



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE DERECHO Y HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE DERECHO

Aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución ministerial N.º
486-2014/MINSA: Enfoque jurídico -social en controversia. Lima

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE ABOGADA

AUTOR(ES):

Trelles Sánchez, María Antonieta (0000-003-4033-1958)
Vidurizaga Tuesta, Jenny Lucero (0000-0002-2904-5953)

ASESOR(A):

Dr. Miraya Gutiérrez, Rubén Meliton (0000-0002-2292-2175)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Derecho penal, procesal penal, sistema de penas, causas y formas del fenómeno
criminal.

**CALLAO – PERÚ
2021**

DEDICATORIA

A Dios por darme la bendición y oportunidad de culminar mi meta profesional con salud y bienestar, a mis amados hijos Manuel y Ángel por ser la motivación de mi vida, a Blanca y Juan por haberme dado su amor incondicional como padres e inculcarme al estudio. A cada una de las personas que estuvieron conmigo y me apoyaron en este logro infinitas gracias.

A Dios por tener la oportunidad de llevar acabo mi meta profesional, con salud y bienestar, dedicado a mi querido esposo Pedro, a mis amados hijos Vanessa, Fiorella y Jean Pierre por ser la motivación para el crecimiento de mi carrera.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento especial a la Universidad Cesar Vallejo por habernos dado acogida y la oportunidad de realizar este sueño de formarnos en nuestra carrera de Derecho, en especial al Dr Rubén Miraya que en todo momento nos motivó a culminar y seguir avanzando. Así como todos aquellos docentes que nos formaron a partir de sus conocimientos y hoy puedo decir que cada uno de los sacrificios valieron la pena y los volveríamos hacer sin pensar por que hoy nos sentimos satisfechas de este logro personal y profesional.

Índice de contenidos

| | |
|---|-----|
| Carátula..... | i |
| Dedicatoria | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice de contenidos | iv |
| Resumen..... | vi |
| Abstract..... | vii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 4 |
| III. METODOLOGÍA | 11 |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación..... | 11 |
| 3.2. Categoría, Subcategorías y matriz de categorización apriorística | 12 |
| 3.3. Escenario de estudio..... | 12 |
| 3.4. Participantes..... | 13 |
| 3.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos | 13 |
| 3.6. Procedimiento | 14 |
| 3.7. Rigor científico..... | 14 |
| 3.8. Método de Análisis de Información | 14 |
| 3.9. Aspectos Éticos..... | 15 |
| IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN..... | 16 |
| V. CONCLUSIONES..... | 26 |
| VI. RECOMENDACIONES..... | 27 |
| REFERENCIAS..... | 28 |
| ANEXOS | 36 |

RESUMEN

La presente investigación de enfoque cualitativo, de tipo básica por su finalidad, circunscrito dentro del nivel descriptivo, tiene como objetivo general analizar las brechas jurídicas y sociales que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución ministerial N.º 486-2014/MINSA en Lima, para cuyo efecto se utilizaron los métodos inductivo, hermenéutico jurídico y analítico sintético, las cuales permitieron escudriñar la información recopilada a través de los instrumentos de investigación.

Su núcleo temático radica en el análisis e interpretación de la Guía Técnica de protocolización y estandarización del aborto terapéutico a la luz del artículo 119 del Código Penal Peruano, que pese a su aprobación e implementación no se vislumbra la defensa y protección de los derechos fundamentales de las mujeres gestantes, debido a las inconsistencias jurídicas y brechas sociales existentes en su aplicación de la misma.

En consecuencia, entre la aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación a través de la Guía Técnica existen inconsistencias jurídicas por la ausencia de congruencia con el espíritu de la norma Penal debido a la interpretación restrictiva mas no teleológica del artículo 119 del Código Penal; asimismo, las brechas sociales, por las diversas limitaciones que enfrentan las mujeres de condición económica desfavorable. Por lo que es imperativa su adecuación y taxatividad bajo el manto de los estándares internacionales y el respeto de los derechos humanos.

Palabras Claves: aborto terapéutico, guía técnica, inconsistencia jurídica, brecha social.

ABSTRACT

The present research with a qualitative approach, basic in nature due to its purpose, circumscribed within the descriptive level, has the general objective of analyzing the legal and social gaps that exist between the scope of therapeutic abortion and the regulation of Ministerial Resolution No. 486-2014 / MINSA in Lima, for which the inductive, legal hermeneutical and synthetic analytical methods were used, which allowed us to scrutinize the information collected through the research instruments.

Its thematic core lies in the analysis and interpretation of the Technical Guide for the protocolization and standardization of therapeutic abortion in light of Article 119 of the Peruvian Penal Code, which despite its approval and implementation, the defense and protection of fundamental rights is not envisaged of pregnant women, due to legal inconsistencies and social gaps in its application.

Consequently, between the application of therapeutic abortion and the regulation through the Technical Guide, there are legal inconsistencies due to the lack of consistency with the spirit of the Penal Code due to the restrictive but non-teleological interpretation of Article 119 of the Penal Code; likewise, the social gaps, due to the various limitations faced by women of unfavorable economic status. Therefore, it is imperative that they be adapted and comprehensive under the mantle of international standards and respect for Human Rights.

Keywords: therapeutic abortion, Technical Guide, legal inconsistency, social gap.

I. INTRODUCCIÓN

El derecho a la vida es el principio supremo del hombre en todos los ordenamientos jurídicos del mundo, y cualquier circunstancia que menoscabe este comportamiento es, en la mayor medida posible, un atentado contra la naturaleza y la supervivencia humanas. Al respecto, el artículo 4(1) de la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos establece que todo ser humano tiene derecho básico a que se respete su vida. Es un compendio de normas legales que se aplican en el momento de la concepción.

Sin embargo, la situación es complicada para las mujeres embarazadas que tienen un cuadro clínico crítico de una alternativa salvavidas que es el aborto. En respuesta, como lo expresa Solís (2019), el aborto es real y cotidiano en la vida de las mujeres alrededor del mundo, pero ha sido ocultado de la agenda pública por su ubicación encubierta en torno a la ilegalidad y el silencio social.

En este contexto, las disposiciones restrictivas y punitivas de estas prácticas en las diversas legislaciones de América Latina en el pasado son ahora expresión de un estigma que requiere justificación a través de la reforma, y las leyes que lo persiguen en el plano legal y de los derechos humanos a proteger la integridad física y el espíritu psíquico de despenalizar el aborto cuando exista un motivo que ponga en riesgo y peligro la vida de las mujeres, mujeres embarazadas (Solís, 2019).

Desde el punto de vista nacional, respecto al Perú, el aborto, si bien está tipificado como delito; sin embargo, existe una excepción en la ley, causal que se basa en la protección de la salud de la mujer y ésta se denomina como aborto terapéutico en el código penal (1991), artículo 119. Es necesario precisar que este tipo de aborto es legal en el país desde 1924.

De acuerdo a Chávez (2013), el Perú enfrentó dos sentencias internacionales por negarse a atender abortos por motivos de salud, afectando la salud de menores embarazadas. El primero fue presentado por el comité de derechos humanos en 2005 y el segundo por el comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (Comité CEDAW) en 2009. El tenor de ambas sentencias fue unánime en

que dichas jóvenes fueron discriminadas porque a las mujeres embarazadas se les negó el derecho de poder practicarse el aborto terapéutico; como resultado de esta sanción, el Estado y el Ministerio de Salud del Perú aprobaron el protocolo que normalizó el aborto terapéutico.

Desde un punto de vista nacional, en el Perú el aborto está tipificado como delito, pero existen excepciones a la ley. Código (1991), artículo 119. Este tipo de aborto es legal en el país desde 1924.

Sin embargo, de acuerdo Chávez (2013), Perú fue condenado en dos sentencias internacionales que afectaron la salud de una menor embarazada por negarse a abortar por motivos de salud. El primero fue presentado en el comité de derechos humanos en 2005 y el segundo en el comité de la CEDAW en 2009. La intención de las dos sentencias fue unánime en que estas jóvenes fueron discriminadas por estar embarazadas. Negado el derecho al aborto terapéutico. En consecuencia, como resultado de estas sanciones, el Ministerio Salud de Perú aprobó protocolos para normalizar el aborto terapéutico.

En consecuencia, el 28 de junio de 2014, se publicó y aprobó la Resolución Ministerial No. 486-2014/MINSA, donde se aprueba el consentimiento informado, “Guía Técnica Nacional para la normalización de procedimientos de atención integral a la mujer embarazada en interrupción espontánea por indicaciones terapéuticas del embarazo infantil”. “Por 22 semanas bajo el artículo 119 del Código Penal.” Este documento normativo se basó en la naturaleza no penal del aborto. Cabe señalar que esta resolución, a pesar de sus especificidades, ha sido cuestionada desde su promulgación, debido a que los mecanismos administrativos para el aborto por motivos terapéuticos siguen siendo inconsistentes y no se ha establecido ninguna vía civil o judicial para solicitarlo. Reparar cualquier daño que se haya producido (Carretero, 2018).

Adicionalmente, en febrero de 2018, el Centro de Estudios Jurídicos Santo Tomás Moro interpuso una demanda de inconstitucionalidad de la decisión ministerial porque el aborto terapéutico es ilegal y por lo tanto delictivo. Con esta demanda como oportunidad, el 19 de diciembre de 2019, la Sala Civil de la Corte Suprema de Justicia de la Corte Suprema de Lima desestimó el caso y confirmó la

constitucionalidad de la guía médica y el protocolo que aprobó su política. (Revista de Derecho, 2020).

Sin embargo, la norma para los procedimientos de aborto terapéutico, por su alcance, sigue siendo tratada con ambigüedad y reticencia por parte de los operadores judiciales, quienes estuvieron en la mira de los derechos humanos en 2019, luego de tres incidentes de denuncias por negligencia ante la Defensoría del Pueblo de 2019, por la renuncia al aborto terapéutico en el que fallece una de las mujeres embarazadas. Asimismo, no existen estadísticas sobre el número de intervenciones de aborto legal en el Perú, ya que no existe una codificación estadística en el sistema para este tipo de intervenciones. Según el organismo, 140 centros médicos en el país están autorizados para realizar abortos terapéuticos, pero solo el Instituto Nacional Materno Perinatal los reporta (Defensoría del Pueblo, 2019).

Por lo expuesto anteriormente, planteamos responder a las siguientes preguntas: Problema general: ¿Cuáles son las brechas legales y sociales entre los alcances del aborto terapéutico y la regulación de la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA en Lima? Esto derivó en los siguientes problemas concretos: ¿Qué contradicciones jurídicas existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la regulación de la decisión ministerial? y ¿cuáles son las brechas sociales entre el alcance del aborto terapéutico y la regulación de la decisión ministerial?

La legitimidad del estudio se vio fortalecida por su relevancia teórica en su respectivo sustento conceptual estructurado y aporte a los mecanismos o procedimientos sociales y legales del aborto terapéutico y su regulación. Con respecto al apoyo metodológico, este estudio intentó utilizar técnicas y herramientas apropiadas y profundas para capturar varios hallazgos cualitativos para contextualizar específicamente el aborto terapéutico y sus aplicaciones.

Desde un punto de vista práctico, se justifica advertir del impacto de los actos que vulneran el derecho fundamental a la vida si la protección de la población gestante no se cumple a cabalidad desde un aporte legal y social comprobado. Asimismo, se mencionó a las mujeres embarazadas amparadas por la ley, la ley penal del país

del Perú y la importancia social del sector médico como garantía de la correcta aplicación de las normas de protección de la integridad de las personas. Finalmente, se fundamenta en el ordenamiento penal y civil legalmente vigente y el respaldo de la Resolución Ministerial 486-2014/MINSA.

