

## El Aborto Terapéutico En América Latina. Especial Mención A Perú

María Isabel Suárez Gómez<sup>1</sup>

### RESUMEN

---

Uno de los problemas de salud pública que se ha presentado durante años, es el riesgo que asume la mujer al embarazarse, por cuanto ello puede generar un problema grave y permanente en su salud o incluso en su propia vida; es por esta razón, que muchos países dentro de los cuales se encuentra el Perú, permite la interrupción voluntaria del embarazo, a través de la figura jurídica denominada "aborto terapéutico", por las dos situaciones antes descritas.

Según información proporcionada por la Organización Mundial de la Salud (2003), el 98% de los países permite el aborto para salvar la vida de las mujeres, el 65% para salvar su salud física, 62% para salvar su salud mental, 43% en los casos por violación e incesto, 39% en los casos de malformaciones fetales, 33% en casos de problemas sociales y económicos y 27% a solicitud de la gestante.

Por lo que este documento pretende señalar la vigencia del aborto terapéutico en los diferentes países de América Latina, así como sus antecedentes y vigencia en nuestro país.

**Palabras claves:** Interrupción voluntaria del embarazo y mujer.

### ABSTRACT

---

One of the public health problems that has arisen over the years, the risk is assumed by women to become pregnant, because it can cause serious and permanent health problem or even in your own life; It is for this reason that many countries within which is Peru, allows abortion through the legal concept called "therapeutic abortion" for the two situations described above.

According to information provided by the World Health Organization (2003), 98% of countries allow abortion to save the life of women, 65% to save your physical health, 62% to save their mental health, 43% in cases of rape and incest, 39% in cases of fetal malformations, 33% in cases of social and economic problems and 27% at the request of the pregnant woman.

So this document is intended to point out the effect of therapeutic abortion in different countries of Latin America, as well as its history and effect in our country.

**Keywords:** Therapeutic abortion, pregnancy, women.

---

<sup>1</sup> Abogada por la Universidad San Martín de Porres. Egresada de la Maestría en Derecho Civil y Comercial y Doctorado en Derecho por la misma casa de estudios. Aspirante al Grado de Magister en la Maestría de Gobierno y Gestión Pública por la Universidad San Martín de Porres. Diplomada por la Universidad de Salamanca (España). Secretaria Técnica de la Comisión de Negociación con Acreedores del Ministerio de Agricultura (2004). Presidenta de la Comisión Consultiva de Gestión y Administración Pública (2015) e Integrante de la Comisión de Ética (2006-2008 y 2010) en el Colegio de Abogados de Lima. Auditora Interna del Sistema de Gestión de la Calidad.

## 1. El Aborto Terapéutico en América del Sur

En los países de América del Sur, el origen de la vigencia del aborto terapéutico es de naturaleza diferente.

Actualmente **Argentina** cuenta con el “Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo” de abril de 2012, el cual tuvo como origen el fallo “F., A.L. s/medida autosatisfactiva” de marzo de 2012, expedido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El citado proceso se inició con una medida autosatisfactiva interpuesta por A.F., en representación de A.G., su menor hija, quien se encontraba embarazada, como consecuencia de la violación del esposo de A.F.

El fundamento 25 del fallo señala:

25) Que cuando el legislador ha despenalizado y en esa medida, autorizado la práctica de un aborto, es el Estado, como garante de la administración de la salud pública, el que tiene la obligación, siempre que concurren las circunstancias que habilitan un aborto no punible, de poner a disposición de quien solicita la práctica, las condiciones médicas e higiénicas necesarias para llevarla a cabo de manera rápida, accesible y segura. Rápida, por cuanto debe tenerse en cuenta que en este tipo de intervenciones médicas cualquier demora puede generar serios riesgos para la vida o la salud de la embarazada. Accesible y segura pues, aun cuando legalmente esté despenalizado, no deben existir obstáculos médico- burocráticos o judiciales para acceder a la

mencionada prestación que ponga en riesgo la salud o la propia vida de quien la reclama”.

Y el fallo indica lo siguiente:

“(…)

2) Exhortar a las autoridades nacionales, provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con competencia en la materia, a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, en los términos aquí sentados, protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles y para la asistencia integral de toda víctima de violencia sexual.

3.- Exhortar al Poder Judicial nacional y a los poderes judiciales provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a abstenerse de judicializar el acceso a los abortos no punibles previstos legalmente”.

Mediante Resolución 1252/MSGC-12 del 6 de septiembre de 2012, el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aprobó el Procedimiento para la atención profesional de prácticas de aborto no punibles en los Hospitales del Subsector Público de Salud, contempladas en el artículo 86 incisos, 1) y 2) del Código Penal.

Su Protocolo señala quienes pueden solicitar la interrupción legal del embarazo y las circunstancias “(…) en la Argentina toda **mujer, niña y adolescente y, en general, toda persona con capacidad de gestar,** tiene derecho a solicitar una interrupción legal del embarazo que cursa según los mismos estándares de calidad que el resto de los servicios de salud, cuando:

- El embarazo representa un **peligro para la vida** de la mujer y este

peligro no puede ser evitado por otros medios;

- El embarazo representa un **peligro para la salud** de la mujer y este peligro no puede ser evitado por otros medios;
- El embarazo proviene de una **violación**;
- El embarazo proviene de una **violación sobre una mujer con discapacidad intelectual o mental**".

**Bolivia** es otro país que permite el aborto terapéutico, en virtud de una acción que llegó a los tribunales jurisdiccionales.

Ella se origina con la sentencia constitucional plurinacional Nro. 0206/2014 del 5 de febrero de 2014, derivada de una acción de inconstitucionalidad abstracta interpuesta por la diputada de la Asamblea Legislativa Plurinacional, Patricia Mancilla Martínez, quien demandó la inconstitucionalidad de varios artículos del Código Penal, entre ellos el 266º sobre aborto impune.

Art. 266º.- (Aborto Impune).

Cuando el aborto hubiere sido consecuencia de un delito de violación, rapto no seguido de matrimonio, estupro o incesto, no se aplicará sanción alguna, siempre que la acción penal hubiere sido iniciada.

Tampoco será punible si el aborto hubiere sido practicado con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no podía ser evitado por otros medios.

En ambos casos, el aborto deberá ser practicado por un médico, con

el consentimiento de la mujer y autorización judicial en su caso.

La citada sentencia estableció en su fallo lo siguiente:

1º Declarar la INCONSTITUCIONALIDAD de las frases "...siempre que la acción penal hubiere sido iniciada" del primer párrafo y "...y autorización judicial en su caso", del párrafo tercero del art. 266 del CP y manteniendo incólume en lo demás el citado artículo, conforme el procedimiento de denuncia establecido en el Fundamento Jurídico III.8.8 del presente fallo.

Por lo que el aborto terapéutico debe estar sujeto únicamente al consentimiento de la mujer y necesariamente debe ser asumido por un médico quien lo efectuará, para garantizar la vida de la mujer en los casos que corresponda.

En **Colombia**, su origen se da también en virtud de un fallo judicial expedido por la Corte Constitucional correspondiente a la Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, que declaró exequible el artículo 122 de la Ley Nro. 599 de 2000, cuando se presenten las siguientes situaciones:

- Cuando la continuación del embarazo constituya peligro para la vida o la salud de la mujer, certificada por un médico.
- Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico.
- Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo

o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.

De esta forma se puede apreciar que mientras en Argentina, Bolivia y Colombia, el aborto terapéutico se originó en pronunciamientos judiciales, en Ecuador la situación fue diferente.

En efecto, **Ecuador** al igual que Perú emitió su Guía de Práctica Clínica denominado “Atención del Aborto Terapéutico” expedida por el Ministro de Salud, mediante Acuerdo Ministerial Nro. 00005195 del 20 de noviembre de 2014, con la finalidad de aplicar lo establecido en el artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal, publicado en el Registro Oficial el 10 de febrero de 2014, el cual señala lo siguiente:

“Artículo 150º.-

El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1- Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2.- Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental”.

