derogar el Artículo 30 de la Ley General de Salud por ser inconstitucional y estar en contradicción con el derecho al secreto profesional y al derecho a la intimidad, salud y vida de las mujeres.
- Garantizar la atención integral de los cánceres relacionados con órganos reproductivos (cáncer de cuello uterino y cáncer de mama); el mejoramiento en el acceso a los servicios oncológicos; promover exámenes de prevención y diagnóstico a nivel nacional, tomando en consideración el enfoque intercultural de las mujeres en su diversidad (discapacidad, área geográfica, etnia, idioma entre otros) y; establecer mecanismos que permitan obtener los medicamentos para el tratamiento de cáncer de cuello uterino y cáncer de mama, a precios más asequibles.
- *Adoptar* medidas para eliminar las barreras de acceso a la justicia de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, relacionadas con prácticas judiciales discriminatorias y estereotipadas y garantizar la aplicación del Acuerdo Plenario No 1-2011/CJ-116 sobre el enfoque de género en casos de violencia sexual.
- *Adoptar* estrategias para mejorar el acceso y cobertura a servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres lesbianas, bisexuales y trans y lineamientos para proveer materiales de información y comunicación basados en un enfoque de derechos.

En estado de emergencia por la pandemia de COVID-19:

- *Adoptar* normativas y presupuestales para la prevención y protección, especialmente para NNA, de la violencia sexual que sufren en sus casas y otros espacios de confinamiento durante el estado de emergencia por la pandemia de COVID-19.
- *Promover* políticas, planes y directrices durante la crisis sanitaria para garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres y las niñas a nivel nacional.
- *Reabrir* los servicios del primer nivel de atención diferenciados de los servicios de la pandemia de COVID-19 a fin de que se restablezca la atención preventivas en el campo de la salud sexual y reproductiva.

- *Implementar* sistema de citas de telemedicina para el acceso a la consejería en salud sexual y reproductiva, así como un sistema adecuado de entrega de métodos de planificación familiar.
- *Garantizar* la atención oportuna de las mujeres gestantes en sus controles prenatales y atención del parto con estándares de calidad, incluido el derecho a interrumpir un embarazo por causal salud.
- *Garantizar* el suministro de métodos anticonceptivos gratuitos, así como el abastecimiento del kit de atención para víctimas de violencia sexual que incluye la AOE y medicamentos de prevención para el VIH e ITS durante el estado de emergencia por el COVID-19.
- *Garantizar* el acceso al aborto terapéutico en las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, con protocolos específicos, en tanto pone en riesgo su salud y su vida.
- *Implementar* adecuada e integralmente la Norma Técnica de Salud de atención integral de la población trans femenina para la prevención y control de las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA (MINSA) en todos los Centros de Salud. Además, crear e implementar protocolos de consejería y atención que consideren prácticas distintas a las heterosexuales y dirigidas a mujeres lesbianas, bisexuales y personas trans masculinas.
- *Elaborar* una estrategia comunicacional preventiva e informativa que evite la violencia por orientación sexual e identidad de género en distintos ámbitos y difundir los canales de denuncia (por ejemplo, la línea 100 del MIMP o los Centros de Emergencia Mujer).
- *Adoptar* medidas para eliminar las barreras de acceso al aborto terapéutico, relacionadas con la interpretación restrictiva del derecho a la salud y la causal salud durante el estado de emergencia sanitaria.
- *Generar* lineamientos para la atención de niñas en situación de embarazo a fin de garantizar su salud y vida, tanto en caso de necesitar / decidir una interrupción del embarazo o para continuarlo que incorporen un enfoque diferencial de niñez y garanticen el interés superior de las niñas.
- *Facilitar* los exámenes de prevención y diagnóstico de cánceres relacionados con órganos reproductivos (cáncer de cuello uterino y cáncer de mama) a nivel nacional, tomando en consideración el enfoque intercultural de las mujeres en su diversidad.
- *Garantizar* asistencia jurídica y defensa pública, a través del acompañamiento de un/a abogado/a para la víctima niña, niño o adolescente por las violaciones a sus derechos sexuales y reproductivos, garantizando la no-revictimización.



Rossina Guerrero Vásquez
Directora de PROGRAMAS
PROMSEX