Con esto en mente, se ha formulado el objetivo general: analizar los vacíos legales y sociales que existen entre el alcance del aborto terapéutico y la regulación del Decreto Ministerial N° 486-2014/MINSA en Lima. Asimismo, los objetivos concretos fueron: analizar las contradicciones jurídicas que existen entre el ámbito de la interrupción terapéutica del embarazo y la regulación de la orden ministerial e interpretar las brechas sociales que existen entre el ámbito de la interrupción terapéutica del embarazo y la regulación de la decisión ministerial.

.

II. MARCO TEÓRICO

La siguiente investigación previa se relaciona con los hallazgos sobre el aborto terapéutico y sus procesos legales. En el ámbito nacional, se consideraron los siguientes estudios con el fin de fundamentar el fenómeno jurídico implícito en el alcance del aborto terapéutico y su normativa:

Nalvarte (2019) escribió un artículo académico centrado en la discriminación de género y la salud mental frente al aborto legal en Perú. Un estudio realizado en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Su propósito general fue analizar si la evaluación de la salud mental de los pacientes es obligatoria en el Perú por ley y qué se entiende por “deterioro de la salud grave y persistente” tal como lo define la ley. Este artículo desarrollo un enfoque cualitativo para investigar casos específicos denunciados al INDECOPI. Los resultados del estudio confirmaron la existencia de sexismo en el sector comercial y cómo los estereotipos de género entre los profesionales de la salud llevaron a la negación de servicios esenciales para las féminas embarazadas en la etapa médica. Los hallazgos revelaron dos datos importantes, a partir de que la clínica no sigue el procedimiento de aborto terapéutico estipulado en los lineamientos técnicos, y que es importante atender la solicitud de la gestante en la clínica ya que puede afectar la salud mental de la fémina embarazada y que su médico debe examinar.

Carretero (2018) realizó un estudio basado en la aprobación de la anencefalia para el uso del aborto terapéutico en Perú realizado en la Universidad de San Pedro de Chimbote. Tarea con el propósito general de determinar si la anencefalia debe ser considerada causa de aborto terapéutico en la legislación peruana. Fue una investigación de tipo cualitativa de carácter narrativo. Los resultados del estudio, indicaron que los aportes como los avances de la medicina, la ciencia y el derecho penal sustentan la práctica de la impunidad de los pacientes con parálisis cerebral. Las conclusiones del estudio señalan un derecho a acceder a los servicios de aborto por razones de salud, y también destaca que la aprobación de la Guía Técnica Nacional sobre Aborto Terapéutico fue producto de dos condenas del Estado Peruano en la Comisión de Derechos Humanos de la ONU; sin embargo, aún existen obstáculos para su implementación tanto en la atención de salud pública como privada.

Mesares (2017) realizó un estudio sobre la representación legal y el consentimiento de las mujeres para el aborto en el Perú. Investigación realizada en la Universidad Autónoma del Perú. Su propósito principal era determinar bajo qué circunstancias bajo, la sección 119 del código penal, funcionaría el consentimiento de una mujer para el aborto legal y cómo funcionaría la representación legal. El estudio fue cualitativo basado en estudios de casos. El estudio concluyó que debería existir un ranking que represente la representación de una mujer adulta durante el embarazo en caso de que se encuentre en estado grave y no pueda expresarse. Por lo tanto, es necesario indicar explícitamente cómo funciona el consentimiento de una mujer, o bien especificar con el departamento público responsable de la representación de una madre subrogada si la madre subrogada puede expresar su deseo sin tener un aborto sin un representante legal. Método formal Autónomo. Además, este recurso debe ser a través de un tutor de emergencia que pueda agilizar la incidencia.

Delgado (2017) en su investigación centrada en un análisis de la afinidad constitucional de la guía técnica del aborto terapéutico. Investigación para la Universidad Católica de San Pablo. El objetivo principal fue mostrar que la guía técnica nacional no es compatible con el ordenamiento jurídico del país. El estudio tuvo con enfoque metodológico, la investigación cualitativa de tipo documental observacional. La conclusión más relevante del estudio, resaltó que la guía técnica no cumple con la Carta Magna del Perú, ya que la vida del feto no está protegida por un imperativo y así se violan los más elementales principios en un marco jurídico constitucional; sumado a la ambigüedad del undécimo supuesto, que es causal para exigir un aborto legal.

Pérez (2017) realizó una investigación sobre las incompatibilidades ético-legales del consentimiento informado en la elaboración de protocolos para normalizar la impunidad de las mujeres embarazadas en Chiclayo. Perú. El objetivo principal de este estudio fue presentar las implicaciones éticas de la bioética individualista y de principios, analizando el principio del consentimiento informado en general y el consentimiento informado de las mujeres embarazadas en protocolos específicos de aborto terapéutico y no punitivo. No solo el modelo, sino también las implicaciones legales. Se aplicó metodología cualitativa y técnica de firma. El hallazgo más importante es que el consentimiento informado en los protocolos de aborto terapéutico está orientado a la bioética básica. Esto se debe a que la autonomía de las mujeres embarazadas se está ratificando principalmente en violación de los derechos de los niños. Asimismo, vulnera el derecho de las mujeres embarazadas a dar su consentimiento informado al no garantizar la información

completa del personal médico. Este estudio concluyó que los protocolos estandarizados de la guía técnica no incluyeron una descripción del consentimiento informado en los casos de aborto alternativo terapéutico, sino que solo enfatizaron en las personas mayores o menores de edad.

Asimismo, se continuó el análisis con investigaciones internacionales a referir:

Arias (2020) realizó un estudio sobre la necesidad de normas técnicas para el aborto y los delitos de aborto no penal relacionados con el artículo 121 de la Ley Penal y los procedimientos médicos. Estudia en la Universidad de Costa Rica a través de la Revista Científica de la Maestría en Ciencias en Criminología. Su propósito general fue analizar las inconsistencias y lagunas en las normas técnicas de los procedimientos médicos relacionadas con el artículo 121 de la Ley Penal sobre el delito de aborto y aborto terapéutico. Fue un estudio cualitativo de carácter documental y narrativo. En cuanto a la conclusión, el estudio señala que el debate sobre el aborto y su penalización en el ámbito legal de Costa Rica se intensifica por un cambio de valores que se alejan de la noción de que el aborto y su penalización son correctos. Pero ahora las consideraciones morales existen y prevalecen al respecto. Además, existen normas técnicas para el uso del aborto sin sanción, ya que este procedimiento no puede ser usado en todos los casos en que el producto sea incompatible con la vida ectópica.

Monsalve (2019) realizó un estudio sobre el aborto legal por malformaciones fetales que amenazan la salud de las mujeres embarazadas en la legislación ecuatoriana". Ecuador. Su propósito general fue considerar la presencia de malformaciones fetales incompatibles con la vida ectópica. Analizar reformas en el derecho penal ecuatoriano Las mujeres embarazadas pueden evitar los efectos psicológicos de estas situaciones al no contar con respaldo legal para solicitar un aborto terapéutico Estudio documental con enfoque observacional cualitativo. Conclusiones sobre la justicia penal ecuatoriana Indica que el esquema tiene un vacío legal bajo el artículo 150 COIP el numeral 1 solo especifica el término "salud" en términos de salud física, no la salud mental de las féminas embarazadas, que los médicos entienden.

Puerto (2019), un estudio sobre la vulneración de los derechos fundamentales de las mujeres en el Perú y la crítica a la penalización del aborto, y una tesis en la Universidad Militar "Nueva Granada". Colombia. Su objetivo principal fue identificar

los principales factores políticos que contribuyeron al fracaso de Perú para aprobar leyes para despenalizar el aborto. Este trabajo tuvo un enfoque cualitativo de carácter analítico y descriptivo, incluyendo la práctica de observaciones archivísticas y bibliográficas y la recopilación de discusiones normativas y políticas sobre el tema. El estudio concluye que la realidad del aborto en Perú tiene similitudes a la de otros países latinoamericanos, donde la administración incluye estatus político y social con implicaciones morales integradas con parámetros religiosos, y donde los principales opositores a las leyes del aborto abogan por la despenalización. El aborto es una organización que salva vidas.

Rodríguez (2019). Ella preparó una encuesta enfocada en la religión del aborto terapéutico en Costa Rica. Investigación basada en artículos científicos realizada para la Universidad de Costa Rica y para la Revista Científica de la Maestría en Criminología. Su propósito general era evaluar el tema del aborto ilegal en una región específica, como lo que hoy es Costa Rica. Desarrolló un enfoque documental de observador cualitativo. Los resultados mostraron que prevalecía un tono religioso en los debates que privilegiaban el análisis descriptivo o ético-jurídico, por lo que había que hacer dos afirmaciones en el campo de la conducta: la relación entre lo social y lo moral, lo religioso y lo jurídico. El estudio concluyó que el aborto legal es un problema de tratamiento. Se trata de una injerencia religiosa sin intento de regular artículos que datan de 1971 en Costa Rica. El problema se realiza plenamente a través de explicaciones religiosas y personales, ignorando a los demás actores involucrados: personal médico, víctimas de denegación de aborto por motivos de salud y operadores de justicia de Costa Rica.

Palma (2017), realizó un estudio titulado: “Desarrollo histórico del aborto terapéutico en Chile y la necesidad de mayor regulación al respecto”, investigación de la Universidad de Chile. Estudio documental cualitativo cuyo objetivo general fue interpretar la evolución histórica del aborto terapéutico en Chile y las connotaciones generadas en torno a su legislación: un análisis en profundidad al respecto. La investigación arrojó la siguiente conclusión: La nueva ley resultó ser un pequeño paso adelante sobre la realidad nacional en torno al aborto. Esta norma respondía de alguna manera a obligaciones internacionales pendientes, pero resultaba insuficiente para reconocer y proteger los derechos sexuales y reproductivos de las

mujeres. Por lo tanto, es necesario ampliar el alcance a las mujeres embarazadas que no estén reguladas en las bases legales antes mencionadas, de lo contrario se seguirán practicando abortos clandestinos, ilegales y peligrosos.

Para abordar el aborto terapéutico en la legislación peruana, es necesario evitar las fluctuaciones a lo largo de la historia. El primer código penal peruano de 1863 aprobaba en general el aborto y se consideraba un supuesto débil cuando el aborto se practicaba por razones de honor y consentimiento de la mujer para abortar. Luego, el código penal de 1924 reguló y autorizó el aborto legal, todas las formas de aborto, excepto cuando peligrara la salud y la vida de la gestante. El código penal de 1991 ya está vigente en la normativa peruana y sigue manteniendo los mismos lineamientos de la normativa anterior e incluye otras formas de atenuación, como la ética o sentimental y la eugenesia.

El aborto terapéutico es un aborto debido a circunstancias excepcionales que ponen en peligro la vida y la salud de la madre. Es decir, cuando este riesgo no puede evitarse de otra forma, se mantiene esencialmente la premisa porque prima la salud de la madre y de la descendencia. Según Salinas Siccha, el aborto terapéutico es cuando se practica como único método la destrucción del fruto de un embarazo realizada por un profesional de la salud con el consentimiento de la gestante o de su representante legal (...). Alternativas que salvan la vida de las mujeres embarazadas, previenen daños graves y permanentes a la salud de las mujeres embarazadas.

La legalidad de este tipo de aborto en el ordenamiento jurídico peruano data de 1924. Según el artículo 119 del Decreto Legislativo N° 635 de la Ley Penal, es un acto no delictivo y se requiere el consentimiento del médico para realizar el procedimiento. Debería ser la única forma de salvar tu vida.

Tomando en cuenta este punto de vista, es importante señalar las características importantes de la conducta para calificarla como tal. De todos los tipos de abortos clasificados como abortos punibles, los abortos terapéuticos no son punibles. Es administrado por un médico porque requiere de profesionales especializados para realizar el análisis, evaluación, ejecución y otras acciones por cuenta propia antes, durante y después del procedimiento. Esto se debe a que es muy importante proteger la vida y la salud del paciente. mujeres embarazadas y embriones; el

consentimiento de la madre subrogada o del representante legal debe prestarse como expresión de voluntad dentro del marco legal, sin ningún medio de intimidación o coacción, y previa descripción detallada de su estado en relación con todos los riesgos y posibles consecuencias que puedan afectarlos. Pone en peligro su vida y pone en peligro su salud y sus posibilidades de resolverlo.