Como se puede apreciar en el caso de Ecuador, la citada Guía Clínica Práctica tuvo como antecedente para su emisión, el Código Orgánico Integral Penal, de febrero de 2014, siendo lo más interesante de esta norma, que ha tenido como referencia la

Resolución Ministerial Nro 486-2014/MINSA del Perú.

En el caso de **Brasil**, su Código Penal, aprobado mediante Decreto Ley Nro. 2.848 del 7 de diciembre de 1940, establece en su artículo 128 que no será punible el aborto practicado por médico, cuando sea el único medio para salvar la vida de la gestante, o el estado de gestación sea producido por violencia sexual. Dicho país expidió su norma técnica denominada “Atención Humanizada del Aborto”, la cual señala los criterios para su aplicación y se encuentra dirigida en su aplicación a los profesionales médicos.

**Uruguay** tiene como origen para la emisión de su Manual de Procedimientos para el Manejo Sanitario de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), la Ley Nro. 18987 del 17 de octubre de 2012, norma que garantiza el derecho a la procreación consciente y responsable y despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo hasta la semana 12, en los siguientes casos:

- En las situaciones generales (en mayores de 18 años, menores de 18 años y mujeres declaradas incapaces judicialmente).
- En situaciones excepcionales tales como violación (hasta 14 semanas) grave riesgo para la salud de mujer y anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina (sin determinar plazo).

Por su parte el Código Penal de **Venezuela**, señala en el tercer párrafo del artículo 435º, que el aborto no será punible

para el profesional médico, cuando este resulta ser el único medio para salvar la vida de la mujer gestante.

En otros países como Chile y Paraguay, no existe Protocolo.

En **Chile**, el aborto es penalizado.

Por esta razón con fecha 31 de enero de 2015, su Presidenta, Michelle Bachelet, así como los ministros de Hacienda, de Secretaria General de la Presidencia, de Justicia, de Salud y del Servicio Nacional de la Mujer, presentaron ante el Presidente de la Cámara de Diputados, el Mensaje N° 1230-362/ sobre la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo por 3 causales:

- a) Peligro para la vida de la mujer.
- b) Cuando el feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida.
- c) Y cuando es resultado de una violación.

El citado proyecto (Boletín N° 9895-11) fue aprobado por la Cámara de Diputados y remitido el 17 de marzo de 2016, con Oficio N° 12.408 al Presidente del Senado, con la finalidad que pueda ser aprobado.

Y en el caso de **Paraguay**, la situación es muy particular.

En efecto, el artículo 109° del Código Penal Paraguay, modificado por la Ley N° 3.440/08 establece en su inciso 4 lo siguiente:

“Artículo 109°.-  
(...)

4.- No obra antijurídicamente el que produjera indirectamente la muerte de un feto, si esto, según los conocimientos y las experiencias del arte médico, fuera necesario para proteger de un peligro la vida de la madre”.

No obstante ello, una menor de diez (10) años, llamada Mainumby, quedó embarazada, producto de los abusos sexuales presuntamente cometidos por la pareja de su madre y dio a luz a una bebe.

Dicho caso originó la presentación de una solicitud de medida cautelar interpuesta el 20 de mayo de 2015, por el Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de las Mujeres (CLADEM) y Equility Now, ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Resolución N° 22/2015. Cuaderno de Medidas Cautelares N° 178/15) con la finalidad que se proteja la vida, la salud y la integridad personal de la menor así como a su madre, quien había sufrido graves violaciones a los derechos humanos.

El proceso fue resuelto el 8 de junio de 2015, disponiéndose proteger la vida e integridad de la niña, a fin de garantizar que tenga acceso a un tratamiento médico adecuado, asegurar sus derechos y adoptar todas las medidas necesarias para tal fin, pero no obstante ello, Mainumby dio a luz una niña en el mes de agosto de 2015.

## 2. Antecedentes del Aborto Terapéutico en el Perú

El reconocimiento del aborto terapéutico en nuestro país, se dio con el Código Penal de 1924, norma que estableció en su artículo 163º lo siguiente:

“Artículo 163º.-

No es reprimible el aborto practicado por un médico con consentimiento de la mujer encinta, sino hubiere otro medio de salvar la vida de la madre o de evitar en su salud un mal grave y permanente”.

Conforme lo indica Necochea Raúl, “lamentablemente, el Archivo del Congreso no registró los debates de la Comisión Congresal que creó el Código Penal de 1924 y llevó a la aprobación del aborto terapéutico (...) hubo poca discusión en los círculos médicos peruanos sobre la necesidad del aborto terapéutico antes de 1924. Tampoco hubo argumentos de médicos para asegurarse este privilegio (...)” (Página 121).

El Código Penal de 1924, fue derogado por el Código Penal de 1991, norma vigente que sanciona a quienes lesionan los bienes jurídicos que dicho cuerpo legal protege y en este caso se estableció la despenalización de sanción punitiva tanto para el profesional médico, así como a la mujer, cuando se trate del aborto terapéutico, siempre y cuando sea el **único medio** para salvar su vida o para evitar un mal grave y permanente en su salud.

La norma señala expresamente lo siguiente:

“Artículo 119º.-

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”.

Se llama de excepción debido a que exime de responsabilidad a la mujer embarazada así como al profesional médico, que realiza el aborto cuando se advierte un daño para la vida o salud de la mujer.

Lo cierto es que dicha norma requería de otra norma, con la finalidad de establecer el procedimiento para su ejecución. Dicha norma es la RM N° 486-2014/MINSA, la cual tuvo como antecedente para su emisión, el marco legal del Código Penal vigente.

Esta norma tiene como antecedente 2 normas derogadas:

- El Código Penal de 1924, aprobado por la Ley N° 4868.
- El Código Sanitario de 1969, aprobado mediante Decreto Ley N° 17505.

El Código Penal de 1924, actualmente derogado por el Código Penal de 1991, estableció en su artículo 163º lo siguiente:

“Artículo 163º.-

No es reprimible el aborto practicado por un médico con consentimiento de la mujer encinta, sino hubiere otro medio de salvar la vida de la madre o de evitar en su salud, un mal grave y permanente”.

Antes del citado Código Penal de 1924, en el Perú existieron los Códigos Penales de 1836 y de 1862, los cuales trataron por primera vez del aborto, pero no el aborto terapéutico.

Por su parte el Código Sanitario, actualmente derogado señaló lo siguiente:

“Artículo 21º.-

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”.

Razón por la cual se puede colegir que el aborto terapéutico podía ser efectuado desde el año 1924, sin generar responsabilidad punitiva a la mujer gestante o al profesional médico. No obstante ello, lo cierto es que algunos establecimientos de salud lo realizaban y otros no.

Esta situación se debía precisamente a que si bien tanto el Código Penal de 1924 y posteriormente el Código Penal de 1991, exoneraban de responsabilidad punitiva a los profesionales médicos, no se había indicado las condiciones en las cuales podía efectuarse, originando que en muchos casos, se abstuvieran de realizarlo. Y es que se requería de una norma que estableciera las condiciones para su ejecución.

Frente a esta situación de inexistencia de una norma que determinara un procedimiento para su realización, en el

país, se produjeron dos hechos que llevaron al Estado Peruano a ser demandado ante los tribunales internacionales.

El primer caso corresponde a **Noelia Karin Llantoy Huamán**, quien quedó embarazada en marzo de 2001, cuando tenía 17 años de edad y al acudir al Hospital Nacional Arzobispo Loayza le detectaron mediante una ecografía, que se trataba de un feto anencefálico, negándose el Director del Hospital a realizar el aborto terapéutico, cuando lo solicitó.