La Guía Técnica Nacional para la normalización del procedimiento para la atención integral de la gestante en caso de interrupción voluntaria por indicación terapéutica de un embarazo, menor de 22 semanas, con consentimiento informado, en el marco de lo dispuesto por el artículo 119 del Código Penal, en adelante GT. Es una norma nacional para ser aplicado en los establecimientos de salud del segundo nivel de atención del sistema nacional de salud, que según Vignolo, Vacarezza, Álvarez y Sosa, son los hospitales y establecimientos donde se ubican los departamentos de medicina interna, pediatría, obstetricia-ginecología, cirugía general y psiquiatría.

Este reglamento fue emitido con el objetivo de estandarizar los procedimientos, cuyo objeto es garantizar la atención integral de las mujeres embarazadas cuyo embarazo sea menor de veintidós (22) semanas y para quienes se haya otorgado el consentimiento informado, en los casos en que sea voluntario. una Interrupción por indicación de embarazo sólo si el diagnóstico clínico demuestra que la vida de la gestante está en riesgo, sus once causas o entidades clínicas en las que es necesario evaluar esta interrupción de la terapia.

Asimismo, una vez determinada la necesidad del aborto, éste debe ser el único medio de salvar a la mujer o de evitarle un daño grave y permanente a su salud, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal y a las disposiciones legales vigentes , en el marco de los derechos humanos, respetamos compromisos internacionales como el Pacto internacional de derechos civiles y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, así como el marco, la calidad, el género y el enfoque intercultural de los derechos humanos .

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

La investigación actual es de carácter básica por sus propósitos, pues este tipo de investigación permite desarrollar nuevos métodos de generación de conocimiento, investigación, diagnóstico de la realidad concreta, comprobación y aplicación de teorías y comprensión de fenómenos, según Vara (2015), en apoyo de la investigación aplicada y esencial para el desarrollo del conocimiento. Asimismo, se limita al nivel técnico, ya que su finalidad fundamental es recabar datos e información sobre la especificidad del fenómeno objeto de estudio: sus características, propiedades, aspectos relacionados con el aborto terapéutico y sus incongruencias jurídicas con las normas que prescribe el protocolo. De hecho, la investigación descriptiva implica recopilar datos para probar hipótesis o responder preguntas sobre los escenarios actuales de los participantes del estudio. Una tarea técnica establece y comunica una característica o propiedad de un objeto". Stefan, (2018).

Se sabe que el diseño de estudios se refiere a la aplicación del método científico porque considera un compendio de procesos racionales y sistemáticos encaminados a encontrar una respuesta a un problema o necesidad. Según Taylor y Bogdan (1986), justifican el diseño en el sentido de métodos, aspectos de recopilación de datos, procesos analíticos y comunicaciones escritas.

En este ámbito, la metodología empleada es el diseño de investigación interpretativa basada en la teoría fundamentada, ya que busca hacer un análisis comparativo permanente mediante la recolección de datos, la organización y sistematización de estos datos, la creación de categorías y la recolección interactiva de datos. Desarrollar o modificar datos para determinar la relevancia de las categorías. (Strauss y Corbin, 2002, citado de Katayama, 2014

La investigación sigue el enfoque cualitativo por ser un proceso investigativo hermenéutico basado en diferentes prácticas, investigando un problema humano o social. En consecuencia, el investigador construye un retrato complejo y global, examina el léxico, externaliza aspectos detallados de los encuestados y el estudio se desarrolla en un escenario natural (Creswell, 1998).

3.2. Categorías, Subcategorías y matriz de categorización apriorística. |

| Categorías | Subcategorías |
|--|--------------------------|
| Aplicación del aborto terapéutico Reglamentación de la resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA | Practicado por un médico |
| | Consentimiento |
| | Carácter residual |

3.3. Escenario de estudio

El ámbito de estudio en el que se realizó esta investigación se circunscribió a los espacios bibliográficos tanto de fuentes primarias como secundarias, como bibliotecas, repositorios, cuyo acervo documental permitió recabar información relevante sobre el tema en cuestión, siendo de carácter doctrinal y jurisprudencial.

3.4. Participantes

La información consiste en el análisis de la Resolución Ministerial N° 486-2014, de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal, y documentos suscritos por el Perú en materia de derechos humanos, tales como: B: Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. CEDAW; Plan de acción de la conferencia internacional sobre población y desarrollo en el Cairo (CIPD); invaluable aportes, procesados, analizados e interpretados de manera hermenéutica, exegética y sistemática, fueron particularmente destacados en la Cuarta conferencia mundial sobre la Mujer en Beijing.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se debe enfatizar que la importancia de un estudio cualitativo radica en la búsqueda y adquisición de datos para poder analizarlos y comprenderlos, eliminando así las interrogantes e incertidumbres de la investigación; en consecuencia, generar conocimiento (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

En esta virtud, las técnicas y herramientas utilizadas contribuyeron a alcanzar de los objetivos de la investigación, su confiabilidad y validez. Se

emplearon técnicas como el análisis de documentos y la observación y sus instrumentos como la guía de entrevista, la matriz de categorías y la guía de observación.

Solís (2003) define el análisis de documentos como la operación que consiste en distinguir de un documento ideas seleccionadas informativamente para presentar claramente su contenido a través de la organización y presentación, extrayendo así lo esencial y evitando contradicciones para recuperar la información contenida en él. Su finalidad es, por tanto, facilitar el acceso cognitivo de los individuos al contenido de las fuentes analizadas. Por ello, en este informe se examina la información recopilada sobre la regulación en la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA y su aplicación para resaltar lo relevante en relación a los objetivos planteados.

3.6. Procedimiento

En la presente investigación se llevó a cabo una serie de acciones con el fin de lograr resultados, las cuales iniciaron con la recolección de datos, luego se procesó la información recolectada, se realizó un análisis integral de los datos y como resultado los resultados que respondieron a los objetivos que se alcanzaron. Finalmente, estos resultados fueron procesados utilizando métodos hermenéuticos, exegéticos y sistemáticos.

3.7. Rigor científico

El rigor científico en el caso de Noreña, Alcaraz, Rojas y Rebodello (2012): “Son los juicios emitidos durante las investigaciones los que dan valor a los métodos de investigación, análisis de datos y procesos realizados” (p. 3).

Según Hernández, Fernández y Baptista, equivale a la validez y confiabilidad de un estudio con enfoque cuantitativo, y para lograrlo debe demostrar dependencias o consistencia lógica, confiabilidad, verificabilidad o verificabilidad y transferibilidad o aplicabilidad (2010).

En ese sentido, esta tesis se desarrolló con estricto respeto a los parámetros de investigación que posibilitan la planificación, aplicación de la metodología con base en el propósito propuesto, y análisis consistentes para derivar los resultados de la discusión.

3.8. Método de análisis de datos

Según el foco de interés y el diseño elegido, se utilizaron diferentes modelos o líneas de análisis, p. p.ej.:

Método inductivo: Para Hernández et al. (2006), en los principios manifiestos, este método se aplica a casos específicos, a partir de una combinación de juicios. En esta investigación se utilizó en el procesamiento y análisis de la información, desde la justificación de casos individuales hasta el conocimiento general.

Su uso permitió establecer la necesidad de crear mecanismos legales que minimicen los vacíos sociales y las contradicciones jurídicas de la normativa en mención frente al uso del aborto terapéutico.

Método hermenéutico-jurídico: Según la RAE, la hermenéutica se convierte en la teoría de la interpretación de los textos. El propósito es explorar el significado y la autenticidad como experiencias vitales e intrínsecas que también encarnan un ideal y un propósito (Vigo, 2002). Diversos autores consideran que el método hermenéutico es el más adecuado para comprender los fenómenos sociales. Así, Cárcamo (2005) sostiene que el enfoque específico sobre lo que se quiere interpretar es un elemento fundamental de comprensión en el proceso interpretativo.

En ese sentido, su uso sirvió para interpretar el margen normativo y teórico sobre el aborto terapéutico previsto en nuestro ordenamiento jurídico, en particular en la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA.

Método analítico-sintético: Según Abad (2009), el método analítico distingue los elementos de un fenómeno y examina cada uno de ellos de forma independiente y ordenada. Esto fue necesario para el período de investigación de la literatura al interpretar la información y al analizarla. Asimismo, según Cárcamo (2005), la síntesis es un proceso de desmembramiento práctico o mental del todo en sus partes para encontrar el vital y luego rearticularlas en un todo esencial.

Desde esta perspectiva, este método permitió analizar los vacíos legales y sociales que existen entre el alcance del aborto terapéutico y la regulación del Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA de Lima, y consolidar los resultados más relevantes e importantes.

3.8. Aspectos éticos

En este informe de investigación se han respetado los principios de ética, honestidad académica y las normas institucionales respecto al proceso de investigación. Con eso en mente, se han incluido citas de texto y paráfrasis que cumplen con los estándares APA, que el servicio nacional de aprendizaje dice que es la herramienta que previene el plagio y también permite citas teniendo en cuenta los créditos de los autores. Así, se siguió el procedimiento correspondiente a lo anterior en todo el contenido del trabajo, comenzando por la descripción del problema, el marco teórico, la metodología, la discusión de los resultados, etc. Asimismo, se ha respetado la propiedad intelectual de cada autor citado y se ha utilizado sabiamente el conocimiento contenido en diversas fuentes. Asimismo, cuenta con confidencialidad, anonimato y caridad, ya que a través de las recomendaciones contribuye a la solución del problema de acuerdo a los estándares normativos contenidos en la Guía de productos de investigación de la Universidad César Vallejo.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En esta investigación se utilizó como instrumento la Guía de análisis documental, a través de la cual se recopiló información relevante que contribuyó al análisis de los objetivos de la investigación. Estos incluyeron documentos normativos nacionales e internacionales, así como fuentes didácticas, cuya información permitió la discusión. En cuanto al objetivo general, que fue analizar los vacíos jurídicos y sociales que existen entre el alcance del aborto terapéutico y la regulación del Decreto Ministerial N°486-2014/MINSA de Lima, la trascendencia del derecho a la vida en las diferentes normativas fue examinado; instrumentos como la carta magna peruana, que en su artículo primero prescribe que el fin supremo de la sociedad y del estado es la protección de la persona humana y el respeto a su dignidad, se sigue que la persona es el eje de la sociedad, entonces lo que conlleva para la protección de su dignidad, el pleno respeto, la gratuidad y el servicio como prioridad prima facie. Asimismo, el artículo 3 de la Declaración universal de los derechos humanos (DUDH) establece que “toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personales”, y consagra el derecho a la vida como trascendente a lo que el Estado requiere para proteger y promover mecanismos que contribuyan a minimizar la mortalidad y optimizar la esperanza de vida. Asimismo, el artículo 6(1) del Pacto internacional de derechos civiles y políticos establece: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho está protegido por la ley. Nadie será privado de la vida arbitrariamente”, garantiza el derecho en cuestión y no ser privado injusta o ilícitamente. Esto demuestra que el papel fundamental del Estado es garantizar la protección y seguridad de todos los ciudadanos, incluyendo la adopción de medidas para minimizar las muertes maternas e infantiles. Asimismo, el artículo 3 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) establece que “toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a su propia seguridad”, el cual es sagrado y trasciende el derecho a la vida más allá de lo que el Estado exige para proteger, promover mecanismos que ayuden a minimizar la mortalidad y optimizar la esperanza de vida. Asimismo, el artículo 6(1) del Pacto internacional de derechos civiles y políticos establece: “El derecho a la vida es inherente al hombre. Este derecho está protegido por la ley. Nadie será privado de la vida arbitrariamente. Esto demuestra que la función principal del estado es garantizar la protección y seguridad de todos sus ciudadanos, incluida la

adopción de medidas para minimizar las muertes maternas e infantiles.

En este contexto, el estado peruano ha asumido compromisos relacionados con la accesibilidad del aborto no penal en el Perú, así como el reconocimiento de la necesidad de implementar la infraestructura y demás elementos constitutivos de los servicios de aborto legal, a través de dos documentos suscritos por derechos humanos. términos como: El artículo 12 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer requiere que los estados partes tomen todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el campo de la atención médica con el objetivo de abrirse en igualdad de términos y condicione, entre hombres y mujeres para prestar servicios de atención de la salud, incluida la planificación familiar.

Esto significa que el estado peruano está obligado a implementar una infraestructura y regulación que abarque la satisfacción de las necesidades médicas de acceso y atención eficiente de las mujeres que afectan no solo su bienestar físico sino también psicológico.

De igual forma, el Comité de vigilancia del cumplimiento del pacto, en su recomendación general N°24, artículo 12, establece en el numeral 11 las medidas para desterrar la discriminación contra las mujeres, que se consideran inadecuadas cuando el sistema de salud carece de los servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades. En este sentido, es discriminatorio que el estado se niegue a prestar determinados servicios de salud reproductiva a las mujeres en condiciones legales. Por ejemplo, si la persona responsable de brindar los servicios de salud tiene objeción de conciencia, otras agencias que brindan esos servicios deben tomar medidas para liberar al usuario.

De manera similar, la Asamblea general de las Naciones Unidas revisó y evaluó la implementación de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (1999) y acordó que los sistemas de salud en contextos donde el aborto no está penalizado deben capacitar y equipar a los encargados de atención médica y establecer mecanismos para garantizar que dichos abortos sean seguros y accesibles. Dado que, en el caso específico del Perú, la interrupción terapéutica del embarazo no es punible, deben crearse las condiciones de salubridad, eficiencia y eficacia en la atención acordadas.

Finalmente, la Cuarta conferencia mundial sobre la mujer de Beijing, en el párrafo 106, letra K, establece que, en el caso del aborto no penal, el estado debe brindar a las mujeres accesibilidad, acompañamiento, condiciones de salud y servicios de calidad en general para evitar en lo posible posibles consecuencias, incluso para su salud física y mental.

Evidentemente, a nivel internacional, no se trata sólo de la política pública de cada estado encaminada a crear condiciones favorables para garantizar los derechos fundamentales de las mujeres y el respeto a su dignidad, sino también de la pertinencia y consistencia de la legislación que las rodea.

Asimismo, la Federación internacional de obstetricia y ginecología (FIGO) considera que el acceso a servicios de aborto seguro o legal es una herramienta fundamental para garantizar los derechos humanos de todas las mujeres del mundo. FIGO apoya a diez sociedades miembros nacionales en todo el mundo, incluida la SPOG, para aumentar su capacidad como líderes en salud y derechos sexuales y reproductivos y estrategias de defensa del aborto terapéutico, siempre en la medida requerida por las leyes de sus respectivos países. (Resolución Directorio N° 230, 2020). Todas estas normas, acuerdos o pactos de carácter nacional e internacional han sido tomados en cuenta para la implementación y ejecución de la decisión directriz 486-2014.

Sin embargo, el informe de la 58ª sesión de la CEDAW (2014) sobre derechos sexuales y de salud reproductiva en Perú afirma que los obstáculos en el contexto peruano son: las restricciones en el acceso gratuito a la anticoncepción oral de emergencia, particularmente en casos de violación; Restricciones en el acceso al aborto y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes. Estos tres temas demuestran que el Estado peruano ha violado los compromisos contenidos en la CEDAW en materia de igualdad material, salud, derechos sexuales y reproductivos, vida libre de violencia, información y debido proceso.

De hecho, a pesar de su aprobación desde 2014, la guía técnica ha estado plagada de obstáculos, por un lado, es constantemente amenazada por grupos conservadores de la sociedad civil para impedir la implementación del protocolo, así como intentos de declararlo inconstitucional. Sin embargo, ambos fueron puestos en libertad. Por otro lado, las mujeres también enfrentan limitaciones para acceder al aborto terapéutico en los establecimientos de salud.

Un caso ejemplar es el de Camila, una menor de trece años que quedó embarazada tras ser abusada sexualmente de manera reiterada por su padre. Sin embargo, a pesar de las graves secuelas físicas y psicológicas que pueden afectar su estado, el personal médico se negó a escucharla, ni le explicaron la posibilidad de abortar con impunidad. En consecuencia, fue su madre quien lo solicitó para proteger la salud y la vida de su menor; Sin embargo, esta solicitud fue denegada y unos días después sufrió un aborto espontáneo. En consecuencia, el Ministerio Público abrió una investigación por el delito de auto aborto, dando inicio así el acoso judicial contra la niña. De hecho, su caso fue llevado ante el Comité de los derechos del niño de Naciones Unidas para que el estado se responsabilizara por los daños a su salud y la revictimización que sufrió la menor.

Así, en este caso se revela la realidad peruana, donde se evidencia la negativa del estado y los centros hospitalarios contra la voluntad y la salud de las mujeres embarazadas, ya que se le impide el derecho al aborto terapéutico, aunque afecte su salud física o mental, porque en menores el embarazo antes de los 14 años pone en riesgo su vida y su salud. Según cifras del SIS para 2016, un porcentaje importante de menores de entre 10 y 14 años corre cuatro veces más riesgo de perder la vida que una mujer adulta. Asimismo, Lucy del Carpio, exdirectora del Minsa, denuncia que las menores de catorce años tienen complicaciones de riesgo durante el embarazo, ya que presentan patologías como hipertensión arterial, sangrado, amenaza de aborto, entre otras, debido a que su estructura corporal no está preparada para ello.

Con respecto a los objetivos específicos: con el fin de analizar las contradicciones jurídicas e interpretar la brecha social que existe entre el alcance de la cobertura del aborto terapéutico y lo dispuesto en el decreto ministerial de Lima, el análisis relacionado con el aborto terapéutico ha sido realizado por las siguientes regulaciones. El artículo 119 del código penal define que el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal es el único medio para preservar la vida de la mujer embarazada o prevenir un daño permanente a su salud. realizado y permitido sólo si la mujer embarazada o su representante deciden proteger su vida. Es decir, dado que se hizo por una razón médica irreversible, no puede ser sancionado. Dador (2014) señala que, aunque relacionadas, se han introducido dos salvaguardas diferentes: 'prevenir la muerte' y 'mantener la salud'. Por lo tanto, las conexiones se relacionan no solo con el derecho a la vida, sino también con la preservación de la salud, es decir, la ausencia de enfermedad o deficiencia, y con la garantía de condiciones económicamente accesibles, oportunas y adecuadas en los servicios locales de salud.

Otro factor esencial es que debe existir el consentimiento informado de la mujer embarazada, basado en el principio de autonomía, en este sentido sólo la mujer interesada tiene la prerrogativa de hacerlo. Sin embargo, al igual que otras condiciones de salud, pueden ser evitadas excepcionalmente por situaciones de extrema emergencia o cuando no pueden expresar sus propias decisiones y no tienen un representante legal. Cabe aclarar que, en caso de una interrupción terapéutica del embarazo, la gestante tiene claramente la prerrogativa de decidir sobre la interrupción del embarazo, ya que la vida y/o la salud corren riesgo si el proceso de continuación del embarazo es inexcusablemente suyo. (Género, 2014). Según Sánchez (2005), el consentimiento informado es entonces el derecho fundamental de que todo paciente dentro de la relación primaria médico-paciente debe ser informado sobre los riesgos de una intervención médica y poder ofrecer o refutar su consentimiento.

Finalmente, la condición es que sea realizada por un médico, ya que es él quien determinará la presencia de riesgos como consecuencia del embarazo. El médico tratante es quien debe basar su valoración en medicina en certezas. Se sabe que ciertas enfermedades y consecuencias están influenciadas por el embarazo; Dicha evidencia debe ir acompañada de un análisis de la realidad de las mujeres en cada caso específico, a fin de asegurar, entre otras cosas, condiciones personales como la disponibilidad de recursos y servicios de salud (Chávez, 2013).

Con base en la normativa comentada anteriormente, el 28 de junio de 2014 se aprobó la Decisión Ministerial 486-2014/MINSA denominada “Guía Técnica” y constituye un documento que considera los requisitos básicos para la debida atención cuando la intervención sobre una situación debe constituir peligro para la vida o gravedad. y duradero a una mujer como resultado de la continuación de su embarazo, pero no debe distinguir, implicar o excluir derecho alguno. Esto implica que propone especificaciones para el acceso al aborto legal, definidas como entidades clínicas de las que se consideran dependientes para el aborto terapéutico. De hecho, estas son condiciones clínicas realmente peligrosas de las que sería difícil hablar de la amenaza real para la vida que conduce a una violación del concepto. Además, no garantiza una información completa, hecho que provoca la vulneración de los derechos de la mujer embarazada.

Sin embargo, en palabras de Rondón (2015), este protocolo no respeta la esencia del código penal, que es proteger la salud de la madre de daños graves y permanentes, es decir, que no es necesario que la mujer ponga en peligro su salud. cerca de la muerte someterse a un aborto terapéutico. Asimismo, limitar el nivel de establecimiento hospitalario (tipo II) a aquellos que deben contar con un quirófano completo implica limitar el acceso a este derecho y lo sitúa en un contexto exclusivo de peligro para la vida, ya que este tipo de establecimiento no es necesario.

Por otro lado, otra incongruencia se refiere a los colegios médicos, que representan otra barrera para que las mujeres embarazadas accedan al aborto no punible, ya que son ellos quienes evalúan y deciden el riesgo que la mujer está dispuesta a correr durante su embarazo para brindarle acceso al aborto terapéutico. Teniendo esto en cuenta, si este equipo médico, a su exclusivo criterio, considera que el riesgo no es lo suficientemente grave; en consecuencia, el aborto no está permitido, pero; la decisión sobre los riesgos, el cuerpo y la salud debe ser responsabilidad exclusiva de la gestante mediante consentimiento informado.

Dado que el protocolo no prevé el consentimiento informado para iniciar el aborto terapéutico por apoderado, el Ministerio Público debe representar a la mujer embarazada cuando ésta no pueda expresar su voluntad de manera autónoma. Además, la designación debe hacerse bajo un procedimiento de tutela expedito, que permita la celeridad que amerita el caso (Mesares, 2017).

En este sentido, valoramos entonces la brecha legal y social, ya que la realidad de cada mujer que elige encarna la crisis que enfrentan las mujeres peruanas al no tener acceso a un aborto seguro y legal. Independientemente del estatus socioeconómico, se ven afectados negativamente por la desigualdad social, las opciones limitadas, la falta de educación y las barreras para una atención de salud reproductiva reglamentaria eficiente y eficaz (Mazuera, 2017).

Si bien el aborto terapéutico es considerado un derecho de la mujer y una forma de acceder a la salud sexual y reproductiva, algunos de ellos han manifestado un problema de salud pública. Es obvio que el hecho de que no haya sanciones y regulaciones no evita las consecuencias negativas para las mujeres, especialmente para aquellas que se encuentran en una situación de pobreza porque se ven obligadas a vivir en ambientes insalubres y pasar a la clandestinidad para visitar las clínicas, mientras que la accesibilidad no está garantizado debido a varios factores no especificados en la norma.