El 9 de octubre de 2001, la citada menor con siete meses de gestación hizo su ingreso al Instituto Nacional Materno Perinatal, donde se le brindó consejería en el servicio de adolescencia y se le realizó una evaluación psicológica, habiéndosele detectado episodio depresivo breve, precisamente por tener un embarazo con un feto anencefálico.

El 13 de enero de 2002, después de tres semanas de la fecha programada, dio a luz en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), a una niña a quien amamantó y falleció el 17 de enero de 2002.

Por estos hechos, Noelia Karin Llantoy Huamán (representada por las organizaciones DEMUS, CLADEM y Center for Reproductive Law and Policy) interpuso una denuncia contra el Estado Peruano, ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH) por la resistencia de la comunidad médica, a cumplir con la disposición legal para autorizar el aborto terapéutico.

El 24 de octubre de 2005, el CDH emitió su dictamen mediante comunicación Nro. 1153/2003, a su favor reconociendo que fue obligada a continuar su embarazo, así como la vulneración de los artículos 2º, 7º, 17º y 24º del Pacto Internacional por los Derechos Civiles y Políticos, disponiendo la obligación del Estado peruano de proporcionarle un recurso efectivo, que incluya una indemnización, pero además la obligación de adoptar medidas para evitar que se comenten violaciones semejantes en el futuro (CCPR/C/85/1153/2003).

No obstante el pronunciamiento de un órgano internacional, el año 2011 Noelia Karin Llantoy Huamán interpuso demanda de amparo constitucional ante el Poder Judicial del Perú, contra el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia, Expediente Nro 21486-2011-0-1801-JR-CI-09, proceso seguido ante el Noveno Juzgado Constitucional de la Corte Superior de Justicia de Lima,

Las pretensiones de la demanda contra el Ministerio de Salud fueron:

- a) Que, lleve a cabo campañas de difusión respecto al derecho de las mujeres al aborto terapéutico y que puedan acceder a servicios inmediatos y adecuados de aborto legal, con la aprobación de normas de alcance nacional que reglamenten ese tipo de interrupción del embarazo.
- b) La obligación del Estado Peruano de proporcionarle una indemnización acorde con la

violación de sus derechos reconocidos en los artículos 7º, 17º, 24º y 2º del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Respecto al Ministerio de Justicia y Derechos Humanos la pretensión demandada fue:

- a) Se ordene la publicación del Dictamen- Comunicación N° 1153/2003 aprobado el 24 de octubre de 2005.

Dicho proceso fue resuelto mediante sentencia del 24 de noviembre de 2014, declarando fundada en parte la demanda, disponiendo lo siguiente:

“(…) en consecuencia se ordena que el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos publique en el diario Oficial “El Peruano” el Dictamen contenido en la Comunicación N° 1153/2003 de fecha 24 de octubre de 2005, emitida por el Comité de Derechos Humanos en el marco del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, asimismo se reconoce el derecho de la pretensora a recibir una indemnización del Ministerio de Salud por el daño causado, esa prestación económica se fijará en la etapa de ejecución de sentencia y declarando que carece de objeto el pronunciarse sobre el petitorio referido a la reglamentación del denominado Aborto Terapéutico al haberse dictado la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, que aprueba la Guía Técnica Nacional para la atención integral en esos casos médicos. Hágase saber y consentida que sea la presente resolución efectúese las publicaciones en el diario oficial “El Peruano”.

Paralelo a ello, el 17 de noviembre de 2015, Noelia Karin Llantoy Huamán, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, llegaron a



una conciliación, ante un Centro de Conciliación Gratuito del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, acordando lo siguiente:

*“Primero.- El Ministerio de Salud, se obliga a pagar la suma de S/ 166,000.00 por indemnización en favor de Noelia Karin Llantoy Huamán, cuyo monto se cancelará a los 30 días calendarios posteriores a la suscripción del presente acuerdo con un cheque no negociable que se entregará en las instalaciones de la Oficina General de Administración del Ministerio de Salud.*

*Segundo.- El Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, se obliga ante Noelia Karin Llantoy Huamán a publicar en el Diario Oficial “El Peruano” con fecha 10 de diciembre de 2015, el Dictamen – Comunicación 1153/2013 de fecha 24/10/2005 emitida por el Comité de Derechos Humanos en el Marco del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, por ser una fecha de especial significado al celebrarse el Día de los Derechos Humanos”(Centro de Conciliación Extrajudicial Gratuito Ministerio de Justicia y Derechos Humanos- Sede Miraflores. Autorizado su Funcionamiento por Resolución Ministerial Nro. 207-2000-JUS. Expediente Nro. 400-2015-JUS).*

Las pretensiones mencionadas fueron cumplidas por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos a nivel extra - judicial.

En el ámbito judicial, tanto el Ministerio de Salud, como el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos interpusieron recursos de apelación contra la sentencia del 24 de noviembre de 2014, originando que el expediente sea elevado ante la Cuarta Sala Civil de la Corte Superior de Justicia de

Lima, solicitando ambas entidades en dicha instancia, se emita pronunciamiento por la sustracción de la materia y se declare la conclusión del proceso, al haber cumplido con el Dictamen aprobado por el Comité de Derechos Humanos del 24 de octubre de 2005, considerando que la pretensión impugnada ha devenido en insubsistente.

Dicho proceso fue resuelto mediante resolución N° 19 del 23 de agosto pasado, declarando la conclusión del proceso, sin pronunciamiento sobre el fondo, al haber cumplido sus obligaciones con Noelia Karin Llantoy Huamán.

El segundo caso es el correspondiente a **Liz Margot Chalco Palacios**.

Ella fue violentada sexualmente siendo menor de edad, por una persona adulta, originando que el 31 de marzo de 2007, se lanzara del techo de un edificio vecino a su vivienda, razón por la cual fue trasladada al Hospital Daniel Alcides Carrión, el cual confirmó su embarazo, y se le diagnosticó traumatismo vertebro medular cervical, luxación cervical y sección medular completa, con riesgo de discapacidad permanente y riesgo de deterioro de la integridad cutánea resultante de la inmovilidad física.

El Hospital señaló que no podían operarla debido a que se encontraba embarazada y es recién cuando se produjo el aborto espontáneo que se le operó (después de varios meses), originado que dicha operación no diera los resultados esperados.

Por estos hechos, Liz Margot Chalco Palacios (representada por el Centro de Derechos Reproductivos y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos) interpuso una denuncia contra el Estado Peruano, ante el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH) por la negativa de los médicos del hospital a practicar el aborto terapéutico

El 17 de octubre de 2011, el Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer- CEDAW, emitió su Dictamen, mediante Comunicación Nro. 22/2009, encontrando responsable al Estado Peruano, recomendando lo siguiente:

En relación con Liz Margot Chalco Palacios:

9.1. "(...) Proporcionar las medidas de reparación que incluyan una indemnización adecuada por daños morales y materiales y medidas de rehabilitación

(...)

En General:

9.2. "El Estado como parte debe:

a) Revisar su legislación con miras a establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico, en condiciones que protejan la salud física y mental de las mujeres e impidan que en el futuro se produzcan violaciones similares a las del presente caso.

(..)" (CEDAW/C/50/D/22-2009.

Página 9).

En este caso, mediante Resolución Ministerial N° 852-2015/MINSA del 29 de diciembre de 2015, el Ministro de Salud autorizó al Procurador Público y/o a la Procuraduría Pública Adjunta, a conciliar extrajudicialmente en representación del

Ministerio de Salud, con Liz Margot Chalco Palacios y su madre, doña Teresa Florentina Palacios Flores, a fin que se procure un acuerdo conciliatorio extrajudicial y se le otorgue una indemnización económica.