Según Promsex, en su informe al mecanismo de seguimiento de la Convención de Belém Do Pará (2016), si bien a través de dicha guía se establece el procedimiento para el acceso al aborto terapéutico en el país, “la adecuación de la norma a los estándares internacionales estándares para garantizar los derechos humanos, en particular el derecho a la salud, lo que incluye asegurar la aceptabilidad, accesibilidad, rapidez y calidad de la prestación de servicios”. Asimismo, el ministerio de sanidad ha informado que las actuaciones realizadas para la implantación de la guía técnica se han centrado fundamentalmente en su difusión entre los profesionales sanitarios y los representantes o responsables de los distintos servicios sanitarios a nivel nacional. Sin embargo, a pesar del paso del tiempo, no existe un informe oficial sobre el estado de implementación que permita conocer los avances y falencias de este proceso (Promsex, 2016).

En cuanto al otro requisito de residualidad del procedimiento, esto significa que el aborto terapéutico es el único medio para salvar la vida de la gestante, y ningún otro mecanismo permite eliminar el riesgo para la vida de la madre, sino sólo trascender la vida del progenitor. Sin embargo, si se puede controlar con un tratamiento estricto frente a la madre, entonces se debe hacer y no seguir el camino del aborto. (García, 2013).

Respecto al supuesto “evitar en su salud un mal grave y permanente” es necesario precisar que el término salud, según la STC N° 0032-2010PI/TC involucra a su vez la salud plena se alcanza en respuesta al “derecho a las mejores condiciones posibles para que las personas puedan ejercer plenamente su autonomía”, es decir, el respeto a su dignidad. Por un lado, sobre el estado grave no existe una definición específica en la literatura médica, aunque por lo general significa que tiene un desenlace es dudoso o “[...] cuando existe una enfermedad de instalación brusca e imprevista que complica su vida con peligro de morir a corto plazo [...]” (Espinoza y Rocha, 2007); Además, sobre la necesidad del carácter incólume, involucra un periodo de latencia indeterminada de la enfermedad, que va a mantenerse, salvo que se realice el procedimiento para la interrupción del embarazo.

Según Chávez (2013), el concepto de riesgo es muy importante porque, si bien no puede cambiar el contexto anterior, puede evitar la futura carga de enfermedad al actuar sobre los componentes de susceptibilidad responsables de la ocurrencia de la enfermedad que predisponen a la enfermedad, el riesgo o el daño. para la salud; los factores precipitantes que conducen a la aparición de un peligro o menoscabo para la salud y; factores de consolidación que pueden derivar en daños irreversibles o enfermedades crónicas.

En este contexto, la guía da once razones para permitir el aborto con impunidad, de las cuales las primeras diez se relacionan con la salud física de la mujer embarazada, es decir, peligro inminente para su vida; mientras que el undécimo motivo, que literalmente se refiere a “cualquier otra patología materna que ponga en peligro la vida de la gestante o cause un daño grave y duradero a su salud”, deja abierta la posibilidad de recurrir al aborto terapéutico con el debido respaldo de otra patología; resultando en el desconocimiento del marco

legal vigente de esta norma, lo que lleva a que algunos médicos realicen interpretaciones restrictivas y no busquen la atención de las mujeres bajo el procedimiento establecido si se comprueba una afectación de su salud mental o social. En este sentido, esta materia, aunque aparentemente la más amplia o abierta que las demás, se encuentra limitada si se requiere nueva aprobación y justificación por parte de la junta de médicos.

También es necesario considerar la naturaleza del delito y los elementos que rodean la causa del problema. Especialmente cuando se trata de la salud de las mujeres embarazadas. En efecto, la OMS define la salud como “una condición que integra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del bienestar” y esta organización sobre el acceso al aborto también establece que la protección de la salud de la mujer está asegurada por instrumentos. Acceso a la atención por motivos terapéuticos. Esto debe incluir protecciones de salud mental esenciales para mantener un nivel adecuado de bienestar para que las personas puedan vivir con dignidad.

Por lo tanto, debe entenderse que el acceso al aborto terapéutico no solo debe permitirse cuando la salud física está en grave riesgo, sino también cuando la salud mental está en riesgo. Por lo tanto, la Corte Constitucional considera que la salud mental es esencial para una vida digna y por lo tanto le corresponde al estado protegerla”.

Por lo tanto, las entidades clínicas contenidas en la Guía Técnica no deben ser leídas de manera exhaustiva, ya que ello constituiría un obstáculo para el ejercicio del derecho a la salud de las niñas, adolescentes y mujeres adultas que, por ejemplo, han sufrido violación y pueden tener acceso legal al aborto por el deterioro de su salud mental e incluso física. Tanto es así que el Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW) ha manifestado su preocupación de que en nuestro país la interpretación restrictiva del Estado parte sobre el aborto terapéutico, que es legal, pueda resultar en que más mujeres busquen un aborto ilegal e inseguro (Aspilcueta y Ramos, 2015).

CONCLUSIONES

PRIMERO: El reconocimiento de la implementación del aborto terapéutico por parte de la legislación peruana está garantizado por compromisos y diversos convenios de derechos humanos suscritos; sin embargo, los vacíos legales y sociales que existen entre el alcance del aborto terapéutico y la regulación de la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA son múltiples y graves, tales como la interpretación teleológica del artículo 119, el respeto a la voluntad de la gestante, declaración de consentimiento, acceso al aborto terapéutico, entre otros

SEGUNDO: Existen contradicciones jurídicas entre el ámbito de aplicación de la interrupción terapéutica del embarazo y la regulación del decreto ministerial, toda vez que el estado Peruano interpreta de manera restrictiva la normatividad legal de la interrupción del embarazo en la Guía Técnica, especialmente en la causal 11, donde da razón de considerar la salud mental de la mujer embarazada; Sin embargo, son los consejos médicos quienes evalúan y deciden en función de la cantidad de riesgos inminentes para su salud física. Asimismo, la limitación del nivel de la institución tipo II resulta en una limitación del derecho de la mujer embarazada a interrumpir legalmente su embarazo, tal como lo define el artículo 119 del código penal.

TERCERO: Las diferencias sociales que existen entre el alcance del aborto terapéutico y la regulación de la orden ministerial se reflejan en la negativa del estado a crear las condiciones idóneas para la accesibilidad a través de la implementación de los tipos de establecimientos médicos regulados en la Guía, debido a la falta de precisión no está garantizada por la norma, así como la escasa difusión del protocolo conduce a un trato discriminatorio, ya que conduce a la vulneración del derecho a la vida y la salud de las mujeres embarazadas que se encuentran en situación de pobreza.

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Se deben eliminar las barreras legales y sociales evaluando la adecuación de la guía técnica a los estándares internacionales de garantía de los derechos fundamentales, en particular el derecho a la salud, que implica no solo la condición física sino en todos sus extremos, así como garantizar la accesibilidad, eficiencia y calidad en la prestación de servicios a las mujeres embarazadas a través de la implementación de políticas públicas que gestionen y ejecuten la normativa. Este se basa en el análisis de los avances y falencias del proceso de implementación y aplicación a partir del reglamento de la norma.

SEGUNDO: El estado debe regular estrictamente la causal 11 de la guía técnica, así como las demás unidades clínicas en las que se considere el concepto de salud, según la Organización Mundial de la Salud. El concepto de riesgo también debe ser desarrollado y especificado en la norma. Esto ayudará a garantizar que no haya una interpretación restrictiva que lleve a más mujeres a recurrir a abortos ilegales e inseguros.

TERCERO: En cuanto a la declaración del consentimiento, se deben establecer mecanismos que lleven a que el personal médico esté obligado a informar a la mujer embarazada sobre su estado y la posibilidad de abortar para que la paciente pueda tomar una decisión. Asimismo, si no puede manifestar su voluntad de forma autónoma, el ministerio fiscal deberá hacerse cargo de su representación, designada por tutela urgente por la naturaleza del caso, a fin de asegurar la celeridad del procedimiento.

REFERENCIAS

- Arias, (2020). *El delito de aborto y el aborto terapéutico: Las deudas de la norma técnica para el procedimiento médico vinculado con el artículo 121 del Código Penal*. *Revista Digital de la Maestría en Ciencias Penales*, (12). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/RDMCP/article/view/44670>.
- Carretero, D. (2018). *El aborto terapéutico en el Perú y su autorización por causa de la Anencefalia*. Perú (tesis de maestría). Universidad San Pedro. <http://repositorio.usanpedro.pe/handle/USANPEDRO/6442>.
- Código Penal (1991) *Normas jurídicas punitivas de la República del Perú*, promulgada el 03 de abril de 1991. http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/.pdf
- Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. (2009). Caso L.C. c. Perú ante El Comité CEDAW: *Derecho a la igualdad y no Discriminación e n el Acceso a Servicios de Interrupción Legal del Embarazo* (comunicación N ° 22/2009)
- Convención Interamericana de Derechos Humanos. (2007). *Derechos fundamentales*. <http://www.oas.org/es/cidh/mandato/Basicos/>.
- Chávez, S. (2013). *Aborto terapéutico, ausencia injustificada en la política sanitaria*. *Revista Peruana de medicina experimental y salud pública*, 30, 494-499. <https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource.pdf>
- Diario La Ley (2020) *Aborto terapéutico: Sala Civil rechaza acción popular contra protocolo del MINSA*. <https://laley.pe/art/9081/>. Artículo de fecha miércoles, 15 de enero de 2020
- Delgado, A. (2017). *Análisis de compatibilidad constitucional de la guía técnica de aborto terapéutico*. Perú. (Tesis de pregrado). Universidad Católica San Pablo. <http://repositorio.ucsp.edu.pe/bitstream/20.500.12590/15230/1/.pdf>
- Defensoría del Pueblo (2019). *Servicios de salud vulneraron los derechos de adolescente embarazada tras violación*. Nota de Prensa N° 068/OCII/DP/2019. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019.pdf>.
- Mesares, E. (2017). *Consentimiento y representación legal de la mujer en los casos de aborto terapéutico en el Perú*. (Tesis de pregrado). Universidad Autónoma del Perú. <http://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/AUTONOMA/397>.
- Monsalve, B. (2019). *El aborto no punible (terapéutico) por malformaciones del feto incompatibles con la vida que cause un peligro en la salud de la mujer embarazada, en la legislación ecuatoriana* (Doctoral disertación) <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33597/1/Tesis.pdf>.
- Nalvarte, D. (2019). *Salud mental y discriminación por razones de género en el marco del aborto terapéutico en el Perú*. *IUS ET VERITAS*, (59), 146-161. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/article/view/22511>.

- Palma, S. *Evolución histórica del aborto terapéutico en Chile y la necesidad de legislar más sobre el tema.* <http://www.uncervantes.cl/wp-content/uploads/2019/05/Tesis-Evoluci%C3%B3n.pdf>.
- Pérez, B. (2017). *Implicancias ético legislativas del consentimiento informado en la redacción del protocolo de aborto terapéutico para la madre gestante.* Perú (tesis de maestría). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/1305>.
- Puerto, S. *Penalización del aborto y violación a los derechos fundamentales de la mujer en el Perú. Una mirada crítica.* <http://repository.unimilitar.edu.co/handle/10654/21328>.
- Resolución Ministerial N° 486-MINSA (2014), *Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas.* Promulgada el 27 de junio de 2014. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198435-486-2014-minsa>.
- Rodríguez, C. (2019). *La religión del aborto terapéutico en Costa Rica.* *Revista Digital de la Maestría en Ciencias Penales*, (11). <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/RDMCP/article/view/37937>.
- Solís, V. (2019). *Crítica feminista a la penalización del aborto en casos de violación sexual: una mirada interseccional a propósito del embarazo infantil.* *IUS ET VERITAS*, (59), 226-239. <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/iusetveritas/>.

- Alarcón, J. (1978). *Estudios Penales y Criminológicos. El tratamiento Penitenciario.* Santiago de Compostela. España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10347/4253>
- Arias M. y Giraldo C. (2011). *El rigor científico en la investigación cualitativa.* *Revista en Investigación y Educación en Enfermería*, 500-514. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105222406020>
- Asamblea General de las Naciones Unidas (1966). *Pacto Internacional de los Derechos Civiles y Políticos.* Nueva York. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/ProfessionalInterest/ccpr_SP.pdf
- Ayala, S. (2015). *Imaginario Sobre el Tratamiento Penitenciario en los Internos e Internas Recluidos en Establecimientos Penitenciarios y Carcelarios del Área Metropolitana de Bucaramanga*, 19(2) DOI: 3396/339643529002. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=339643529002>
- Barboza M. (2015). *EL QUEHACER EN LA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA.* *Interacciones. Revista de Avances en Psicología*, 57-59 de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=5605/560558782004>

- Bernui, V. (2018). *Tratamiento Penitenciario y Resocialización de Internos en el Establecimiento Penitenciario de Huaraz, 2012 -2014*, (Tesis de maestría). Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo, Huaraz, Perú. Recuperado de: http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2658/T033_70081585_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Blazich, G. (2007). La Educación en Contextos de Encierro: *Revista Iberoamericana de Educación*, 44, 54-55. DOI: 800/80004405. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/800/80004405.pdf>
- Cárdenas, P. (2018). *Las Políticas Penitenciarias en el Perú y su Influencia en los Fines de la Pena en la Legislación Penal*, (Tesis para optar el título profesional de abogado). Universidad Nacional Santiago Antúnez de

Mayolo, Huaraz, Perú. Recuperado de:
<http://repositorio.unasam.edu.pe/handle/UNASAM/3438>

Castro, N. (2009). *Realidad Penitenciaria y Derechos Humanos: Penal de Lurigancho (Perú)*, (Tesis de maestría). Universidad Nacional de Andalucía, La Rábida, España. Recuperado de:
https://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/87/0061_Castro.pdf?sequence=1

Cerda, H. (1991). *Los Elementos de la Investigación: Capítulo 7: Medios, Instrumentos, Técnicas y Métodos en la Recolección de Datos e Información*. Bogotá, Colombia: El Búho. Recuperado de:
<https://cuadernosdelprofesor.files.wordpress.com/2018/01/u-2-02-0-cerda7.pdf>

Cervelló, V. (2012). *Derecho penitenciario*. (3ra ed.). Valencia, España: Editorial Tirant Lo Blanch.

Cívicos, A. y Hernández, M. (2007). Algunas reflexiones y aportaciones en torno a los enfoques teóricos y prácticos de la investigación en trabajo social. *Revista Acciones e investigaciones sociales*, 23, 25-55. Recuperado de:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2264596>

Código de Ejecución Penal. (1991). *Tratamiento Penitenciario*. Decreto Legislativo 654, Edición 20, Lima, Perú. Editorial: Grijley.

Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, (2014-2015). *Las Cárceles En El Perú: Manifiesta Incompatibilidad Con Los Principios Constitucionales*. Recuperado de:
http://derechoshumanos.pe/informe2014_15/Sistema_Penitenciario_2014_15.pdf

Crespo, J. (2018). *Modelo de Resocialización y Aplicabilidad de la Pena Privativa de Libertad en el Tratamiento Penitenciario Ecuatoriano*, (Tesis para optar el grado de abogado). Universidad Católica de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://docplayer.es/127738073-Republica-del-ecuador.html>

Domínguez, S., Sánchez, E. y Sánchez, G. (2009). *Guía para elaborar una tesis*. Ciudad de México: McGraw-Hill/ Interamericana editores S.A.

Escudero, V. (2010). La ética de la Investigación Enfermera. *Enferm. CyL*, 2(2), 3-14. Recuperado de:
<http://www.revistaenfermeriacyl.com/index.php/revistaenfermeriacyl/article/view/45/34>

- Fernández J., Pérez A., Sanz N. y Zúñiga L. (Coord.) (2001). *Manual de Derecho Penitenciario* (pp. 129 – 139). Salamanca, España: Ediciones Universidad de Salamanca.
- Fernández, M., Urteaga, P. y Verona, A. (2015). *Guía de investigación en Derecho*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- García, P. (2019). *Derecho Penal. Parte General*. (3ra ed.). Lima, Perú: Editorial Ideas.
- Greco, L. (2015). *Lo vivo y lo muerto en la teoría de la pena de Feuerbach: una contribución al debate actual sobre los fundamentos del derecho penal*: Madrid, España: Marcial Pons.
- Gordon, M. (2014). Personality of correction officers and their attitudes towards resocialization tasks: *Department of Judicial Psychiatry, Hospital Detention Centre, Warsaw, Poland, 2(2), 118-132* DOI: <https://doi.org/10.5114/cipp.2014.44307>. Recuperado de: <https://www.termedia.pl/Original-article-Personality-of-correction-officers-and-their-attitudes-towards-resocialization-tasks,75,23263,0,1.html>
- Guillamondegui, L. (2010). *Resocialización y Semilibertad: Análisis legal, jurisprudencial y criminológico de los regímenes de semilibertad y salidas transitorias en la legislación penitenciaria argentina*: Buenos Aires, Argentina: Bdef.
- Heine, H. (2015). Reforma penitenciaria y legislación penal. En: *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (en línea), núm. 17-r1, pp. 1-8. Recuperado de: <http://criminnet.ugr.es/recpc/17/recpc17-r1.pdf> ISSN 1695- 0194 [RECPC 17-r1 (2015)].

- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6° Edición). México, D.F, México: McGraw-Hill Education. Recuperado de: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wpcontent/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
- Hurtado, J. y Prado, V. (2011). *Manual de Derecho Penal*. (Tomo 1). Lima, Perú. Idemsa.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía, (2017). *Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México*, 1(11), 57-58.
- Instituto Nacional Penitenciario, (2018). *Informe estadístico Penitenciario*, INPE. Recuperado de: <https://www.inpe.gob.pe/revistas/estadistica/2018/febrero/mobile/index.html>
- Instituto Nacional Penitenciario, (2020). *Intramuros*, INPE. Recuperado de: <https://www.inpe.gob.pe/component/k2/item/4988-programa-medio-libre-intramuros.html>
- Instituto Nacional Penitenciario, (2020). *Programa TAS*, INPE. Recuperado de: <https://www.inpe.gob.pe/component/k2/item/1483-programas-tas.html>
- Jakobs, G. (1997). *Derecho Penal Parte General, Fundamentos y Teoría de la Imputación*. (2.º Edición). Madrid, España. Marcial Pons.
- Machel, H. (2014). The convict's family as a participant in his penal resocialisation readaptation and social reintegration. *Polish Journal of social rehabilitation*,(7), 45-57. Recuperado de: [http://libcom.linuxpl.info/resocjalizacja/archiwum/wp-content/dokumenty/streszczenia/PJSR%207%20\(2014\)%20203-214.pdf](http://libcom.linuxpl.info/resocjalizacja/archiwum/wp-content/dokumenty/streszczenia/PJSR%207%20(2014)%20203-214.pdf)
- Magán, J. (2016). Overcrowding in the Peruvian prison system. *International Review of the Red Cross*, 98 (3), 851–858. DOI: 10.1017/S1816383117000649. Recuperado de: <https://www.cambridge.org/core/journals/international-review-of-the-red-cross/article/overcrowding-in-the-peruvian-prison-system/79177BB40D1A2E2808E9461A165EE685>

- Mamani, B. y Huamán, H. (2018). *Sistema Penitenciario y Resocialización de Internos según sexo en el Establecimiento Penal San Francisco de Asís - Puerto Maldonado 2017- 2018*, (Tesis para optar el título profesional de abogado). Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios, Puerto Maldonado, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unamad.edu.pe/handle/UNAMAD/373>
- Mantecón, J (1996). *La asistencia religiosa en el sistema penitenciario español*. En: Anuario de derecho eclesiástico del Estado, N°1, pp.237-258. Recuperado de: https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-E-199610023700255 ANUARIO DE DERECHO ECLESIASTICO La asistencia religiosa en el sistema penitenciario espa
- Martínez, A. (1971). *La Reincidencia*. En *Universidad de Murcia*. Recuperado de: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/12302/1/La%20Reincidencia.pdf>
- Martínez, D. (2018), *El tratamiento penitenciario y la resocialización de los internos del Penal Sarita Colonia 2017*. (Tesis para optar el título profesional de abogado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/34273>
- Meza, L. (2016). *El Trabajo Penitenciario en el Perú la Aplicación del Trabajo como Actividad Obligatoria en la Ejecución de la Pena Privativa de la Libertad*, (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/8366>
- Muñoz, F. (1979). *La resocialización del delincuente: Análisis y crítica de un mito*. *Revista de Ciencias Sociales*, 73-84.
- Núñez, V. (1999). *Los Nuevos Sentido de la Tarea de Enseñar. Más Allá de la Dicotomía de Enseñar vs. Asistir*, 26- 30. DOI: 800/80003303. Recuperado de: https://www.redalyc.org/pdf/800/80003303.pdf?origin=publication_detail
- Organización de Estados Americanos (1969). *Convención Americana sobre Derechos Humanos*. San José, Costa Rica: Departamento de Derecho Internacional. Secretaría de Asuntos Jurídicos. Recuperado de: https://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf
- Ortiz, I. (2017). *¿Consecuencialismo sin consecuencias? ¿Deontología sin merecimiento? Acerca de algunas aporías de la teoría de la pena en el*

- Derecho penal continental. En: Carnevali, R. (Coord.) *Derecho, sanción y justicia penal*. Montevideo-Buenos Aires: Editorial B de F.
- Ossa, M. (2012). Aproximaciones Conceptuales a la Reincidencia Penitenciaria. *Ratio Juris*, 7(14), 113-140. Recuperado de: <https://biblat.unam.mx/hevila/Ratiojuris/2012/vol7/no14/4.pdf>
- Pastrana, A. (2019). Estudio sobre la corrupción en América Latina. *Revista Mexicana de Opinión Pública*, 27, 13-40. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4874/487460959002>
- Pinaud, M. (2019). *Aplicación del Sistema Penitenciario y La Finalidad del Derecho Penal en la Resocialización del Interno en el Penal de San Pedro, Período 2016*, (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Federico Villareal, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/3362>
- Prieto, D. y Ramos, C. (2017). *Modelo Agrícola de Resocialización en el Complejo Carcelario y Penitenciario Metropolitano de Cúcuta*, (Tesis para optar el título de abogado). Universidad Libre de Colombia, San José de Cúcuta, Colombia. Recuperado de: <https://repository.unilibre.edu.co/handle/10901/11462>
- Redondo, S.; Sánchez, J.; Garrido, V. (2002). *Los programas psicológicos con delincuentes y su efectividad: La situación europea*. En: *Psicothema*, Vol. 14, Suplem. 1, pp. 164-173.
- Reglamento del Código de Ejecución Penal. (2003). *Tratamiento y Servicios Penitenciario*. Decreto Supremo 015-2003-JUS, Edición 20, Lima, Perú. Editorial: Grijley.
- Rioja, A. (2013). *Constitución Política del Perú de 1993*. Lima, Perú: Juristas Editores.
- Robinson, P. (2008). *Distributive principles of criminal Law who should be punished how much?* Oxford, Reino Unido: Editorial: Oxford University Press.
- Robles, O. (2011). El Hacinamiento Carcelario y sus Consecuencias. *Revista Digital de la Mestría en Ciencias Penales de la Universidad de Costa Rica* (Vol. 3), 405-431.
- Roxin, C. (1997). *Derecho Penal Parte General*. (1ra ed.) Tomo I. Madrid, España: Editorial Civitas.
- Salt, M. y Rivera, I. (1999). *Los Derechos Fundamentales de los Reclusos: España y Argentina*: Buenos Aires, Argentina: Editores del Puerto.
- Sánchez, P. (2017). Análisis de la Efectividad de la Gestión del Estado Colombiano frente a la Resocialización y Prevención de la Reincidencia Delincuencial, en la Población de Reclusos de la Penitenciaría Eron la Picota de la Ciudad de

Bogotá D.C. *Pensamiento Republicano*, 6, 15-16. Recuperado de:
<http://dx.doi.org/10.21017/Pen.Repub.2017.n6.a17>

Servicio Nacional de Aprendizaje. (2019). *Instructivo Uso del Estilo APA 6ta Edición*. Bogotá. Colombia. Servicio Nacional de Aprendizaje – SENA. Recuperado de:
<http://biblioteca.sena.edu.co/images/PDF/InstructivoAPA.pdf>

Silva L. y Oliveira, C. (2016). Alienation, segregation and resocialization: meanings of prison labor. *Revista de Administração*. 51, 366-376. Recuperado de:
<http://www.scielo.br/pdf/rausp/v51n4/0080-2107-rausp-51-04-0366.pdf>

Solís, A. (2008). *Política penal y política penitenciaria*. Octavo Cuaderno de Trabajo del Departamento Académico de Derecho de la PUCP. Lima, Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Trabajo. 2019. En *Diccionario de la Lengua Española* (300). Madrid, España: Real Academia Española.