El 30 de diciembre de 2015 ante el Centro de Conciliación de la Superintendencia Nacional de Salud se realizó el Acta de Conciliación con Acuerdo Total N° 083-2015-CONC, por el cual las partes acordaron lo siguiente:

1.-El Ministerio de Salud indemnice por todo concepto a Liz Margot Chalco Palacios, con un pago único de S/ 688,820.00 (Seiscientos Ochenta y ocho mil ochocientos veinte con 00/100 soles).

2.- El Ministerio de Salud indemnice por todo concepto a Teresa Florentina Palacios Flores, con un pago único de S/ 131,180.00 (Ciento Treinta y Un Mil ciento ochenta con 00/100 soles). (Centro de Conciliación. Superintendencia Nacional de Salud. Exp. 081-2015-CONC. )

Estos son los casos que se presentaron a nivel internacional, contra el Estado Peruano y que de alguna forma hicieron que el Estado peruano tomará una decisión para elaborar la guía del aborto terapéutico, pero no fueron los únicos que se presentaron en el país.

Un caso que también fue de conocimiento público y que no llegó a los tribunales, fue el de la señora **Benedicta Deocelina**

**Choque Castro**, quien padecía de insuficiencia cardíaca, que se agravó con la continuación de su embarazo.

Ella llegó al Hospital Honorio Delgado de Arequipa, el 6 de abril de 2008, contando con cuatro meses de gestación, falleciendo al día siguiente.

Aquí se debe reseñar que mediante Resolución Gerencial Regional N° 109-2008-GRA/GRS/GR-OAJ, del 21 de febrero de 2008, se dispuso la suspensión temporal de la ejecución y vigencia de la Resolución Gerencial Regional N° 751-2007-GRA/GRS/GR-DG del 26 de diciembre de 2007 así como del Protocolo para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo, siendo anulada y dejada sin efecto dicha norma, mediante Resolución Ejecutiva Regional N° 259-2008-GRA/PR del 25 de abril de 2008.

Lo antes expuesto se puede visualizar de la siguiente manera:

**Cuadro**  
**Nro. 01**  
**Línea de Tiempo del**  
**Aborto Terapéutico**  
**en la ciudad de**

RGR 751-2007	RGR 109-2008	BENEDICTA CHOQUE CASTRO	R. Ejecutiva Regional
26/12/2007	21/02/2008	06/04/2008	28/04/2008
Aprueba el Protocolo	Suspende	Fallece	Anula el Protocolo

## Arequipa

Fuente: Resoluciones de Gerencia Regional y Ejecutiva Regional de Arequipa.  
Elaboración: Propia

La Resolución Gerencial Regional N°. 751-2007-GRA/GRS/GR-DG del 26 de diciembre de 2007, expedida por el Gerente Regional de Salud, dispuso su aprobación y señaló como argumentos de su expedición lo siguiente:

*(...) Que los proveedores de salud no prestan el servicio de interrupción del embarazo, tampoco las mujeres lo solicitan en los establecimientos de salud por diferentes barreras (desconocimiento de sus derechos, temores, prejuicios, etc.) y por el contrario acuden a lugares clandestinos, poniendo en grave riesgo su integridad física y emocional.*

*Que, existen barreras administrativas que afectan el acceso de las personas a estos servicios, las mismas que se relacionan con el desconocimiento de las principales indicaciones que permiten el aborto legal y los trámites engorrosos para aprobar y realizar el aborto permitido legalmente. Las barreras en el sector salud pasan por desconocimiento de las obligaciones éticas por parte del médico frente a la mujer que cumple con las condiciones legales*

*para interrumpir su embarazo (el médico no asume su responsabilidad o no quiere integrar una Junta Médica), así como la inexistencia de un protocolo establecido para el manejo de estos*

casos. También existen barreras de información, por cuanto las mujeres y el personal de salud no tienen conocimiento sobre las circunstancias bajo las cuales los servicios de aborto son legales, y barreras de costos, por cuanto estos no se encuentran estratificados y se aplican indiscriminadamente las tarifas por atención de un caso de aborto. (...).

La Resolución Gerencial Regional Nro. 109-2008-GRA/GRS/GR-OAJ, del 21 de febrero de 2008, expedida por el Gerente Regional de Salud, dispuso la suspensión temporal de la resolución señalada anteriormente, en virtud de los siguientes argumentos:

*Que, mediante Resolución Gerencial Regional Nro. 751-2007-GRA/GRS/GR-DG de fecha 26 de diciembre de 2007, se resolvió aprobar el instrumento denominado "Protocolo para el Manejo de Casos de Interrupción Legal del Embarazo (...).*

*Que, sin embargo, tal medida aunque legal en su concepción y técnicamente muy solvente, al punto que ha merecido el respaldo institucional del Colegio Médico, del Colegio de Abogados y de otros Colegios Profesionales de la salud, ha generado sendos debates deliberativos de diversa naturaleza, cuestionándose incluso los reales propósitos de la Gerencia Regional de Salud, por lo que con el objeto de que se supere cualquier duda desde el punto de vista jurídico relativo a los derechos humanos o desde el escenario estrictamente técnico médico, es que se hace necesaria la concurrencia de pronunciamientos de organismos especializados sobre la materia, tales como la Defensoría del Pueblo y la Organización Panamericana de la Salud. Por tal motivo y con el objeto de que la absolución de las consultas se efectúen y desarrollen en un escenario fuera de cualquier*

*apasionamiento o tensión, es que se hace necesaria la suspensión temporal de la aplicación de la Resolución Gerencial Regional Nro. 751-2007-GRA/GRS/GR-DG y del Protocolo ya aludido (...).*

Es decir, el Protocolo tuvo menos de dos (2) meses de vigencia, siendo anulado por la Resolución Ejecutiva Regional Nro. 259-2008-GRA/PR, de la Presidencia del Gobierno Regional de Arequipa, del 28 de abril de 2008, expedida por su Presidente Regional (llamado actualmente Gobernador Regional), señalando como argumentos para su decisión los siguientes:

*"(...) la Presidencia del Consejo de Ministros ha hecho llegar el Informe Nro. 373-2007-PCM/OAJ de fecha 30 de mayo de 2007, de la Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica referido a la solicitud de conformación de una Comisión Multisectorial para revisar y opinar sobre el proyecto de "Guía Técnica para la Atención Integral de la Interrupción Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas" en el que se señala que el Proyecto bajo análisis resulta jurídicamente inviable, pues su contenido contraviene el marco normativo constitucional y legal vigente, al afectar el derecho fundamental a la vida del concebido y que todo procedimiento que limite un derecho fundamental debe ser aprobado o autorizado por Ley del Congreso de la República, criterio que es compartido por la Presidencia del Gobierno Regional de Arequipa.*

*Que, asimismo, mediante Informe Nro. 050-2008-PCM/OAJ-MGD de fecha 1 de abril de 2008, que la Directora de la Oficina General de Asesoría Jurídica de la Presidencia del Consejo de Ministros hace suyo, se precisa en cuanto a si el Gobierno Regional de Arequipa tiene o no competencia sobre el tema, que la política de salud relacionada al manejo de casos de interrupción legal del embarazo (o*

*aborto terapéutico) es competencia normativa exclusiva del Gobierno Central (...)*”.

Precisamente sobre los alcances de las normas publicadas por el Gobierno Regional de Arequipa, Caro Jhon (2008) señala que la piedra angular de la no punibilidad del aborto terapéutico es por la situación de necesidad exculpante, establecida en el inciso 5 del artículo 20 del Código Penal, norma que señala lo siguiente:

“Artículo 20°.- Está exento de responsabilidad penal:

5. El que, ante un peligro actual y no evitable de otro modo, que signifique una amenaza para la vida, la integridad corporal o la libertad, realiza un hecho antijurídico para alejar el peligro de sí mismo o de una persona con quien tiene estrecha vinculación. No procede esta exención si al agente pudo exigírsele que aceptase o soportase el peligro en atención a las circunstancias; especialmente, si causó el peligro o estuviese obligado por una particular relación jurídica”.