- Vargas, Z. (2009). La Investigación Aplicada: Una Forma de Conocer las Realidades con Evidencia Científica, *Educación*, 33(1), 155-165. DOI: 440/44015082010. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/440/44015082010.pdf>
- Verástegui, J. (2018). *El Tratamiento Penitenciario para la Resocialización de los Internos del Penal de Lurigancho, 2018*, (tesis para optar el grado de abogado). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/33663>
- Villa, J. (2014). *Derecho Penal Parte General*. Lima, Perú. Ara Editores.
- Zaffaroni, E. (1995). *Los objetivos del sistema penitenciario y las normas constitucionales*: Buenos Aires, Argentina: Editores del Puerto.
- Zumárraga, A.; Sotomayor, S.; Rivadeneira, G. (2008). *Los derechos humanos en la arquitectura penitenciaria*. En: Silva, C. (Ed.) (2008). *Ejecución penal y derechos humanos. Una mirada crítica a la privación de la libertad*. Quito, Ecuador: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos.

ANEXOS

Anexo. Categoría, sub categoría y matriz de categorización apriorística

| Matriz de categorización | | | | | |
|--|---|--|--|--------------------------|-----------------------------------|
| Título: Aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA: Enfoque jurídico -social en controversia. Lima | | | | | |
| Planteamiento del problema | Problema de Investigación | Objetivos de Investigación | Categorías | Subcategorías | Metodología |
| Desde su ámbito de aplicación la “Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de 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, norma para los procedimientos que llevan a la práctica el aborto terapéutico, aún es manejado con ambigüedad y reserva por los operadores de justicia. Esta resolución ha estado en tela de juicio, desde su promulgación, a pesar de sus tipificaciones específicas, aún existen inconsistencias en sus mecanismos administrativos para interrumpir el embarazo por motivos terapéuticos. | Problema general: | Objetivo general: | Aborto terapéutico Reglamentación de la resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA | Practicado por un médico | Tipo de investigación |
| | ¿Cuáles son las brechas jurídicas y sociales que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA en Lima? | Analizar las brechas jurídicas y sociales que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA en Lima | | | Básico |
| | Problemas específicos: | Objetivos específicos: | | | Enfoque: |
| | Problema específico 1: | Objetivo específico 1: | | | Cualitativo |
| | ¿Cuáles son las inconsistencias jurídicas que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la Resolución Ministerial? | Analizar las inconsistencias jurídicas que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la Resolución Ministerial. | | Consentimiento | Diseño de la Investigación |
| | Problema específico 2: | Objetivo específico 2: | | | Teoría fundamentada |
| | ¿Cuáles son las brechas sociales que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución Ministerial? | Interpretar las brechas sociales que existen entre el ámbito de aplicación del aborto terapéutico y la reglamentación de la resolución Ministerial. | | | Técnicas |
| | | | | | Análisis documental |
| | | Carácter residual | Instrumentos | | |
| | | | Guía de análisis documental | | |

Guía de análisis documental

| <p align="center">Compromisos del Estado peruano respecto al acceso del aborto terapéutico en el Perú y reconocimiento a la implementación de servicios de aborto legal presente en diversos documentos que el Perú ha suscrito en materia de derechos humanos</p> | |
|---|---|
| La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer | Artículo 12: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. |
| El Comité que supervisa el cumplimiento del pacto | Recomendación General N.º 24 titulada La mujer y la salud - Artículo 12. En su párrafo 11 señala “Las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”. |
| La Asamblea General de las Naciones Unidas | Revisó y evaluó la implementación de la ICPD (ICPD+5) en 1999 y acordó que, en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgos y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres. |
| La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing | En el párrafo 106º, de la Plataforma de Acción de Beijing (PAB) donde se establecen las medidas que han de adoptar los gobiernos, en colaboración con las organizaciones no gubernamentales y organizaciones de empleadores y trabajadores y con el respaldo de instituciones internacionales, en la letra K, se señala que “ <u>en</u> los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos, considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos”. |



Resolución Ministerial

Lima, 27 de JUNIO del 2014



Visto, el Expediente N° 14-065892-001, que contiene el Informe N° 040-2014-DGSP-DAIS-ESNSSYR/MINSA, de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud; y,

CONSIDERANDO:

Que, el artículo 9° de la Constitución Política del Perú ha previsto que: *"El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud"*;

Que, los numerales II y VI del Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud establecen que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla, así como de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad,

Que, el artículo 4° del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud ha previsto que el Sector Salud esté conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas, a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicho cuerpo legal, y que tienen impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva,

Que, el literal a) del artículo 5 del Decreto Legislativo N° 1161, establece que es función rectora del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno;

Que, el artículo 119° del Decreto Legislativo N° 635, Código Penal dispone 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"*;





Que, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud es el órgano técnico normativo en los procesos relacionados a la atención integral, servicios de salud, calidad, gestión sanitaria y actividades de salud mental, a cargo de proponer las políticas de salud, prioridades sanitarias y estrategias de atención de salud de las personas y el modelo de atención integral de salud, con alcance sectorial e institucional, así como diseñar, normar, evaluar y mejorar continuamente el proceso de protección, recuperación y rehabilitación de la salud, en el sector, para la asignación y logro de los objetivos funcionales correspondientes, de acuerdo a lo señalado en los literales a) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 023-2005-SA y sus modificatorias;



Que, mediante el documento del visto, la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud ha propuesto la aprobación de la "Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal", cuyo objetivo es estandarizar los procedimientos para la atención integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, conforme lo dispone el artículo 119° del Código Penal y normas legales vigentes;



Estando a lo propuesto por la Dirección General de Salud de las Personas;

Con el visado del Director General de la Dirección General Salud de las Personas, de la Directora General de la Oficina General de Asesoría Jurídica y del Viceministro de Salud Pública; y;

De conformidad con lo establecido en el Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aprobar 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", que forma parte integrante de la presente Resolución Ministerial.



Artículo 2.- Encargar a la Dirección General de Salud de las Personas la difusión, implementación y monitoreo de lo dispuesto en la citada Guía Técnica Nacional.

Artículo 3.- Las Direcciones de Salud o el que haga sus veces, así como las Direcciones Regionales de Salud, las Gerencias Regionales de Salud o las que hagan sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión, implementación y monitoreo de la presente Guía Técnica Nacional, dentro de sus respectivas jurisdicciones.



Resolución Ministerial

Lima, 27 de JUNIO del 2014

Artículo 4.- Encargar a la Oficina General de Comunicaciones la publicación de la presente Resolución Ministerial en el Portal Institucional del Ministerio de Salud, en la dirección: http://www.minsa.gob.pe/transparencia/dge_normas.asp.

Regístrese, comuníquese y publíquese




MIDORI DE HABICH ROSPIGLIOS
Ministra 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 ARTÍCULO 119° DEL CÓDIGO PENAL**

I. FINALIDAD

Asegurar la Atención Integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de calidad, género e interculturalidad.

II. OBJETIVO

Estandarizar los procedimientos para la atención integral de la gestante en los casos de interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, conforme dispone el artículo 119° del Código Penal y normas legales vigentes.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Guía Técnica es de aplicación a nivel nacional para todos los establecimientos de salud a partir del segundo nivel de atención del sistema de salud nacional.

IV. PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR

Atención integral a la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, conforme dispone el artículo 119° del Código Penal y normas legales vigentes.

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 Base Legal

- El artículo 119° del Código Penal, aprobado por Decreto Legislativo N° 635, que señala 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"*.
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 29414, Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

5.2 Criterio Fundamental:

El esfuerzo del personal de salud de los establecimientos de salud en la atención del embarazo es primordialmente proteger la vida y la salud de la gestante y del feto. Solo cuando el



diagnóstico médico evidente que está en riesgo la vida de la gestante, o para evitar en su salud un mal grave y permanente, se considerará la posibilidad de la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas, con consentimiento informado de la gestante.

5.3 Recursos Necesarios:

La atención para la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas se realizará en los establecimientos de salud a partir del segundo nivel de atención del sistema de salud nacional, para ello se debe garantizar la disponibilidad de recursos humanos, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos mínimos, según el anexo 4 de la presente guía técnica.

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 ENTIDADES CLÍNICAS PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA POR INDICACIÓN TERAPÉUTICA DEL EMBARAZO MENOR DE 22 SEMANAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO CUANDO ES EL ÚNICO MEDIO PARA SALVAR LA VIDA DE LA GESTANTE O PARA EVITAR EN SU SALUD UN MAL GRAVE Y PERMANENTE.

La interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas, es una alternativa que se considera cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave o permanente. Esta situación y dicha alternativa deben ser puestas en conocimiento de la gestante afectada para que, de manera voluntaria e informada, pueda decidir si desea optar o no por la referida alternativa.

Sobre la base de lo consensuado por sociedades médicas del Perú¹ se consideran las siguientes entidades clínicas de la gestante, en las que se amerita evaluar la interrupción terapéutica del embarazo:

1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical.
2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
3. Hiperemesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
5. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
8. Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
9. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.



¹ Publicación del "Taller de Sociedades Médicas para identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico", 2005. Colegio Médico del Perú, Sociedad Peruana de Gineco-Obstetricia, Sociedad Peruana de Cardiología, Sociedad de Gastroenterología del Perú, Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial, Sociedad Peruana de Enfermedades Infecciosas y Tropicales, Sociedad Peruana de Nefrología, Sociedad Peruana de Neurología, Asociación peruana de Diabetes, Asociación Psiquiátrica Peruana.

10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno < 50 mm de Hg y saturación de oxígeno en sangre < 85% y con patología grave; y
11. Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o genere en su salud un mal grave y permanente, debidamente fundamentada por la Junta Médica.

6.2 PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS-ASISTENCIALES:

- 6.2.1 El/La médico/a tratante que durante la atención de la gestante advierta que el embarazo pone en riesgo la vida de la gestante o causa en su salud un mal grave y permanente, informará a la embarazada sobre el diagnóstico, el pronóstico, los riesgos graves para su vida o su salud, y los procedimientos terapéuticos que correspondan.
- 6.2.2 A petición de la gestante el médico/a tratante presenta la solicitud escrita del caso a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia con conocimiento de la Dirección General, del establecimiento de salud.
- 6.2.3 La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia recibe la solicitud, y en la fecha constituye y convoca una Junta Médica, bajo responsabilidad. Debe además informar de inmediato a la Dirección General de lo actuado.
- 6.2.4 El/La médico/a tratante informará a la gestante o su representante legal la decisión de la Junta Médica. En caso que la Junta Médica apruebe la interrupción del embarazo menor de veintidós (22) semanas como indicación terapéutica para preservar la vida y la salud de la gestante, la gestante o su representante legal firmará el formulario para el consentimiento informado y la autorización del procedimiento (Anexos 1 y 2), lo que será puesto en conocimiento de la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia y de la Dirección General del establecimiento de salud.
- 6.2.5 La Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia inmediatamente designará al médico/a que llevará a cabo el procedimiento, el cual será programado dentro de las siguientes veinticuatro (24) horas, comunicando al Director General del establecimiento de salud la fecha y hora de la intervención; bajo responsabilidad.
- 6.2.6 El lapso desde que la gestante solicita formalmente la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas hasta que se inicia la intervención en forma oportuna que garantice la eficacia de la intervención, la que no debe exceder de seis (6) días calendario.
- 6.2.7 Una vez realizada la intervención, la Jefatura del Servicio o Departamento de Gineco-Obstetricia informará por escrito el resultado del procedimiento a la Dirección General del establecimiento.
- 6.2.8 Si la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia incumpliera con convocar a la Junta Médica, el médico o médica tratante informará al Director o Directora General del establecimiento de salud, quien constituirá y convocará en un plazo no mayor de veinticuatro (24) horas, una Junta Médica, sin perjuicio de las responsabilidades a que hubiera lugar.