El citado autor agrega que:

“(…) si bien no cabe hacer una distinción de ambas vidas por su valor, porque la vida humana tanto dentro del vientre como fuera de él tiene el mismo valor constitucional, mereciendo por ello protección jurídica como derecho a la vida, si es posible en cambio, levantar una excepción o un límite a ese derecho, pero sólo en función del contexto social concreto, donde la conducta practicada ejerce su fuerza comunicativa, en este caso, ceñido a la especial situación de necesidad”.

“Que, el Gobierno Regional de Arequipa haya aprobado el Protocolo en mención constituye un buen ejemplo ante la sociedad peruana, porque de esa manera la práctica médica aludida por el

artículo 119° del Código Penal, al menos en la Región de Arequipa, contará con unas reglas claras y precisas para la realización de dicha forma de aborto. El Protocolo es válido en la medida que tiene en su propio contexto social, la fuente de su legitimidad, pero además de ello, concreta el programa general de la Ley General de Salud que señala que la protección de la salud es de interés público”. (P. 458)

El otro caso, se produjo el año 2010 y es el de **Laura Silvia Leño Gaytan**, quien falleció el 26 de agosto de 2011.

Este caso corresponde a una mujer quien ya había sido diagnosticada con cáncer al pulmón en fase terminal y que se embarazó. El 3 de septiembre de 2010 la Junta Médica del Hospital Cayetano Heredia, estableció que desde el punto de vista oncológico no había posibilidad de vida extrauterina, pero no dispuso la interrupción voluntaria del embarazo.

Ahora bien, mientras estos hechos sucedían, algunos establecimientos de salud de Lima Metropolitana, ya contaban con su propia Guía:

- Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Hospital María Auxiliadora.
- Hospital Cayetano Heredia.
- Instituto Nacional Materno Perinatal.
- Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.

Con la finalidad de homogeneizar los procedimientos, el 27 de junio de 2014, el Ministerio de Salud, expidió la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA denominada “*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 119º del Código Penal”.*

Publicada el 28 de junio de 2014 y vigente a partir del 29 de junio de 2014.

La situación del aborto terapéutico en el Perú y América del Sur, se puede visualizar de la siguiente manera:

**Cuadro Nº 02**  
**Situación de la Interrupción Voluntaria del Embarazo**  
**en América del Sur y el Perú**

PAIS	NORMA LEGAL	FECHA	CAUSALES
<b>Argentina</b>	Fallo “F., A.L. s/medida autosatisfactiva” de marzo de 2012, expedido por la Corte Suprema de Justicia de la Nación. Capital Federal, Ciudad Autónoma de Buenos Aires,	Marzo 2012	- Peligro para la vida de la mujer. - Peligro para la salud de la mujer.  <b>Otras causales :</b> - Proviene de una violación. -Por violación a una mujer con discapacidad intelectual o mental”.
<b>Bolivia</b>	Sentencia constitucional plurinacional Nro. 0206/2014 del 5 de febrero de 2014, derivada de una acción de inconstitucionalidad abstracta interpuesta por la Diputada de la Asamblea Legislativa Plurinacional, Patricia Mancilla Martínez, quien demandó la inconstitucionalidad de varios artículos del Código Penal, entre ellos el 266º sobre aborto impune.	5 de febrero de 2014	- Peligro para la vida de la mujer. - Peligro para la salud de la mujer.  <b>Otras causales:</b> - Proviene de una violación. - Proviene de un raptó. -Proviene de estupro o incesto.
<b>Chile</b>	La Presidenta de Chile Michelle Bachelet, presentó el Mensaje Nº 1230-362/ sobre la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo por 3 causales: El citado mensaje se convirtió en el Boletín Nº 9895-11, el cual fue aprobado por la Cámara de Diputados y remitido el 17 de marzo de 2016, con Oficio Nº 12.408 al Presidente del Senado, con la finalidad que pueda ser aprobado.	Presentado por la Presidenta de Chile a la Cámara de Diputados el 31 de enero de 2015	-Peligro para la vida de la mujer.  <b>Otras causales:</b> -Proviene de una violación. -El feto padezca una alteración estructural congénita o genética incompatible con la vida.

<b>Colombia</b>	Corte Constitucional correspondiente a la Sentencia C-355 del 10 de mayo de 2006, que declaró exequible el artículo 122 de la Ley Nro. 599 de 2000	10 de mayo de 2006	-Peligro para la vida de la mujer. - Peligro para la salud de la mujer.  <b>Otras causales:</b> -Cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico. -Cuando el embarazo sea el resultado de una conducta debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o transferencia de ovulo fecundado no consentidas, o de incesto.
<b>Ecuador</b>	Artículo 150 del Código Orgánico Integral Penal	Publicado el 10 de febrero de 2014	-Peligro para la vida de la mujer. -Peligro para la salud de la mujer.  <b>Otra causal :</b> -Por violación en una mujer que padezca de discapacidad mental.
<b>Paraguay</b>	El artículo 109º del Código Penal Paraguayo, modificado por la Ley N° 3.440/08 establece en su inciso 4 lo siguiente: "Artículo 109º.- (...) 4.- No obra antijurídicamente el que produjera indirectamente la muerte de un feto, si esto, según los conocimientos y las experiencias del arte médico, fuera necesario para proteger de un peligro la vida de la madre	Ley del 16 de junio de 2008	-Peligro para la vida de la mujer
<b>Perú</b>	Código Penal de 1991, aprobado por Decreto Legislativo N° 635  "Artículo 119º.- 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". Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA	Promulgado el 3 de abril de 1991.  Publicado el 8 de abril de 1991.  Promulgado el 27 de	-Peligro para la vida de la mujer. -Peligro para la salud de la mujer.

	<i>“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 119º del Código Penal”.</i>	junio de 2014.  Publicado el 28 de junio de 2014.	
<b>Uruguay</b>	Ley Nro. 18987	17 de octubre de 2012	-Peligro para la salud de la mujer.  <b>Otras causales:</b> -Proviene de una violación (hasta 14 semanas). -Existen anomalías fetales incompatibles con la vida extrauterina (sin determinar plazo).

Elaboración : Propia

### **3.- La Guía Técnica Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo por Indicación Terapéutica como política pública**

La Guía Técnica Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo por Indicación Terapéutica, es una Política Pública o una respuesta emitida por el Estado Peruano, frente a un requerimiento de la sociedad.

Por lo que en este momento, corresponde preguntarse qué se entiende por política pública, cuáles son sus ciclos y cómo se formulan.

Lahera Eugenio (2004) señala que la política pública “en el concepto tradicional, corresponde al programa de acción de una autoridad pública o al resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y legitimidad gubernamental” (p. 13).

Para García Evangelina (2008), las políticas públicas son las decisiones democráticas ejercidas a través de las y los gobernantes que ostentan el poder para solucionar los grandes problemas y demandas de la población y cumplir con las aspiraciones políticas. Tienen su base en los principios constitucionales y en los derechos humanos y las obligaciones que éstos comprenden. Deben estar sustentadas en la evidencia técnica/científicas y legitimadas por el pueblo, mediante su participación y aceptación. Dichas decisiones también involucran al sector privado.



De los conceptos antes indicados, se puede advertir que la política pública es la respuesta que formula el Estado frente a un problema presentado por la sociedad.

Ahora bien, las políticas públicas tienen momentos o ciclos, los cuales para la mayoría de autores como Lahera, lo distinguen en 4:

- Origen (identificación del problema).
- Diseño (elaboración de la política).
- Gestión (ejecución de la política)
- Evaluación (resultados de la política).

Los 4 momentos de esta política se pueden visualizar de la siguiente manera:

**Cuadro Nro. 03**  
**Etapas de las Políticas Pública**  
**y la Resolución Ministerial Nro. 486-2014/MINSA**

Etapas de la Política Pública	Situación
1.- Origen	Mujeres en edad fértil que ponen en riesgo su vida o su salud con un mal grave o permanente por encontrarse gestando.
2.- Diseño	Expedición de la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA.
3.- Gestión	Aplicación de la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA desde el 29 de junio de 2014 al 31 de diciembre de 2015.
4.-Evaluación	Resultados de la aplicación de la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA.

Fuente : Lahera Eugenio. Introducción a las Políticas Públicas 2004. Página 13

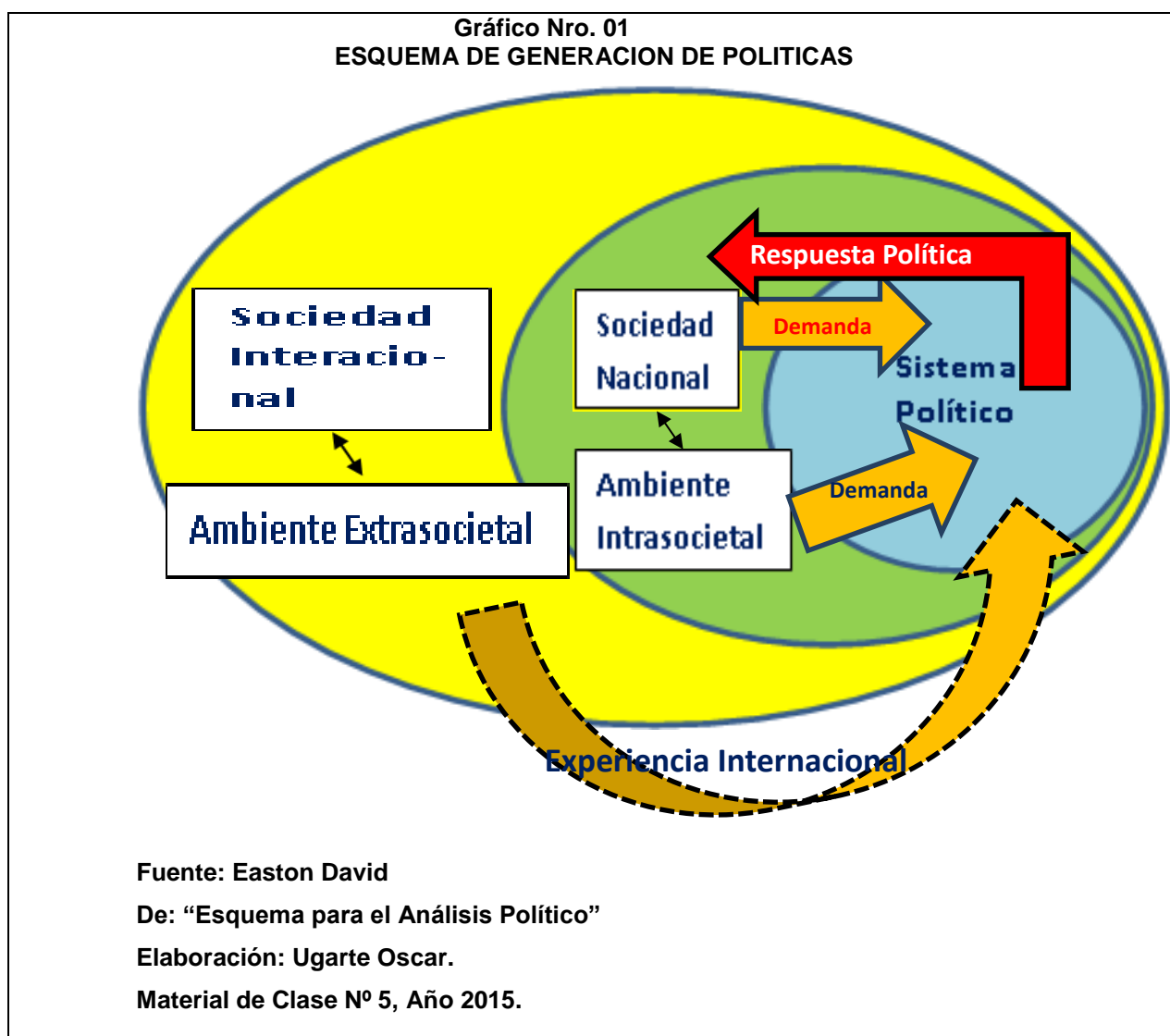
Elaboración: Propia

Se ha definido lo que significa una política pública y se ha señalado su ciclo, pero es importante conocer cómo se diseña, quienes intervienen y los escenarios en que se desarrolla:

Para Easton David et al., el sistema político se da en dos ámbitos, llamados: intrasocietal y el extrasocietal.

En el ámbito intrasocietal, el ambiente social y político se encuentran fuera del sistema político, pero dentro de la misma sociedad; mientras que en el ámbito extrasocietal, el mismo tiene un carácter externo y forma el llamado sistema político internacional.

Los 2 ámbitos generan influencia en el sistema político, es decir, en el Estado el cual responde a los requerimientos, con la emisión de una política pública.



En el presente caso, la Guía plantea indicaciones para la interrupción terapéutica del embarazo que son descritas como entidades clínicas que ponen en riesgo la vida de la gestante o que pueden generar un mal grave y permanente en su salud, por lo que se les considera tributarias

para el aborto terapéutico. Se trata de cuadros clínicos realmente graves en los cuales difícilmente podría discutirse la real amenaza a la vida o salud de la gestante, de acuerdo a la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (2005).

Conforme lo indica el Décimo Octavo Informe Anual de la Defensoría del Pueblo, correspondiente al año 2014, se destaca la publicación de la citada Guía y señala que la misma recogió las recomendaciones efectuadas al Ministerio de Salud referida a:

- i) Su aplicación en los establecimientos de salud a nivel nacional, tanto públicos como privados, a partir del segundo nivel de atención.
- ii) Incluye el consentimiento informado de la gestante y elimina el requisito de la firma del testigo.
- iii) Ofrece detalle de la conformación de la Junta Médica y el plazo en que debe pronunciarse.

Y en el Décimo Noveno Informe Anual se destaca la implementación de la Guía, señalando precisamente que la misma se efectuó en cumplimiento de las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos en el caso de Noelia Karin Llantoy Huamán y del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas (CEDAW), en relación con el caso Liz Margot Chalco Palacios.

El aborto terapéutico es una respuesta del Estado, frente al problema de salud de muchas mujeres y este tema ha sido discutido, analizado y estudiado durante mucho tiempo y es a través de la norma sectorial que se establece el procedimiento, para su realización, debido a que muchos centros de salud, no lo efectuaban, por las implicancias de la responsabilidad punitiva de sus profesionales de la salud y otros lo realizaban, teniendo en cuenta cada una de las patologías que consideraban podía dar lugar al aborto terapéutico, lo que significa que no estaba homogenizado.

La puesta en vigencia de dicha norma, ha dado lugar que el Estado Peruano, en su presentación ante el 58 período de sesiones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas, realizada en Ginebra en el mes de julio de 2014, haya señalado como un aspecto importante del compromiso del Perú, la aprobación oficial de la Guía técnica para la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas.

En dicho pronunciamiento se señala lo siguiente:

“Esta norma emitida de conformidad con nuestro marco legal que legaliza el aborto cuando está en riesgo la vida o un daño grave y permanente en la salud de las madres, ha sido aprobada por el Ministerio de Salud con el asesoramiento técnico jurídico del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Hemos estandarizado protocolos para que a nivel nacional las mujeres tengan acceso al servicio de salud que merecen”.

Existen posiciones a favor de la vigencia de la norma, como la señalada por Távora (2015), quien considera un derecho de las mujeres acceder al aborto terapéutico, precisando que todavía existen algunas consideraciones que deben ser tomadas en cuenta, como la capacitación a los proveedores de los servicios de salud en el conocimiento y aplicación de la Guía Nacional, así como fortalecer los aspectos bioéticos y de clarificación de valores relacionados con la prestación de los servicios del aborto terapéutico.

La mencionada norma tiene por finalidad tipificar el procedimiento de interrupción voluntaria del embarazo.

Dicho procedimiento se inicia con una solicitud presentada por la mujer gestante, es decir, ella ejerce su derecho de petición voluntaria, para ser sometida a una intervención médica, cuando ha sido informada por un médico, que su gestación va a originar en ella un daño a su salud o a su vida.

Y se dice que es una petición voluntaria, porque es la mujer gestante quien decide someterse a una intervención, la cual va a efectuarse en su cuerpo y, al ser voluntaria, ella puede decir en cualquier momento que dicha intervención no se realice.

Es decir, su manifestación de voluntad, que es un acto jurídico, puede ser revocado por ella misma y en cualquier momento, para dejarla sin efecto, de acuerdo a su decisión. Esto es lo que la mujer gestante puede realizar.

Pero existe también otro sujeto importante ya no en la decisión, sino en la ejecución de esta decisión, quien es el médico, el único profesional de la salud que puede efectuar el aborto terapéutico.

La intervención de él es muy importante en las diferentes etapas del procedimiento:

- 1.- El médico tratante informa a la mujer gestante del riesgo para su vida o su salud.
- 2.- Este médico tratante traslada la petición voluntaria de la mujer gestante a la Jefatura del Departamento de Gineco- Obstetricia, con conocimiento de la Dirección General.
- 3.- El profesional de la salud, quien es Jefe del Departamento de Gineco – Obstetricia, convoca a una Junta Médica.
- 4.- La Junta Médica se encuentra integrada por 3 profesionales médicos/as asistenciales, de los cuales uno Gineco-Obstetra (Preside) y 2 médicos cirujanos, de los cuales 1 es médico relacionado con la patología de fondo de la gestante. La Junta es quien decide si procede o no la intervención quirúrgica.
- 5.- El médico tratante informa de la decisión adoptada por la Junta Médica a la mujer gestante.
- 6.- El Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia es quien establece el médico que realizará la intervención.
- 7.- El médico que realiza la intervención comunica al Jefe del Departamento de los resultados de la misma.
- 8.- Es este Jefe del Departamento quien informa al Director del Establecimiento de Salud de la ejecución de la interrupción legal del embarazo.

Estos son los momentos de intervención del profesional de la salud- médico y que se inicia desde el momento que comunica a la gestante del riesgo que asume por su embarazo, hasta el momento que es sometida a la intervención quirúrgica y es comunicada al representante del establecimiento de salud, de más alto rango.

Es decir, participa en todo el procedimiento de la interrupción legal, por eso es tan importante su actuación, frente a una situación de riesgo para una mujer gestante, más aún cuando es él, quien puede considerar el criterio de objeción de conciencia; pero en situaciones de riesgo frente a la vida o a la salud de la mujer gestante, y en virtud del Código Penal y esta Guía, su falta de atención originaría responsabilidad de carácter penal, sin perjuicio de las acciones civiles derivadas de la responsabilidad civil por daños y perjuicios, además de la responsabilidad administrativa.

Como refiere Caro Jhon (2008, 453) la norma señala como primera garantía normativa para su realización, que el aborto terapéutico deba ser realizado por un profesional especializado, excluyendo a personas que no tengan ni la formación profesional ni el título académico para realizarlo.

Las condiciones y supuestos establecidos por la norma, son los siguientes:

#### **1.- Centros de atención:**

Establecimientos de salud correspondientes al segundo y tercer nivel de atención del sistema de salud nacional.

La norma vigente que establece los niveles de atención, es la Resolución Ministerial N° 076-2014/MINSA del 29 de enero de 2014, que aprobó la *“Guía Técnica para la Categorización de Establecimientos del Sector Salud”*, la cual señala que los establecimientos de salud se encuentran diferenciados por categorías, en virtud de la clasificación que se realiza en base a los niveles de complejidad y características funcionales comunes. Dicha norma derogó la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA que aprobó la N.T.S. 021.MINSA/DGSP-V.03 Norma Técnica de Salud *“Categoría de Establecimientos del Sector Salud”*.

La citada norma señala que existen 3 niveles de atención, correspondiendo al segundo y tercer nivel, una atención especializada y atención general, respectivamente.

Y continuando con las condiciones y supuestos, se tiene lo siguiente:

#### **2.- Interrupción:**

Hasta 22 semanas de gestación.

#### **3.- Situación:**

Es el único medio para:

- a) Salvar la vida de la gestante o;
- b) Evitar un mal grave y permanente en la salud de la gestante.

#### 4 - Requisito verificable:

Diagnóstico médico que establezca la situación de riesgo para la vida o la salud de la mujer gestante en los supuestos señalados por la norma.

#### 5.- Supuestos

Los supuestos establecidos para su aplicación, corresponden a las siguientes patologías:

- a) Embarazo ectópico tubarico, ovárico cervical.
- b) Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno.
- c) Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal.
- d) Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia.
- e) Insuficiencia cardiaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento.
- f) Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco.
- g) Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo.
- h) Lupus Eritematoso Sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento.
- i) Diabetes Mellitus avanzada con daño de órgano blanco.
- j) Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de

una presión parcial de oxígeno mayor de 50 mm de Hg. y saturación de oxígeno en la sangre mayor 85% y con patología grave; y

- k) 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.

Con la expedición 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”, los profesionales de la salud ya pueden efectuarlo sin el temor de ser sometidos a un proceso penal.

Se debe tener presente que el aborto terapéutico es procedente cuando es el **único medio** para salvar el derecho a la vida de la mujer gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud.

Este es un derecho de las mujeres, tal como lo indica Ugarte Oscar (2012), cuando señala que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994, celebrada en El Cairo, marcó un nuevo hito porque los gobiernos ahí reunidos reconocieron internacionalmente los derechos reproductivos contenidos en documentos sobre derechos humanos, y declararon que la salud y los derechos sexuales y

reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo. Se adoptó un nuevo concepto, más amplio, de salud reproductiva y derechos reproductivos, incluyendo la planificación familiar y la salud sexual como parte de la salud integral de las personas y de la lucha por el desarrollo económico y social. Por eso no es casual que la Conferencia de El Cairo fuese de Población y Desarrollo, a diferencia de las cuatro primeras Conferencias Internacionales (Roma 1954, Belgrado 1965, Bucarest 1974 y México 1984) que sólo fueron de Población”.(Página 14).

Y agrega:

“La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing el año 1995, permitió ampliar mucho más la dimensión de la salud sexual y reproductiva, no sólo como parte de los derechos humanos en general reconocidos en la Conferencia de El Cairo, sino como parte del derecho específicamente de las mujeres a decidir sobre su salud sexual y reproductiva”. (Página. 16).

Este reconocimiento de los derechos de las mujeres a su salud sexual y reproductiva se inició en la 107 sesión plenaria de la Organización de las Naciones Unidas, celebrada el 18 de diciembre de 1979, cuando en la Resolución Nro. 34/180 se aprobó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

En el inciso e) del punto 1 del artículo 16 se establece lo siguiente:

Artículo 16

1.- Los Estados Partes adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurarán, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres:

e) Los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que le permitan ejercer tales derechos”.

#### **4.- Conclusiones**

- a) El aborto terapéutico es un problema de salud pública que se presenta en la mayoría de países de América del Sur, razón por la cual el mismo ha sido reglamentado en alguno de ellos.
- b) La reglamentación del aborto terapéutico en el Perú, mediante la Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, es una política pública emitida por el Estado, frente a un problema que se presenta en las mujeres gestantes, efectuándose el mismo cuando es el único medio para salvar la vida de la mujer o para evitar un mal grave y permanente en su salud.
- c) La realización del mismo, comprende a determinadas entidades clínicas y condiciones

expresamente establecidas por la norma.

- d) La emisión de la citada política pública se efectuó debido a la existencia de 2 procesos interpuestos contra el Estado Peruano, el cual fue demandado ante los tribunales internacionales y por los cuales nuestro país, ha tenido que asumir reparaciones económicas, reconociendo el perjuicio causado a dos mujeres por negarle el acceso al aborto terapéutico:
- Caso : Noelia Karin Llantoy Huamán.
  - Caso : Liz Margot Chalco Palacios

### Fuentes de Información

1. **ATENCION DEL ABORTO TERAPEUTICO GUIA DE PRACTICA CLINICA (GPC)** (2015) Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Primera Edición. Quito. Dirección Nacional de Normatización.
2. **CENTRO DE CONCILIACION GRATUITO DEL MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS.** (2015). *Acta de Conciliación con Acuerdo Total. Acta de Conciliación Nro. 509-2015.CCG/SC. EXP. 400-2015-JUS.*
3. **CENTRO DE CONCILIACION DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD** (2015). *Acta de Conciliación con Acuerdo Total Nro. 083-2015-CONC. EXP Nro. 081-2015-CONC.*
4. **COMUNICACIÓN 1153-2003.** (2005). Caso Karen Noelia Llantoy Huamán contra Perú; Dictamen del 24 de octubre de 2005.
5. **COMUNICACIÓN 22-2009.** (2011). T.P.F.(Representada por el Centro de Derechos Reproductivos y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos) c Perú; Dictamen del 17 de octubre de 2011.
6. **EASTON, D.** (1999). *Esquema para el Análisis Político.* Buenos Aires. Amorrortu Editores. Págs. 105 y 106.
7. **DECRETO Nro 4444 de 2006** (2006). Por el cual se reglamenta la prestación de unos servicios de salud sexual y reproductiva. , expedida por el Presidente de la República de Colombia y el Ministro de Protección Social.
8. **DEFENSORIA DEL PUEBLO** (2015) Décimo Octavo Informe Anual de la Defensoría del Pueblo. Enero- Diciembre 2014. Primera Edición. Lima. Defensoría del Pueblo.



9. **DEFENSORIA DEL PUEBLO** (2016) Décimo Noveno Informe Anual de la Defensoría del Pueblo. Enero- Diciembre 2015. Primera Edición. Lima. Defensoría del Pueblo.
10. **GARCIA E.** (2008). *Conceptos Fundamentales relacionados con las Políticas Públicas*. En "Políticas de Igualdad, Equidad y Género". El Salvador. PNUD.
11. **LAHERA E.** (2004). *Introducción a las Políticas Públicas*. Chile. Fondo de Cultura Económica. Página 13.
12. **LEY Nro. 18987** (2012). *Regula la interrupción voluntaria del embarazo en condiciones específicas*. Uruguay.
13. **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO SANITARIO DE LA INTERRUPCION VOLUNTARIA DEL EMBARAZO** (2012). Uruguay.
14. **MENSAJE N° 1230-362/** (2015). Mensaje de S.E. La Presidenta de la República de Chile con el que inicia un proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales. Chile.
15. **MINISTERIO DE JUSTICIA (2014)** Intervención del Estado peruano en el 58 Período de Sesiones del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de Naciones Unidas.
16. **NECOCHEA, R** (2016). *La Planificación Familiar en el Perú del Siglo XX*. Lima. Instituto de Estudios Peruanos y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
17. **OFICIO N° 12.408** (2016). El Presidente en ejercicio de la Cámara de Diputados remite al Presidente del Senado el proyecto de ley que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, correspondientes al Boletín N° 9895-11. Chile.
18. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD Y AGENCIA DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL** (2007). *Función Rectora de la Autoridad Sanitaria Nacional. Desempeño y Fortalecimiento*. Edición Especial N° 17. Washington DC. EE.UU. 2007.
19. **RESOLUCION Nro. 34/180.** (1979) *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. 107 Sesión plenaria de la Organización de las Naciones Unidas.
20. **RESOLUCION Nro. 22/2015.** (2015). Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Medidas

- Cautelares 178/15. Asunto Niña Mainumby respecto de Paraguay del 8 de junio de 2015.
21. **RESOLUCION Nro. 1252-MSGC-12** (2012) Norma que aprueba el Protocolo para la Atención Integral de las Personas con derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. Ministerio de Salud. Argentina.
  22. **RESOLUCION Nro. 004905 de 2006** (2006), por el cual se adopta la norma técnica para la atención de la Interrupción Voluntaria del Embarazo-IVE, expedida por el Ministro de la Protección Social de Colombia.
  23. **RESOLUCIÓN EJECUTIVA REGIONAL Nº 259-2008-GRA/PR** del 25 de abril de 2008. Arequipa.
  24. **RESOLUCIÓN GERENCIAL REGIONAL Nº 751-2007-GRA/GRS/GR-DG** del 26 de diciembre de 2007. Arequipa.
  25. **RESOLUCIÓN GERENCIAL REGIONAL Nº. 109-2008-GRA/GRS/GR-OAJ**, del 21 de febrero de 2008. Arequipa.
  26. **RESOLUCION MINISTERIAL Nro. 264-2015-JUS.** Del 28 de septiembre de 2015. Perú.
  27. **RESOLUCION MINISTERIAL Nro. 728-2015/MINSA.** Del 16 de noviembre de 2015. Perú.
  28. **RESOLUCION MINISTERIAL Nro. 852-2015/MINSA** del 29 de diciembre de 2015. Perú.
  29. **RESOLUCION MINISTERIAL Nro. 0027** del 29 de enero de 2015 de Bolivia, que aprueba el procedimiento técnico para la prestación de servicios de salud en el marco de la sentencia constitucional plurinacional 0206/2014. Expedida por la Ministra de Salud de Bolivia.
  30. **SENTENCIA CONSTITUCIONAL PLURINACIONAL Nro. 206/2014** del 5 de febrero de 2014. Bolivia.
  31. **SENTENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE LA NACIÓN DE ARGENTINA** del 12 de marzo de 2012, correspondiente al Fallo de F.AL., sobre medida autosatisfactiva. Argentina.
  32. **SENTENCIA DE LA CORTE CONSTITUCIONAL DE COLOMBIA C-355** Del 10 de mayo de 2006. Colombia.
  33. **SISTEMA PERUANO DE INFORMACION JURIDICA.** Decreto Legislativo Nro 653. Código Penal. Libro II. Título I. Capítulo II. Artículo 119.
  34. **SOCIEDAD PERUANA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA.**

(2005) Taller de Sociedades Médicas para Identificar el perfil clínico para el aborto terapéutico. Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia. Lima.

Lima. En Ius Et Veritas. Número 36. Lima. Página 451.

## REFERENCIAS ELECTRONICAS

1.

<http://www.abortoinformacionmedica.es/2009/03/28/definicion-de-ive-interrupcion-voluntaria-del-embarazo/>.

35. **TAVARA L.** (2015). *Presentación del Simposio Acceso al Aborto Terapéutico en el Perú*. Lima. Página 395.

36. **UGARTE O.** (2015) *Documento Técnico Análisis Funcional del Sistema de Salud y sus Implicancias para el Fortalecimiento de las Funciones que debe cumplir el Instituto de Gestión de Servicios de Salud en el Marco de la Reforma del Sector Salud*. Organización Panamericana de la Salud. Página 13.

37. **UGARTE O.** (2015). Material de Clase N° 05. Instituto de Gobierno y Gestión Pública de la Universidad San Martín de Porres.

38. **WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO).** (2003) *Safe Abortion. Technical and Policy guidance for health systems*. Geneva. WHO. Página 106.

## REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS

39. **CARO J.** (2008). *Sobre la Relevancia del Protocolo Médico para la concreción del Riesgo Permitido en el Aborto Terapéutico*.