6.3 CONFORMACIÓN DE JUNTA MÉDICA

- 6.3.1 La Junta Médica estará constituida por tres (03) profesionales médicos/as asistenciales, debiendo contar por lo menos con un/a Gineco obstetra quien la presidirá y dos médicos/as cirujanos, uno/a de ellos especialista o médico/a relacionado con la patología de fondo que afecta a la gestante.
- 6.3.2 La Junta Médica recibirá el informe del médico/a tratante, evaluará el caso, ampliará la anamnesis, volverá a examinar a la paciente o solicitará exámenes auxiliares si así lo estima conveniente, y obligatoriamente dictaminará por la

- procedencia o no de la interrupción del embarazo, dentro del plazo máximo de cuarenta y ocho (48) horas, bajo responsabilidad.
- 6.3.3 Si la Junta Médica concluye que es recomendable proceder a la interrupción terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas, se comunicará a la gestante o a su representante legal para que suscriba el formulario para el consentimiento informado y la autorización del procedimiento (Anexos 1 y 2).
- 6.3.4 Si la Junta Médica concluye que no es recomendable proceder a la interrupción terapéutica del embarazo menor de veintidós (22) semanas, el médico/a tratante comunicará a la gestante la decisión y las razones para ello. La gestante podrá solicitar al Director General del establecimiento de salud que se realice una nueva Junta Médica con otros médicos, la misma que deberá llevarse a cabo en un plazo no mayor de cuarenta y ocho (48) horas, bajo responsabilidad. En este caso el Director General del establecimiento de salud constituye y convoca por última vez a una segunda Junta Médica, pudiendo convocar a otros médicos/as especialistas del sector público o privado.
- 6.3.5 En todos los casos, será el médico/a tratante que evaluó el caso, quien lo presentará ante la Junta Médica.
- 6.3.8 Para los casos contemplados en los subnumerales 1 y 2 del numeral 6.1 de la presente Guía Técnica, no será necesario constituir ni convocar ninguna Junta Médica.

6.4 PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN PARA LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA POR INDICACIÓN TERAPÉUTICA DEL EMBARAZO MENOR DE 22 SEMANAS CON CONSENTIMIENTO INFORMADO.

El/La profesional médico/a que realizará el procedimiento debe verificar que la gestante presente realmente un embarazo, así como el tiempo de gestación, el cual es el elemento crítico en la selección del método para la evacuación del contenido uterino y la celeridad que se debe tener para atender el caso.

6.4.1 ANAMNESIS

Debe verificar que en la historia clínica de la paciente esté consignada la siguiente información:

- Historia clínica completa e integral.
- Precisar el primer día de la última menstruación normal, así como la regularidad o irregularidad del régimen catamenial.
- Evaluar los antecedentes personales, obstétricos y quirúrgicos patológicos relevantes para el procedimiento.
- Identificar otros síntomas: tensión mamaria, náuseas, vómitos, fatiga, cambios en el apetito, frecuencia urinaria, dolor pélvico, fiebre, disnea, taquicardia, entre otros.

6.4.2 EXAMEN CLÍNICO

Además debe realizar y dejar constancia en la historia clínica de:

- El control de funciones vitales.
- El examen del aparato respiratorio y cardiovascular.
- El examen de abdomen.
- El examen ginecológico.



LA TROVA NACIONAL POR LA ENVIORACIÓN AL PROCEDIMIENTO DE LA ASERCIÓN INTERNA DE LA MATRIZ Y LA INTERFERENCIA VULVAR EN LAS INDICACIONES DEBEN DE OCAASU ENBARAZO SEVERO DE 22 SEMANAS CON ORIENTACIÓN INFINANSI EN EL MANEJO LO DEBE EN LA FICCIÓN EN EL CARGO FINAL.

- o Examen con espéculo para identificar características del cuello uterino e identificar signos de infecciones de transmisión sexual (ITS) u otras enfermedades del tracto genital.
- o Tacto vaginal para evaluar el ablandamiento del istmo cervical, para determinar la posición del cuello del útero, y el tamaño y posición del útero, y para confirmar el embarazo intrauterino de acuerdo a las semanas de gestación.
- Otros exámenes que dadas las circunstancias se estimen necesarios.

6.4.3 EXÁMENES AUXILIARES

Debe verificar que en la historia clínica de la gestante esté consignada la siguiente información:

- Hemoglobina o hematocrito.
- Grupo sanguíneo y Rh.
- Tiempo de coagulación y sangría.
- Pruebas serológicas: RPR, VIH (Prueba rápida).
- Ecografía, si fuera necesario.
- Dosaje de gonadotropinas coriónicas (HCG), si fuera necesario.
- Aquellos exámenes que contribuyan al diagnóstico de enfermedades concomitantes.
- Dependiendo del caso, evaluación del riesgo quirúrgico y riesgo anestésico.



6.4.4 USO DE INMUNOGLOBULINA ANTI-RH

Debe prever que se tenga en cuenta lo siguiente:

- En los casos de gestantes Rh negativo aplicar inmunoglobulina anti Rh al momento del procedimiento quirúrgico.
- Si se utiliza prostaglandina para el procedimiento, tener cuidado de aplicar la inmunoglobulina al momento de iniciar la medicación, para evitar la sensibilización de la gestante.

6.5 INFORMACIÓN Y ORIENTACIÓN/CONSEJERÍA

La atención en general y la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva deben darse dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de las mujeres y el respeto a los siguientes derechos:

- Derecho a la información completa, veraz, imparcial y útil;
- Respeto a la dignidad, privacidad y confidencialidad;
- Libertad de conciencia y expresión;
- Respeto a la voluntad y libre elección; y
- Derecho a la igualdad y a la no discriminación.

La orientación/consejería a la paciente debe realizarse en todo momento desde que se decide la intervención hasta después de realizada, a cargo de personal profesional capacitado.

6.6 CONSENTIMIENTO INFORMADO

- El/La médico/a designado/a para realizar el procedimiento, debe explicar y alcanzar a la gestante, o a su representante legal de ser el caso, toda la información completa y detallada sobre el diagnóstico, procedimiento, riesgos en caso de someterse y en caso de no someterse al procedimiento, su pronóstico en ambos casos, las alternativas del procedimiento a las que hubiere lugar, y en general toda la información relevante que le permita a la gestante tomar una decisión libre y razonada, a efectos de brindar o no el consentimiento informado.
- El/La médico/a designado/a para realizar el procedimiento, debe asegurarse que la gestante, o en su caso, su representante legal, con ayuda del citado profesional, complete y firme el formulario preestablecido para el consentimiento informado y autorización del procedimiento (Anexos 1 y 2), siempre y cuando mantenga su decisión de someterse a la interrupción terapéutica del embarazo que ha solicitado, con lo cual quedará expedito el camino para programar y realizar el procedimiento.
- El formulario debe llevar la firma y el número del Documento Nacional de Identidad (DNI) de la gestante. En caso que la gestante sea iletrada y/o indocumentada, bastará con su impresión dactilar.
- El consentimiento informado y la autorización del procedimiento suscrito formará parte de la historia clínica de la gestante.
- La gestante puede cambiar su decisión, desistiendo de la realización del procedimiento, en cuyo caso deberá revocar el consentimiento informado, conforme al formulario preestablecido (Anexo 3), con su firma e impresión digital.
- La revocatoria del consentimiento deberá respetar y asumir la decisión de la gestante, asegurando que ella está informada y que es consciente de los riesgos que implica dicha decisión para su salud. En todo caso, las/os profesionales de salud deberán brindar la atención prenatal correspondiente en lo que quede del proceso de gestación.
- Todos estos hechos deben registrarse en la historia clínica. Los anexos utilizados en los procedimientos administrativos asistenciales forman parte de la historia clínica de la gestante.



6.7 PROCEDIMIENTOS PARA LA EVACUACIÓN DEL CONTENIDO UTERINO

Los procedimientos estarán en función a la cronología del embarazo:

6.7.1 Métodos hasta las 12 semanas de gestación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los métodos recomendados son la aspiración manual endouterina (AMEU) o el uso de misoprostol^{2,3}.

6.7.2 Métodos para evacuar el contenido uterino entre las 13 y menos de 22 semanas

La evacuación del contenido uterino en este periodo considera aplicar los esquemas terapéuticos con misoprostol según la edad gestacional. Producida la expulsión del contenido uterino, hay que completar el procedimiento con un legrado uterino.

6.8 CUIDADOS POST- INTERVENCIÓN

- La paciente debe recibir del médico/a tratante instrucciones muy claras sobre los cuidados que son necesarios tener después del procedimiento.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Aborto sin riesgos: guía técnica y de políticas para sistemas de salud. Segunda edición. Ginebra: OMS, 2012. <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/0289241948434/en/> . Consulta: 24 de junio de 2014.

³ Faundes y Cols. FLASOG. Uso de Misoprostol en Obstetricia y Ginecología, 2007.

- Debe reconocer los signos de alarma y contactar al médico/a en cuanto sea necesario.
- La paciente debe saber que después del procedimiento va a presentar sangrado y eventualmente dolor, el cual cederá con analgésicos.
- Debe indicarse abstinencia sexual hasta su siguiente control.
- En caso necesario, administrar supresores de la lactancia.
- Brindar orientación, consejería en salud sexual reproductiva y ofrecer anticoncepción para la prevención de un nuevo embarazo, según la normatividad vigente.
- Referir a la paciente para continuar el tratamiento de su patología de fondo, de ser necesario.

6.9 SEGUIMIENTO

- Se debe realizar una consulta a la semana para asegurar la evolución normal de la paciente post intervención y reforzar el apoyo emocional y la consejería en salud sexual y reproductiva.
- La segunda consulta se debe realizar al mes con la primera menstruación.

VII. RESPONSABILIDADES:

- 7.1 En los establecimientos de salud con categoría menor a II-1 y II-E, en que se presente una solicitud de aborto terapéutico por indicación médica, la gestante deberá ser referida a un establecimiento de salud de mayor complejidad bajo responsabilidad.
- 7.2 Los procedimientos administrativos asistenciales consignados en la presente guía, son de responsabilidad del establecimiento de salud donde se realizó la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor a veintidós (22) semanas con consentimiento informado.
- 7.3 La implementación, difusión, cumplimiento y monitoreo de la presente guía será de responsabilidad de la autoridad sanitaria del nivel nacional, regional y local.

VIII. DISPOSICIONES FINALES:

- 8.1 En caso de emergencia, estando en riesgo evidente e inminente la vida de la gestante, corresponde al Jefe de Guardia de Emergencia constituir y convocar de inmediato, bajo responsabilidad, a una Junta Médica y tomar las acciones necesarias para resolver la situación en su guardia –de ser posible– con la prontitud y celeridad del caso, que evite la muerte de la gestante, o genere en su salud un mal grave o permanente.
- 8.2 Los aspectos no previstos en la presente Guía Técnica deberán ser resueltos por la Dirección General del establecimiento de salud, bajo responsabilidad, con inmediatez.

IX. ANEXOS:

