Colegio de Obstetras del Perú
D.L. N° 21210 - LEY N° 28686
PROFESION MEDICA N° 23346

OFICIO N.° 1168-2026-DN-COP

Lima, 21 de septiembre de 2026

CÁMARA DE DIPUTADOS
ÁREA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
PROPOSICIÓN LEGISLATIVA
00631-2026-2031-CD
RU 27570-CD
21 OCTUBRE 2026 03:32 p. m.
FIRMADO DIGITALMENTE: ASABARIAN

Señor
ÓSCAR DE JESÚS RETO OTERO
Presidente de la Cámara de Diputados
Congreso de la República
Presente.-

Asunto: Presentación de iniciativa legislativa denominada "Ley que fortalece la protección de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes e incorpora al profesional obstetra en la comunidad educativa".

Referencia:

a) Artículo 107 de la Constitución Política del Perú.
b) Ley N.° 28044, Ley General de Educación.
c) Ley N.° 27853, Ley de Trabajo de la Obstetriz.
d) Decreto Supremo N.° 008-2003-SA.
e) Decreto Ley N.° 21210, modificado por Ley N.° 28686.
f) Estatuto del Colegio de Obstetras del Perú.

De mi especial consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en mi condición de **Decana Nacional y representante legal del Colegio de Obstetras del Perú**, a fin de presentar formalmente, para el trámite legislativo correspondiente, la iniciativa denominada:

"LEY QUE FORTALECE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES E INCORPORA AL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA"

La presente iniciativa se formula en ejercicio del derecho reconocido por el **artículo 107 de la Constitución Política del Perú**, conforme al cual los colegios profesionales tienen iniciativa en la formación de las leyes respecto de las materias

que les son propias. En el actual sistema bicameral, las iniciativas legislativas se tramitan inicialmente ante la Cámara de Diputados.

I. COMPETENCIA DEL COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ PARA EJERCER INICIATIVA LEGISLATIVA

El Colegio de Obstetras del Perú es una institución autónoma con personería jurídica de derecho público interno, representativa de los profesionales de Obstetricia, creada mediante Decreto Ley N.° 21210 y modificada por la Ley N.° 28686. Su Estatuto reconoce expresamente entre sus atribuciones la facultad de **ejercer el derecho constitucional de presentar ante el Congreso de la República iniciativas legislativas, especialmente las relacionadas con desarrollo profesional, salud y desarrollo social**.

La presente iniciativa se encuentra directamente comprendida dentro de dichas materias, toda vez que regula la participación del profesional obstetra en acciones de promoción, prevención, orientación y articulación sanitaria relacionadas con la **salud sexual y reproductiva de la población adolescente**, ámbito estrechamente vinculado con la formación, competencias y ejercicio profesional de Obstetricia.

Asimismo, el Estatuto establece que la Decana Nacional ejerce la representación legal del Colegio de Obstetras del Perú y suscribe las comunicaciones oficiales de la institución.

II. PROBLEMA PÚBLICO QUE FUNDAMENTA LA INICIATIVA

La propuesta no se sustenta únicamente en la incorporación previa de otras profesiones de salud a la comunidad educativa.

Su fundamento principal es la necesidad de fortalecer la respuesta estatal frente a problemas persistentes que afectan a la población adolescente, entre ellos:

embarazo adolescente; infecciones de transmisión sexual; barreras de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; identificación tardía de situaciones de riesgo; y violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes.

La iniciativa plantea utilizar la institución educativa como un espacio estratégico de **prevención y articulación con el sistema sanitario**, sin convertirla en un establecimiento de salud y sin sustituir la función pedagógica del Sector Educación.

III. NUEVO DISEÑO DE LA PROPUESTA

Existen antecedentes legislativos del periodo parlamentario precedente relacionados con la incorporación del profesional obstetra a la comunidad educativa.

Sin embargo, la iniciativa que se presenta mediante el presente oficio constituye una **nueva propuesta legislativa**, con una estructura normativa y una finalidad de política pública sustancialmente reformuladas.

No se propone exclusivamente:

"un obstetra permanente en cada institución educativa".

Se establece, en cambio, un sistema de **cobertura progresiva del profesional obstetra**, susceptible de implementarse mediante modalidades:

- permanente;
- itinerante;
- compartida entre instituciones educativas;
- territorial desde establecimientos o redes de salud;
- extramural; o
- mixta.

Este diseño permite adecuar la intervención a las diferencias existentes entre ámbitos urbanos, rurales, andinos y amazónicos y evita convertir la ley en una obligación inmediata de creación indiscriminada de plazas.

IV. LA INICIATIVA NO MODIFICA EL CURRÍCULO EDUCATIVO

La propuesta diferencia expresamente las competencias de los sectores involucrados.

El **Ministerio de Educación mantiene íntegramente la rectoría de la política educativa, curricular, tutorial y pedagógica**.

El **Ministerio de Salud mantiene la rectoría sanitaria**.

El profesional obstetra interviene como profesional especializado en salud sexual y reproductiva, dentro de sus competencias legalmente reconocidas.

En consecuencia, la iniciativa **no crea una nueva asignatura, no modifica el currículo nacional y no transfiere al profesional obstetra funciones propias de los docentes o tutores**.

V. PROTECCIÓN DE LAS FAMILIAS Y DEL ADOLESCENTE

El texto incorpora expresamente la participación de madres, padres, tutores y cuidadores en las actividades preventivas y promocionales correspondientes.

Asimismo, establece que la ley no modifica las disposiciones vigentes relacionadas con:

consentimiento, confidencialidad, acceso a prestaciones sanitarias y demás derechos y deberes aplicables a la atención de adolescentes.

De esta manera, el proyecto no pretende utilizar una ley de organización educativa para alterar regímenes sanitarios que poseen regulación específica.

VI. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL

La iniciativa incorpora un componente preventivo frente a violencia sexual, pero delimita estrictamente las funciones profesionales.

El profesional obstetra **no investiga delitos, no determina responsabilidades, no realiza pericias médico-legales ni sustituye al Ministerio Público, Policía Nacional, Medicina Legal, Centros Emergencia Mujer, UPE, DEMUNA u otras autoridades competentes**.

Su intervención se concentra en:

prevención → identificación temprana → atención inicial dentro de competencia → no revictimización → referencia → activación de las rutas institucionales existentes.

La finalidad es fortalecer las posibilidades de detección y atención temprana, sin crear un sistema de protección paralelo.

VII. SOSTENIBILIDAD DE LA PROPUESTA

La iniciativa ha sido diseñada para evitar que su aprobación genere automáticamente una obligación de contratación inmediata de un profesional obstetra en cada institución educativa.

El proyecto establece:

implementación progresiva; proyecto piloto; modalidades territoriales de cobertura; evaluación económica; Plan Nacional de Implementación; y programación multianual y presupuestaria por las entidades competentes.

Además, dispone expresamente que la ley **no autoriza por sí misma creación automática de plazas, contratación de personal, incremento remunerativo, transferencias financieras ni gastos inmediatamente imputables al presupuesto anual vigente**.

Esta estructura busca compatibilizar la finalidad sanitaria de la propuesta con las reglas constitucionales y presupuestarias correspondientes.

VIII. MODIFICACIONES LEGISLATIVAS PROPUESTAS

La iniciativa concentra su impacto normativo en la **Ley N.° 28044, Ley General de Educación**, mediante:

1. **Modificación del artículo 52**, incorporando al profesional obstetra entre los integrantes de la comunidad educativa.

2. **Modificación del artículo 62-A**, incorporando expresamente la función especializada del profesional obstetra y actualizando su estructura para comprender conjuntamente a psicología, enfermería, odontología y Obstetricia.

No se propone mediante esta iniciativa modificar ni ampliar las competencias profesionales establecidas por la Ley N.° 27853.

IX. OBJETIVO DE POLÍTICA PÚBLICA

La finalidad última de la iniciativa no es la incorporación nominal de una profesión dentro de la Ley General de Educación.

Se busca conseguir que, progresivamente, las instituciones educativas que atienden población adolescente puedan contar con:

un establecimiento de salud territorialmente identificado;
un profesional obstetra referente para salud sexual y reproductiva;
un mecanismo de orientación y prevención;
un canal de referencia sanitaria;
y una ruta articulada para las situaciones que requieran intervención especializada.

De esta manera se pretende reducir la distancia existente entre el adolescente y los servicios sanitarios disponibles.

POR LO EXPUESTO:

En ejercicio del derecho de iniciativa legislativa reconocido constitucionalmente al Colegio de Obstetras del Perú, **SOLICITO se sirva disponer la recepción, registro, numeración y trámite parlamentario correspondiente de la iniciativa legislativa adjunta**, a efectos de que sea derivada a las comisiones competentes de la Cámara de Diputados para su estudio y dictamen.

Asimismo, solicitamos que, durante el proceso de estudio de la iniciativa, se permita la participación técnica del **Colegio de Obstetras del Perú**, a fin de sustentar sus

fundamentos sanitarios, profesionales, territoriales, regulatorios y presupuestarios cuando sea requerido por las comisiones correspondientes.

La presente constituye una **nueva iniciativa legislativa**, formulada bajo el actual marco bicameral y con un diseño normativo propio, sin perjuicio de los antecedentes parlamentarios existentes sobre la materia.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,

GLORIA MARLENE MORENO PONCE
DECANA NACIONAL
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

ANEXOS

Anexo 1: Proyecto de Ley – Texto normativo integrado.

Anexo 2: Exposición de Motivos.

Anexo 3: Análisis Costo–Beneficio e Impacto Presupuestal y Regulatorio.

Anexo 4: Análisis del impacto de la vigencia de la norma sobre la legislación nacional.

Anexo 5: Proyecto Piloto Intersectorial "Obstetra Referente para Instituciones Educativas".

Anexo 6: Proyecto de Protocolo Intersectorial MINSA–MINEDU–MIMP–COP.

TEXTO INTEGRADO FINAL PROPUESTO

PROYECTO DE LEY

LEY QUE FORTALECE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES E INCORPORA AL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

Artículo 1. Objeto de la Ley

La presente ley tiene por objeto fortalecer la protección integral de la salud de los adolescentes mediante la incorporación del **profesional obstetra en la comunidad educativa** y el establecimiento de mecanismos permanentes y progresivos de articulación entre las instituciones educativas y los servicios de salud.

La intervención tiene como finalidades prioritarias la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva, la prevención del embarazo en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual, la identificación temprana de factores y situaciones de riesgo, la prevención de la violencia sexual y la facilitación del acceso oportuno a los servicios de salud.

Artículo 2. Modificación de los artículos 52 y 62-A de la Ley N.° 28044, Ley General de Educación

Se modifican los artículos 52 y 62-A de la Ley N.° 28044, Ley General de Educación, en los siguientes términos:

"Artículo 52.- Conformación y participación

La comunidad educativa está conformada por estudiantes, padres de familia, profesores, auxiliares de educación, directivos, administrativos, profesional en psicología, profesional en enfermería, profesional odontólogo, **profesional obstetra**, exalumnos y miembros de la comunidad local.

Según las características de la institución educativa, sus representantes integran el Consejo Educativo Institucional y participan en la formulación y ejecución del proyecto educativo en lo que respectivamente les corresponda.

La participación de los integrantes de la comunidad educativa se realiza mediante formas democráticas de asociación, a través de la elección libre, universal y secreta de sus representantes."

"Artículo 62-A.- Profesionales especializados integrantes de la comunidad educativa

El profesional en psicología, el profesional en enfermería, el profesional odontólogo y el **profesional obstetra** son profesionales especializados que forman parte de la comunidad educativa y contribuyen, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, a la formación integral, bienestar y protección de los estudiantes de educación básica.

La función principal del profesional en psicología consiste en brindar soporte para que los actores de las instituciones educativas orienten adecuadamente a los estudiantes, entre otros aspectos, en aquellos relacionados con su desarrollo cognitivo y socioemocional.

La función principal del profesional en enfermería está orientada a prestar los servicios comprendidos dentro de su competencia relacionados con la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los estudiantes y demás integrantes de la comunidad educativa.

La función principal del profesional odontólogo está orientada a prestar los servicios comprendidos dentro de su competencia relacionados con la prevención y promoción de la salud bucodental de los estudiantes y demás integrantes de la comunidad educativa.

La función principal del **profesional obstetra** está orientada a contribuir, dentro del ámbito de sus competencias, a la promoción, prevención, orientación y consejería en salud sexual y reproductiva; prevención del embarazo en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual; identificación temprana de factores y situaciones de riesgo; articulación de los estudiantes con los servicios de salud; y participación en acciones preventivas frente a la violencia sexual, conforme a la normativa sanitaria, educativa y de protección vigente.

Cuando se identifique una necesidad sanitaria, situación de riesgo o posible situación de violencia que requiera la intervención de otro profesional, servicio o autoridad, el profesional obstetra facilita la referencia, vinculación o activación de los mecanismos institucionales correspondientes, sin sustituir las competencias atribuidas legalmente a otras profesiones, entidades o autoridades.

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y, en las materias de su competencia, con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, establece reglamentariamente las condiciones, funciones y modalidades de intervención de los profesionales comprendidos en el presente artículo."

Artículo 3. Cobertura progresiva del profesional obstetra

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y los gobiernos regionales, implementa progresivamente mecanismos destinados a garantizar que las instituciones educativas de educación básica que atienden población adolescente dispongan de **cobertura de un profesional obstetra referente para el componente de salud sexual y reproductiva**.

La cobertura se desarrolla considerando las necesidades sanitarias y educativas, características territoriales, población estudiantil, accesibilidad, capacidad de los servicios de salud y disponibilidad de recursos humanos.

La incorporación prevista en la presente ley no determina por sí misma que cada institución educativa deba contar con una plaza exclusiva y permanente de profesional obstetra.

Artículo 4. Modalidades de cobertura

La cobertura establecida en el artículo precedente puede desarrollarse, según las características y necesidades de cada territorio, mediante:

a) profesional obstetra con presencia permanente en la institución educativa;

b) profesional obstetra itinerante;

c) profesional obstetra compartido entre dos o más instituciones educativas territorialmente articuladas;

d) profesional obstetra referente perteneciente a un establecimiento, microrred, red u otra estructura territorial del Sector Salud;

e) intervención extramural programada del equipo de salud con participación del profesional obstetra; o

f) modalidades mixtas que combinen intervención presencial y telesalud, cuando esta última resulte técnicamente pertinente.

La telesalud tiene carácter complementario y no sustituye aquellas intervenciones que, por su naturaleza, requieran presencia física, evaluación clínica o atención en un establecimiento de salud.

Artículo 5. Criterios de priorización

La implementación progresiva prioriza instituciones educativas o ámbitos territoriales que presenten uno o más de los siguientes criterios:

a) mayor incidencia o prevalencia de embarazo adolescente;

b) mayores barreras para acceder oportunamente a servicios de salud sexual y reproductiva;

c) alta concentración de población adolescente;

d) ruralidad, dispersión geográfica o dificultades de transporte;

e) indicadores sanitarios relevantes relacionados con salud sexual y reproductiva;

f) situaciones de vulnerabilidad que requieran fortalecimiento de acciones preventivas;

g) limitada disponibilidad o accesibilidad de servicios diferenciados para adolescentes; y

h) otros criterios sanitarios o territoriales establecidos conjuntamente por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

La utilización de dichos criterios tiene finalidad de planificación sanitaria y **no puede emplearse para estigmatizar públicamente a una institución educativa, estudiante o comunidad**.

Artículo 6. Naturaleza de la intervención del profesional obstetra

La participación del profesional obstetra en la comunidad educativa tiene naturaleza **sanitaria, preventiva, promocional, orientadora y de articulación con los servicios de salud**.

No sustituye:

a) las funciones pedagógicas de los docentes;

b) la tutoría y orientación educativa;

c) las competencias propias del profesional en psicología;

d) las competencias de otros profesionales de salud;

e) las atribuciones directivas o disciplinarias de las autoridades educativas; ni

f) las competencias de las autoridades responsables de protección, investigación o persecución de hechos constitutivos de violencia o delito.

Las actividades que involucren contenidos educativos se desarrollan de conformidad con el currículo, lineamientos y demás disposiciones establecidas por el Ministerio de Educación.

Artículo 7. Participación de las familias y comunidad educativa

Las acciones desarrolladas en aplicación de la presente ley promueven la participación informada de madres, padres, tutores, cuidadores, docentes y demás integrantes de la comunidad educativa en las actividades preventivas y promocionales que correspondan.

La presente ley **no modifica las disposiciones vigentes relativas al consentimiento, confidencialidad, acceso a prestaciones sanitarias ni demás derechos y deberes aplicables a la atención de adolescentes**.

Artículo 8. Articulación con los servicios de salud

Cuando durante una intervención se identifique que un estudiante requiere una prestación sanitaria, el profesional obstetra facilita su vinculación con el establecimiento de salud correspondiente, conforme a los mecanismos establecidos por la autoridad sanitaria.

La atención clínica se realiza de acuerdo con:

a) las competencias legalmente reconocidas al profesional interviniente;

b) la normativa sanitaria vigente;

c) la cartera de servicios del establecimiento;

d) su capacidad resolutiva; y

e) las reglas de seguridad, privacidad y registro aplicables.

Las prestaciones que requieran infraestructura, equipamiento, insumos, procedimientos o condiciones clínicas específicas se desarrollan en el establecimiento de salud o mediante intervenciones extramurales formalmente organizadas por la autoridad sanitaria.

Artículo 9. Prevención y actuación frente a situaciones de violencia

El profesional obstetra participa, dentro de su competencia, en actividades preventivas dirigidas a reducir factores de riesgo relacionados con violencia sexual y a mejorar el conocimiento de las rutas de ayuda y atención.

Ante la identificación, conocimiento o revelación de una posible situación de violencia contra una niña, niño o adolescente, el profesional obstetra:

a) adopta las actuaciones sanitarias iniciales que correspondan dentro de su competencia;

b) evita actuaciones que puedan generar revictimización;

c) facilita la atención o referencia sanitaria cuando corresponda; y

d) activa o facilita la activación de los protocolos y mecanismos de protección establecidos por la legislación vigente.

El profesional obstetra no asume funciones de investigación penal, pericia médico-legal, determinación de responsabilidad, investigación disciplinaria escolar ni aquellas atribuidas al Ministerio Público, Policía Nacional del Perú, Medicina Legal, Centros Emergencia Mujer, Unidades de Protección Especial, DEMUNA u otras autoridades competentes.

Artículo 10. Privacidad, confidencialidad y protección de datos

Las intervenciones efectuadas en aplicación de la presente ley respetan la dignidad, intimidad, privacidad, confidencialidad y protección de datos personales de los estudiantes.

Las instituciones educativas no implementan **historias clínicas paralelas ni bases de datos informales que contengan diagnósticos, antecedentes sexuales, métodos anticonceptivos u otra información sanitaria sensible** cuya custodia corresponda al sistema de salud.

La información clínica se registra y conserva conforme a la normativa sanitaria y de protección de datos personales vigente.

Para el monitoreo y evaluación de la política pública se emplean preferentemente datos agregados o anonimizados.

Artículo 11. Coordinación intersectorial

El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud coordinan la implementación de la presente ley dentro del ámbito de sus respectivas competencias.

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables participa en las materias relacionadas con prevención y articulación frente a situaciones de violencia.

Los gobiernos regionales, mediante sus instancias educativas y sanitarias competentes, implementan progresivamente las acciones correspondientes en sus respectivos ámbitos territoriales.

La implementación utiliza preferentemente las estructuras institucionales existentes y evita la creación de mecanismos paralelos de coordinación cuando puedan emplearse los ya establecidos.

Artículo 12. Evaluación y seguimiento

El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud establecen indicadores que permitan evaluar progresivamente, entre otros aspectos:

a) instituciones educativas con cobertura efectiva;

b) población adolescente alcanzada;

c) acceso efectivo a servicios de salud;

d) continuidad de las referencias efectuadas;

e) acciones de promoción y prevención;

f) oportunidad de la articulación sanitaria;

g) cumplimiento de las reglas de privacidad y confidencialidad;

h) funcionamiento de las rutas de protección cuando corresponda;

i) carga operativa de los profesionales participantes; y

j) sostenibilidad de las modalidades implementadas.

La evaluación tiene por finalidad orientar la mejora y expansión progresiva de la política pública.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS FINALES

PRIMERA. Plan Nacional de Implementación

El Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud elaboran conjuntamente el **Plan Nacional de Implementación de la Cobertura del Profesional Obstetra en la Comunidad Educativa**, con participación de los gobiernos regionales en el ámbito de sus competencias.

El Plan establece, entre otros aspectos:

a) etapas de implementación;

b) criterios territoriales de priorización;

c) modalidades de cobertura;

d) mecanismos de articulación entre instituciones educativas y establecimientos de salud;

e) brechas de recursos humanos;

f) estándares mínimos de capacitación;

g) mecanismos de monitoreo;

h) metas progresivas; e

i) indicadores de evaluación.

SEGUNDA. Implementación y sostenibilidad presupuestaria

La implementación de la presente ley se realiza progresivamente, conforme al Plan Nacional de Implementación y a la programación multianual y presupuestaria de las entidades competentes.

La presente ley **no autoriza por sí misma la creación automática de plazas, contratación de personal, incremento de remuneraciones, transferencias financieras ni gastos inmediatamente imputables al presupuesto anual vigente**.

Cuando la implementación requiera recursos adicionales o incremento de dotación de personal, las entidades competentes determinan técnicamente las necesidades correspondientes y las incorporan, de resultar procedente, en sus procesos de programación, formulación y aprobación presupuestaria conforme al ordenamiento vigente.

TERCERA. Proyecto piloto

Previamente al escalamiento general de la política, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación implementan un proyecto piloto en ámbitos territoriales seleccionados según criterios técnicos.

El piloto considera, en lo posible, realidades urbanas, rurales, andinas y amazónicas y evalúa las diferentes modalidades de cobertura establecidas por la presente ley.

Su ejecución no impide que continúen desarrollándose las acciones de salud adolescente ya existentes.

CUARTA. Evaluación económica del piloto

La evaluación del proyecto piloto incorpora el análisis de los costos relacionados con:

a) recursos humanos;

b) tiempo profesional;

c) movilidad;

d) capacitación;

e) materiales;

f) sistemas de información;

g) coordinación;

h) supervisión; y

i) cualquier otra necesidad relevante para su implementación.

Los resultados son utilizados para determinar la modalidad, gradualidad y sostenibilidad de la expansión de la política.

QUINTA. Adecuación reglamentaria

El Poder Ejecutivo adecúa el Reglamento de la Ley N.° 28044, Ley General de Educación, aprobado mediante Decreto Supremo N.° 011-2012-ED, y dicta las disposiciones reglamentarias necesarias para la aplicación de la presente ley dentro de los **ciento veinte días calendario** siguientes a su entrada en vigor.

La reglamentación se realiza con participación del Ministerio de Salud y, en las materias de su competencia, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.

En el proceso de reglamentación se recaba la opinión técnica de los colegios profesionales y entidades vinculadas con las materias objeto de regulación.

SEXTA. Salvaguarda de competencias profesionales

La presente ley **no crea, amplía ni restringe las competencias profesionales establecidas por la legislación sanitaria**.

Las actuaciones del profesional obstetra y de los demás profesionales que intervienen en la aplicación de la presente ley se desarrollan conforme a sus respectivos marcos legales, las normas técnicas sanitarias vigentes y la capacidad resolutiva de los servicios correspondientes.

SÉTIMA. Concordancia con las políticas educativas y sanitarias

La implementación de la presente ley se articula con:

a) las normas vigentes sobre cuidado integral de salud adolescente;

b) la normativa sanitaria sobre salud sexual y reproductiva;

c) los lineamientos y disposiciones del Sector Educación;

d) los protocolos vigentes para la atención de situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes;

e) los mecanismos intersectoriales de protección; y

f) las demás disposiciones aplicables.

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA TRANSITORIA

ÚNICA. Continuidad de intervenciones existentes

Mientras se aprueba el Plan Nacional de Implementación y se efectúa la adecuación reglamentaria, los establecimientos de salud, instituciones educativas y gobiernos regionales continúan desarrollando las actividades extramurales, preventivas, promocionales y de atención integral de adolescentes previstas por la normativa vigente.

La entrada en vigor de la presente ley **no suspende ni condiciona las intervenciones existentes**.

FÓRMULA LEGAL

Comuníquese a la señora Presidenta de la República para su promulgación.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

PROYECTO DE LEY QUE FORTALECE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES E INCORPORA AL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

I. FUNDAMENTO DE LA INICIATIVA LEGISLATIVA

La presente iniciativa legislativa tiene por finalidad fortalecer la protección de la salud sexual y reproductiva de los adolescentes mediante la incorporación del **profesional obstetra en la comunidad educativa**, bajo un modelo de intervención sanitaria preventiva, territorial, progresiva y articulada con los establecimientos de salud.

La propuesta no se sustenta exclusivamente en un criterio de equiparación respecto de otras profesiones de salud ya incorporadas legalmente a la comunidad educativa. Su fundamento central es la existencia de **necesidades sanitarias objetivas y persistentes en la población adolescente**, vinculadas con embarazo, infecciones de transmisión sexual, acceso insuficiente u oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva, violencia sexual y brechas territoriales de acceso.

El Colegio de Obstetras del Perú cuenta con iniciativa legislativa en materias propias de su ámbito profesional. La Constitución reconoce dicha facultad a los colegios profesionales y, bajo el régimen bicameral restablecido por la Ley N.° 31988, las iniciativas legislativas se tramitan inicialmente en la Cámara de Diputados.

La materia propuesta se vincula directamente con las funciones profesionales de Obstetricia. La Ley N.° 27853 reconoce al profesional obstetra funciones asistenciales, preventivo-promocionales, de consejería, participación en equipos multidisciplinarios y docencia y asesoría a la comunidad en los diferentes niveles del sistema educativo dentro de su competencia.

II. PROBLEMA PÚBLICO QUE SE PRETENDE ATENDER

2.1. El embarazo adolescente continúa siendo un problema relevante de salud pública y presenta profundas brechas territoriales

De acuerdo con la **Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2025**, el **7,4 % de las adolescentes de 15 a 19 años había estado alguna vez embarazada**, entendiendo por ello que ya era madre o se encontraba embarazada por primera vez.

La cifra nacional, sin embargo, oculta una diferencia territorial considerable:

- **área urbana: 5,4 %**;
- **área rural: 16,3 %**.

Por tanto, en el ámbito rural la proporción fue aproximadamente tres veces la observada en el área urbana.

Estos datos deben interpretarse correctamente: el indicador ENDES comprende adolescentes de **15 a 19 años**, por lo que no equivale estrictamente a una prevalencia dentro de la población escolar. No obstante, evidencia una carga reproductiva adolescente y una desigualdad territorial directamente relevantes para las políticas de prevención y acceso temprano a servicios.

La existencia de una disminución respecto de años anteriores tampoco elimina el problema. Por el contrario, la persistencia de una brecha rural tan marcada demuestra que una estrategia uniforme y exclusivamente intramural resulta insuficiente.

La intervención propuesta adopta precisamente un enfoque territorial: no pretende imponer idéntica modalidad de cobertura en todas las instituciones, sino permitir que la presencia del obstetra sea **permanente, compartida, itinerante o articulada desde un establecimiento de salud**, según las características del territorio.

III. LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EXIGE MAYOR CAPACIDAD DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA

El embarazo adolescente no constituye el único problema que justifica la intervención.

Según información oficial del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, entre enero y octubre de 2025 los Centros Emergencia Mujer y Familia atendieron a **18 087 niñas, niños y adolescentes por casos de violencia sexual**. Dentro de los hechos registrados, **1 054 ocurrieron en centros educativos**, mientras que SíseVe había registrado **2 284 casos en escolares entre enero y septiembre de 2025**.

Estas cifras corresponden a sistemas y universos de registro diferentes y no deben sumarse entre sí. Sin embargo, conjuntamente demuestran que la violencia sexual que afecta a menores de edad tiene una dimensión suficientemente relevante como para exigir mecanismos de prevención, identificación y acceso oportuno a servicios.

El proyecto no atribuye al obstetra funciones de investigación, persecución penal o determinación de responsabilidades.

Su rol será sanitario:

> **prevenir → identificar señales o revelaciones → orientar → evitar revictimización → facilitar la activación de las rutas vigentes → articular el acceso a atención sanitaria.**

Las autoridades educativas, policiales, fiscales, judiciales y los servicios especializados del MIMP mantienen íntegramente sus respectivas competencias.

IV. LA ESCUELA ES UN ESPACIO ESTRATÉGICO PARA ACERCAR LOS SERVICIOS DE SALUD A LOS ADOLESCENTES

El proyecto no parte de la premisa de convertir las instituciones educativas en establecimientos de salud.

Su fundamento es distinto: la institución educativa constituye uno de los principales espacios de concentración cotidiana de la población adolescente y, por ello, representa un ámbito estratégico para **promoción, prevención, orientación, detección temprana y vinculación con los servicios sanitarios**.

Este criterio ya se encuentra reconocido en la política sanitaria vigente.

La NTS N.° 157-MINSA/2019/DGIESP, aprobada mediante RM N.° 1001-2019/MINSA, dispone intervenciones dirigidas a adolescentes con participación de familias, **instituciones educativas y comunidad**.

La NTS N.° 201-MINSA/DGIESP-2023 desarrolla además estándares en los cuales los establecimientos de salud deben coordinar y articular con instituciones educativas, incluyendo la implementación de espacios de escucha o atención para brindar cuidado integral a los estudiantes.

Por consiguiente, la propuesta legislativa no crea desde cero una relación entre salud y educación. Busca otorgarle **continuidad, responsabilidad territorial y una referencia profesional específica para el componente de salud sexual y reproductiva**.

V. EXISTE UNA CARTERA SANITARIA CONCRETA PARA LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

La necesidad de acercamiento del sistema sanitario no es abstracta.

Los instrumentos técnicos del MINSA contemplan para adolescentes prestaciones como:

- identificación de riesgos;
- evaluación del desarrollo sexual;
- prueba de embarazo cuando corresponda;
- pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis B;
- entrega de métodos anticonceptivos cuando sean requeridos;
- consejería en salud sexual y reproductiva;
- y otras prestaciones del cuidado integral adolescente.

De ello se desprende que el problema no consiste solamente en producir más información educativa.

Es necesario construir un puente entre:

> **información → orientación → identificación de necesidad → acceso efectivo al servicio sanitario.**

La incorporación del profesional obstetra busca precisamente cubrir ese espacio de articulación.

VI. IDONEIDAD FUNCIONAL DEL PROFESIONAL OBSTETRA

La elección del profesional obstetra no responde únicamente a un interés corporativo.

La Ley N.° 27853 establece que el profesional obstetra forma parte de equipos multidisciplinarios en actividades preventivo-promocionales, ejerce consultoría, asesoría y consejería dentro de su competencia y puede brindar docencia y asesoría a la comunidad en los diferentes niveles del sistema educativo.

Su Reglamento fue aprobado mediante D.S. N.° 008-2003-SA y continúa siendo el marco reglamentario de la profesión.

En consecuencia, existe una correspondencia funcional directa entre:

la necesidad sanitaria identificada
y
la formación y funciones legalmente reconocidas al profesional obstetra.

La propuesta no convierte al obstetra en psicólogo, docente, médico escolar, investigador de hechos de violencia ni responsable exclusivo de la salud del adolescente.

Lo incorpora para desarrollar **el componente específico de salud sexual y reproductiva dentro de un modelo interdisciplinario**.

VII. LA PROPUESTA NO MODIFICA EL CURRÍCULO NI CREA UNA EDUCACIÓN SEXUAL PARALELA

Este punto debe quedar especialmente claro.

Mediante RVM N.° 085-2026-MINEDU, el Ministerio de Educación aprobó los actuales **"Lineamientos para la Educación Sexual con base científica, biológica y ética"**, aplicables progresivamente a instituciones públicas y privadas y articulados con el Currículo Nacional, Tutoría y Orientación Educativa y convivencia escolar.

La presente iniciativa **no modifica dichos lineamientos ni atribuye al profesional obstetra la potestad de determinar contenidos curriculares**.

La distribución competencial que propone es clara:

MINEDU mantiene la rectoría educativa y define los contenidos pedagógicos.

MINSA mantiene la rectoría sanitaria.

El profesional obstetra aporta soporte técnico sanitario, prevención, consejería y articulación con servicios dentro de su competencia.

Con ello se evita confundir una intervención sanitaria con una modificación del modelo educativo.

VIII. PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS

La iniciativa reconoce expresamente que las familias forman parte fundamental de la prevención y acompañamiento de los adolescentes.

Por ello, el profesional obstetra podrá desarrollar actividades preventivas y de orientación dirigidas también a:

- madres;
- padres;
- tutores;
- cuidadores;
- docentes;
- y demás integrantes de la comunidad educativa.

La propuesta no pretende sustituir a la familia.

Busca fortalecer su capacidad para identificar necesidades, acceder a información sanitaria confiable y conocer las rutas de atención disponibles.

Asimismo, la ley propuesta no redefine las reglas vigentes sobre consentimiento, confidencialidad o acceso de adolescentes a servicios sanitarios. Tales materias continúan sujetas a la legislación sectorial correspondiente.

IX. ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

La incorporación del profesional obstetra a la comunidad educativa no constituye una discusión nueva.

Durante el Congreso 2021-2026 se presentaron los proyectos de ley **989/2021-CR, 5881/2023-CR y 6074/2023-CR**, orientados a incorporar al profesional obstetra en la comunidad educativa principalmente para prevenir el embarazo adolescente dentro del marco de la educación sexual integral.

La Comisión de Educación aprobó en noviembre de 2023 un dictamen acumulado. Posteriormente, la Comisión Permanente aprobó en primera votación un texto

sustitutorio en julio de 2024. En junio de 2026 la reconsideración de dicha votación todavía figuraba en agenda parlamentaria.

Este antecedente demuestra que la cuestión ya fue objeto de debate legislativo significativo.

Sin embargo, el presente proyecto adopta una configuración sustancialmente distinta.

No se limita a:

incorporar al obstetra para prevenir embarazo y participar en educación sexual.

Formula un modelo de:

salud pública + articulación territorial + acceso a servicios + prevención de ITS + prevención de violencia sexual + detección temprana + referencia + protección de privacidad.

X. DIFERENCIA CON LOS ANTECEDENTES LEGISLATIVOS

La nueva iniciativa incorpora cinco correcciones estructurales.

10.1. De una reivindicación profesional a una respuesta a un problema público

El centro de la ley no es que otras profesiones estén presentes y Obstetricia no.

El centro es que existe una población adolescente con necesidades sanitarias concretas que requieren una intervención accesible y especializada.

10.2. De "un profesional dentro de cada colegio" a "cobertura efectiva"

La propuesta admite:

- obstetra permanente;
- obstetra itinerante;
- obstetra compartido;
- obstetra referente desde un establecimiento de salud;
- modalidades mixtas.

Esto permite responder a la realidad de una institución urbana con miles de estudiantes y, al mismo tiempo, a una escuela rural dispersa que no justificaría ni permitiría operativamente una plaza exclusiva.

10.3. De embarazo adolescente a salud sexual y reproductiva integral

El nuevo proyecto comprende:

- embarazo adolescente;
- ITS;
- orientación;
- anticoncepción dentro del marco sanitario;
- salud menstrual;
- detección temprana;
- violencia sexual;
- acceso a servicios;
- continuidad del cuidado.

10.4. Separación entre función sanitaria y función educativa

El obstetra no determina contenidos curriculares.

MINEDU conserva íntegramente sus competencias.

10.5. Incorporación de salvaguardas

El nuevo texto regula expresamente:

- confidencialidad;
- prohibición de historias clínicas escolares paralelas;
- límites competenciales;
- no revictimización;
- articulación con rutas existentes;
- implementación progresiva;

- evaluación de resultados.

XI. COHERENCIA CON LA CONFORMACIÓN ACTUAL DE LA COMUNIDAD EDUCATIVA

El ordenamiento peruano ya ha optado por incorporar determinadas profesiones especializadas a la comunidad educativa cuando existe una finalidad preventiva o de formación integral.

La **Ley N.° 30797** incorporó al profesional en psicología.

La **Ley N.° 31317** incorporó al profesional en enfermería para contribuir a la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

La **Ley N.° 31431** incorporó al profesional odontólogo con la finalidad de promover la higiene y salud bucal y prevenir enfermedades bucodentales.

Estos antecedentes sirven para demostrar **coherencia normativa** en la utilización de la comunidad educativa como espacio de articulación preventiva con profesionales especializados.

Sin embargo, no constituyen por sí solos la justificación de la presente iniciativa.

El argumento no es:

"si existe enfermero u odontólogo, también debe existir obstetra".

El argumento es:

"si el Estado ha reconocido que determinados problemas de salud justifican incorporar capacidades profesionales especializadas al entorno educativo, corresponde evaluar con el mismo criterio objetivo si las necesidades de salud sexual y reproductiva adolescente justifican una intervención específica."

Y la evidencia descrita anteriormente demuestra que existe una necesidad sanitaria diferenciada.

XII. NECESIDAD DE UN MODELO TERRITORIAL

Una de las principales fortalezas del nuevo proyecto es que no presupone que todas las instituciones educativas del país tengan idénticas necesidades.

La cobertura debe establecerse atendiendo, entre otros, a:

- población adolescente;
- ruralidad;
- dispersión geográfica;
- accesibilidad al establecimiento de salud;
- embarazo adolescente;
- necesidades de SSR;
- disponibilidad de servicios de adolescentes;
- situaciones de violencia;
- y capacidad de recursos humanos del territorio.

La ENDES 2025 demuestra por qué este enfoque es necesario: mientras el indicador de adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas fue de **5,4 % en el área urbana**, alcanzó **16,3 % en el área rural**.

Una ley rígida que dispusiera exactamente el mismo recurso humano en cada institución podría ignorar estas diferencias.

Una ley territorial permite concentrar capacidad donde existe mayor necesidad.

XIII. PREVENCIÓN DE VIOLENCIA SEXUAL SIN INVADIR COMPETENCIAS

La propuesta incorpora la prevención de la violencia sexual porque existe evidencia objetiva de afectación a niñas, niños y adolescentes y porque la institución educativa puede ser un espacio de detección.

Sin embargo, el obstetra no será investigador.

La ley establece expresamente que no sustituye:

- al Ministerio Público;
- a la Policía Nacional;
- a Medicina Legal;

- a los Centros Emergencia Mujer;
- a las Unidades de Protección Especial;
- a DEMUNA;
- ni a las autoridades educativas.

Esta delimitación es necesaria para evitar duplicidad institucional y revictimización.

El modelo simplemente incorpora una puerta adicional de acceso temprano:

adolescente → obstetra/equipo sanitario → protección + servicio de salud + ruta competente.

XIV. PROTECCIÓN DE LA PRIVACIDAD

La intervención sanitaria con adolescentes exige especial cautela respecto de la información.

Por ello, la propuesta establece que las instituciones educativas **no crearán historias clínicas paralelas ni bases informales de antecedentes sexuales, diagnósticos o anticoncepción**.

Los datos clínicos deben permanecer bajo custodia sanitaria conforme al ordenamiento correspondiente.

Para evaluación de la política pública deben utilizarse preferentemente datos:

agregados + anonimizados + estrictamente necesarios.

Esta salvaguarda reduce riesgos de estigmatización y exposición innecesaria de información sensible.

XV. NO SE PRETENDE MEDICALIZAR EL ESPACIO EDUCATIVO

La incorporación del obstetra tampoco significa convertir problemas educativos o sociales en diagnósticos sanitarios.

La función principal será:

promoción + prevención + orientación + consejería + detección + referencia.

La prestación clínica continuará realizándose en los establecimientos de salud cuando por su naturaleza requiera:

- infraestructura;
- insumos;
- registro clínico;
- privacidad especial;
- procedimiento;
- evaluación multidisciplinaria;
- o mayor capacidad resolutiva.

El proyecto utiliza el colegio fundamentalmente como **punto de acceso y articulación**, no como sustituto de la IPRESS.

XVI. IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA Y RESPONSABILIDAD DEL PODER EJECUTIVO

El diseño presupuestario de la propuesta merece especial atención.

La Constitución contiene restricciones respecto de iniciativas que impliquen creación o aumento de gasto público, y el propio Departamento de Investigación Parlamentaria ha resaltado en 2026 la necesidad de que las iniciativas legislativas identifiquen correctamente sus impactos económicos y presupuestales.

Por ello, el proyecto **no ordena la creación inmediata de una plaza presupuestada de obstetra en cada institución educativa**.

En cambio, establece:

cobertura progresiva + modalidades diferenciadas + Plan Nacional de Implementación + determinación de brechas por el Ejecutivo + programación presupuestaria correspondiente.

Este diseño permite inicialmente utilizar, donde resulte viable:

- profesionales de establecimientos existentes;
- equipos de salud adolescente;

- intervenciones extramurales;
- modalidades itinerantes;
- cobertura territorial.

Y permite que cualquier necesidad de nuevas plazas sea determinada posteriormente por las autoridades competentes mediante planificación y presupuesto.

XVII. LA IMPLEMENTACIÓN PROGRESIVA TIENE PRECEDENTES EN LA PROPIA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN

La incorporación de otros profesionales a la comunidad educativa tampoco fue concebida necesariamente como una obligación instantánea de cobertura universal.

La Ley N.° 30797 dispuso que la incorporación del profesional en psicología fuera implementada progresivamente conforme a programación y disponibilidad presupuestal.

Asimismo, el debate legislativo de la Ley N.° 31317 sobre enfermería contempló expresamente una implementación progresiva y consideraciones presupuestarias.

Por ello, la progresividad no constituye una excepción creada específicamente para Obstetricia, sino una técnica legislativa ya utilizada frente a intervenciones profesionales dentro de la comunidad educativa.

XVIII. EL PROYECTO NO CREA EXCLUSIVIDAD PROFESIONAL

La incorporación del obstetra no implica que:

- psicólogos dejen de intervenir en salud mental;
- enfermería deje de desarrollar promoción de la salud;
- medicina deje de realizar prestaciones de su competencia;
- docentes pierdan su función educativa;
- trabajadores sociales dejen de intervenir;
- o los servicios especializados de protección sean reemplazados.

La actuación del profesional obstetra se limita a **su propia competencia**, principalmente en salud sexual y reproductiva.

La propia Ley N.° 27853 establece que Obstetricia desarrolla sus funciones coordinadamente con los demás profesionales de la salud y como parte del equipo multidisciplinario.

XIX. EFECTO ESPERADO DE LA NORMA

La ley busca generar un cambio organizacional concreto.

Actualmente pueden existir:

establecimiento de salud + institución educativa + profesional obstetra + normativa de atención adolescente,

pero sin que necesariamente exista una **responsabilidad permanente de articulación** entre ellos.

La propuesta busca que progresivamente cada institución comprendida pueda saber:

- qué establecimiento de salud le corresponde;
- qué obstetra o equipo constituye su referente;
- cómo solicitar una intervención preventiva;
- cómo referir a un adolescente;
- cómo actuar ante una necesidad de SSR;
- y qué ruta activar frente a un riesgo.

La innovación principal no es solamente incorporar un nombre a la Ley General de Educación.

Es crear **responsabilidad territorial sanitaria identificable**.

XX. EFECTO DE LA PROPUESTA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La iniciativa modifica la **Ley N.° 28044, Ley General de Educación**, fundamentalmente en dos aspectos:

Primero: incorpora al profesional obstetra dentro de la conformación de la comunidad educativa.

Segundo: regula su función específica y crea un sistema progresivo de cobertura articulado con el Sector Salud.

La propuesta no deroga ni reemplaza:

- la Ley N.° 27853;
- la normativa sanitaria de adolescentes;
- las normas de planificación familiar;
- las normas sobre ITS;
- los lineamientos de educación sexual del MINEDU;
- ni los protocolos de atención frente a violencia.

Por el contrario, establece una cláusula de concordancia para que la ejecución se realice respetando dichos instrumentos.

XXI. COMPATIBILIDAD CON EL MODELO BICAMERAL

La Ley N.° 31988 restableció la bicameralidad y modificó el procedimiento legislativo constitucional.

La nueva iniciativa, al ser presentada bajo este escenario, deberá superar una revisión parlamentaria en dos cámaras.

Por ello se ha procurado que el texto:

- identifique con precisión el problema público;
- delimite claramente las funciones;
- preserve las competencias de los sectores;
- reconozca a las familias;
- no cree un currículo paralelo;
- no imponga contratación inmediata indiscriminada;

- establezca progresividad;
- incorpore evaluación de resultados;
- y permita modalidades territoriales diferenciadas.

La finalidad es que el debate legislativo pueda concentrarse en **la necesidad y eficacia de la política pública**, y no en defectos de técnica normativa que puedan corregirse desde la formulación inicial.

XXII. CONCLUSIÓN DE LA EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

La incorporación del profesional obstetra en la comunidad educativa se justifica principalmente por una **necesidad sanitaria objetiva**.

En 2025, el **7,4 % de las adolescentes de 15 a 19 años había estado alguna vez embarazada**, cifra que alcanzó **16,3 % en el área rural**.

A ello se suma la magnitud de la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes: el MIMP registró **18 087 atenciones de menores por violencia sexual entre enero y octubre de 2025**, además de hechos reportados en centros educativos y registros escolares de SíseVe.

Al mismo tiempo, el propio sistema sanitario ya contempla:

atención integral adolescente + salud sexual y reproductiva + anticoncepción + ITS + trabajo con instituciones educativas.

Por tanto, existe una brecha fundamentalmente **organizacional y de acceso**.

El profesional obstetra posee competencias preventivas, promocionales, de consejería y de trabajo comunitario compatibles con esa necesidad.

La presente propuesta busca cubrir dicha brecha mediante una solución flexible:

obstetra en la comunidad educativa + cobertura territorial + intervención sanitaria preventiva + participación de las familias + articulación con establecimientos de salud + rutas de protección + implementación progresiva.

La finalidad última no es incorporar una profesión por razones corporativas, sino lograr que **la necesidad de orientación o atención en salud sexual y reproductiva de un**

adolescente pueda convertirse oportunamente en acceso real a un servicio de salud, independientemente del lugar donde viva o estudie.

La propuesta no busca sustituir a la familia, al docente, al psicólogo ni a otros profesionales de salud. Tampoco modifica el currículo educativo. Busca cerrar una brecha sanitaria concreta mediante la incorporación del profesional especializado en salud sexual y reproductiva dentro de un modelo intersectorial, territorial y progresivo de prevención y acceso a servicios.

ANÁLISIS COSTO–BENEFICIO, IMPACTO PRESUPUESTAL Y REGULATORIO

PROYECTO DE LEY QUE FORTALECE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES E INCORPORA AL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

I. FINALIDAD DEL ANÁLISIS

El presente análisis evalúa los efectos económicos, presupuestales, sociales, sanitarios y regulatorios derivados de la propuesta legislativa que incorpora al profesional obstetra en la comunidad educativa y establece un modelo progresivo de cobertura de salud sexual y reproductiva para adolescentes.

El análisis se formula considerando que las proposiciones legislativas deben identificar los sectores beneficiados o afectados, los efectos monetarios y no monetarios y, cuando corresponda, su impacto presupuestal. El propio Departamento de Investigación Parlamentaria ha reiterado en marzo de 2026 esta exigencia al analizar los alcances de los artículos 75 y 79 de la Constitución y del Reglamento parlamentario.

La propuesta **no presupone que la intervención carezca de costo**. Por el contrario, reconoce que su implementación puede generar necesidades de tiempo profesional, movilidad, capacitación, sistemas de información y, en determinados ámbitos, recursos humanos adicionales.

El diseño legislativo procura que tales costos sean **identificados, programados y ejecutados por el Poder Ejecutivo de manera progresiva**, evitando que la ley disponga directamente contrataciones o erogaciones inmediatas con cargo al presupuesto vigente.

II. PROBLEMA PÚBLICO Y COSTO DE NO INTERVENIR

La evaluación económica de la propuesta no debe limitarse a determinar cuánto costaría incorporar al profesional obstetra.

Debe contrastarse también con el **costo de mantener el modelo actual sin una articulación sanitaria permanente con la población adolescente escolar**.

La ENDES 2025 registró que el **7,4 % de las adolescentes de 15 a 19 años había estado alguna vez embarazada**, con una diferencia considerable entre el área urbana, **5,4 %**, y el área rural, **16,3 %**.

Por su parte, el MIMP informó que entre enero y octubre de 2025 los Centros Emergencia Mujer y Familia atendieron **18 087 niñas, niños y adolescentes por violencia sexual**; dentro de los hechos registrados, 1 054 ocurrieron en centros educativos y SíseVe registró 2 284 casos en escolares entre enero y septiembre del mismo año. Estas cifras provienen de sistemas distintos y no deben sumarse, pero evidencian una necesidad significativa de prevención y detección temprana.

La ausencia o insuficiencia de prevención y acceso oportuno puede producir costos posteriores asociados a:

atención sanitaria de embarazos no planificados; atención de ITS; complicaciones vinculadas con atención tardía; violencia sexual no detectada oportunamente; necesidad de intervenciones de mayor complejidad; interrupción o afectación de trayectorias educativas; y mayores necesidades de intervención social y protección.

El proyecto no atribuye un valor monetario a dichos costos porque ello exigiría un estudio económico específico con bases administrativas oficiales. Sin embargo, son **externalidades relevantes que deben ser consideradas en la evaluación de la política pública**.

III. ALTERNATIVAS DE INTERVENCIÓN

La propuesta legislativa permite evitar un diseño único y costoso.

Alternativa	Característica	Impacto presupuestal esperado	Limitación
A. Obstetra exclusivo por cada IE	Profesional permanente en cada institución	Alto	Requiere gran cantidad de plazas y no considera diferencias territoriales

B. Obstetra compartido	Un profesional atiende varias IE cercanas	Medio	Requiere programación y movilidad
C. Obstetra territorial desde EESS	Profesional de establecimiento de salud actúa como referente de IE asignadas	Bajo a medio en fase inicial	Requiere proteger tiempo extramural y evitar sobrecarga
D. Modelo mixto	Permanente donde la necesidad lo justifique; territorial/itinerante en los demás ámbitos	Variable	Requiere planificación territorial
E. Mantener situación actual	Campañas o intervenciones no necesariamente permanentes	Menor gasto inmediato	Mantiene brechas de articulación, continuidad y acceso

La iniciativa opta por el **modelo mixto y progresivo**, permitiendo que el Ejecutivo determine qué modalidad corresponde a cada territorio.

Esta flexibilidad constituye una diferencia sustancial respecto de una norma que ordenase:

"un obstetra contratado en cada institución educativa".

IV. COSTOS DIRECTOS DE IMPLEMENTACIÓN

La implementación puede generar los siguientes componentes de costo.

4.1. Recursos humanos

No toda cobertura requiere una nueva plaza.

En una primera etapa puede utilizarse personal de establecimientos de salud existente mediante programación de actividades extramurales.

Sin embargo, cuando la carga asistencial o el número de instituciones asignadas haga insuficiente la dotación existente, el Ejecutivo deberá determinar técnicamente la necesidad de:

- nuevas plazas;
- contratación;
- ampliación o reorganización de servicios;
- o redistribución territorial.

La ley **no debe autorizar directamente dichas contrataciones**.

4.2. Tiempo profesional

Incluso utilizando personal existente existe un costo de oportunidad.

Las horas destinadas a instituciones educativas dejan de estar disponibles para otras actividades, por lo que el piloto deberá medir:

tiempo de desplazamiento + intervención + coordinación + seguimiento + registro.

La evaluación debe evitar que una actividad extramural formalmente "sin costo" produzca en realidad una reducción de cobertura del establecimiento de salud.

4.3. Movilidad

El costo será especialmente relevante en zonas:

- rurales;
- amazónicas;
- altoandinas;
- dispersas;
- o con instituciones educativas alejadas del establecimiento.

Este factor justifica que la ley permita modalidades territoriales diferentes.

4.4. Capacitación

Los profesionales referentes requerirán preparación específica en:

atención adolescente, consejería, protección de datos, comunicación, violencia sexual, no revictimización, referencia y coordinación intersectorial.

4.5. Materiales y recursos educativos

Será necesario utilizar contenidos técnicamente validados por MINSA y compatibles con los lineamientos establecidos por MINEDU.

La estrategia no necesita necesariamente producir un nuevo paquete independiente si pueden utilizarse y adaptarse recursos ya existentes.

4.6. Sistemas de información

Se requerirán mecanismos para registrar:

cobertura + referencias + acceso efectivo + continuidad + indicadores.

No debe generarse una historia clínica paralela dentro de las escuelas.

4.7. Supervisión y evaluación

El piloto y posterior implementación necesitarán:

- seguimiento;
- supervisión;
- auditoría de privacidad;
- evaluación de resultados;
- identificación de incidentes.

V. COSTOS QUE LA LEY NO DEBE GENERAR AUTOMÁTICAMENTE

Para reducir el riesgo presupuestario y evitar una interpretación incompatible con las competencias del Poder Ejecutivo, el proyecto **no debe contener disposiciones que ordenen directamente**:

contratar un obstetra por cada institución educativa;

crear un número determinado de plazas;

establecer una remuneración específica;

disponer transferencias presupuestales automáticas;

autorizar modificaciones presupuestales concretas;

establecer un monto mínimo anual de financiamiento;

ordenar nombramientos;

o imputar gasto al presupuesto público vigente.

El artículo 79 de la Constitución establece que los representantes ante el Congreso no tienen iniciativa para crear ni aumentar gastos públicos.

Aunque la iniciativa sea presentada por un **colegio profesional**, cuya facultad legislativa en las materias que le son propias se encuentra reconocida expresamente por el artículo 107 constitucional, la norma finalmente debe ser aprobada por el Poder Legislativo y ejecutada por el Poder Ejecutivo. Por ello, el diseño presupuestal debe respetar la distribución constitucional de competencias.

VI. ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 79 DE LA CONSTITUCIÓN

Este constituye uno de los aspectos jurídicos que debe ser mejor trabajado en el expediente.

El Departamento de Investigación Parlamentaria precisó en marzo de 2026 que la finalidad de la restricción constitucional es impedir la creación de nuevos gastos no previstos o el incremento de gastos incluidos en el presupuesto, y recordó que las iniciativas deben explicitar su impacto económico y presupuestal.

La jurisprudencia constitucional ha desarrollado, además, una distinción importante.

El Tribunal Constitucional ha señalado que una ley puede constituir fuente jurídica de obligaciones que posteriormente sean consideradas por el Ejecutivo en la programación presupuestal, siempre que **no disponga directamente una erogación inmediatamente imputable al presupuesto anual vigente**.

En precedentes examinados por el propio Tribunal se ha considerado relevante que determinadas medidas de incorporación de personal fueran:

progresivas + sujetas a un plan elaborado por el Ejecutivo + sometidas a evaluación presupuestaria.

En esas circunstancias, el Tribunal destacó que no existía necesariamente una orden inmediata de afectar el presupuesto vigente.

Esto no significa que añadir la palabra **"progresivo"** elimine automáticamente cualquier objeción constitucional.

También deberá evaluarse:

- sostenibilidad financiera;
- planificación multianual;
- capacidad presupuestaria;
- participación del Poder Ejecutivo;
- y efectos reales del mandato legislativo.

Por ello, el proyecto debe construir la progresividad **materialmente**, y no solamente declararla.

VII. PRECEDENTES EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

La legislación peruana ya ha utilizado mecanismos de implementación progresiva para incorporar profesionales especializados.

La Ley N.° 30797 dispuso que la incorporación del profesional en psicología se implemente **progresivamente conforme a la programación y disponibilidad presupuestal del Ministerio de Educación**.

La Ley N.° 31431, que incorporó al odontólogo a la comunidad educativa, estableció una implementación progresiva durante tres años con cargo al presupuesto del MINEDU y unidades ejecutoras de educación de gobiernos regionales, bajo la fórmula de no demandar recursos adicionales al Tesoro Público.

Asimismo, la Ley N.° 31317 incorporó previamente al profesional en enfermería dentro de la comunidad educativa para desarrollar prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Estos antecedentes permiten acreditar que la **incorporación progresiva de profesionales especializados dentro de la comunidad educativa no es una figura inédita en la legislación peruana**.

No obstante, la presente propuesta mejora ese modelo al no asumir necesariamente una relación:

1 profesional = 1 institución educativa.

VIII. FÓRMULA PRESUPUESTAL QUE DEBE UTILIZAR EL NUEVO PROYECTO

No utilizaría como única cláusula:

"sin demandar recursos adicionales al Tesoro Público".

Aunque es una fórmula legislativa frecuente, puede resultar insuficiente si materialmente la implementación requiere nuevas contrataciones, transporte, capacitación u otras intervenciones.

Una redacción más consistente sería:

"La implementación de la presente ley se realiza de manera progresiva y conforme a la programación multianual y presupuestaria de los pliegos competentes, sin afectar las obligaciones presupuestarias previamente autorizadas. La presente ley no autoriza por sí misma la creación automática de plazas, contratación de personal, transferencias presupuestarias ni gastos inmediatamente imputables al presupuesto anual vigente."

Agregar:

"Cuando la implementación requiera recursos adicionales o incremento de dotación de personal, estos son determinados técnicamente por el Poder Ejecutivo y considerados, de corresponder, dentro de los procesos de programación y formulación presupuestaria conforme al ordenamiento vigente."

Y:

"El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación determinan las modalidades de cobertura y las necesidades de recursos humanos mediante el Plan Nacional de Implementación previsto en la presente ley."

Esta arquitectura deja al Ejecutivo la evaluación de **cuándo, dónde y bajo qué financiamiento** corresponde crear capacidad adicional.

IX. EL PILOTO COMO MECANISMO DE CONTROL PRESUPUESTAL

El piloto previsto en el proyecto cumple además una función económica.

Permite determinar, antes de una implementación nacional:

- número viable de instituciones por profesional;
- tiempo utilizado;
- necesidad de movilidad;
- impacto sobre la carga asistencial del establecimiento;
- costo de capacitación;
- costo de coordinación;
- eventual necesidad de nuevos profesionales;
- costo promedio por institución;
- costo promedio por adolescente alcanzado.

Por tanto, la ley no obliga al Estado a diseñar una política nacional **sin conocer previamente cuánto cuesta**.

El proceso sería:

PILOTO → MEDICIÓN DE COSTOS → EVALUACIÓN → PLAN NACIONAL → PROGRAMACIÓN PRESUPUESTARIA → EXPANSIÓN PROGRESIVA.

Esta secuencia es significativamente más prudente que ordenar una contratación nacional inmediata.

X. BENEFICIOS DIRECTOS ESPERADOS

Los principales beneficios no son únicamente monetarios.

Beneficio sanitario

Mayor acceso a:

- orientación;
- consejería;
- SSR;

- prevención de embarazo adolescente;
- prevención y atención oportuna de ITS;
- identificación de necesidades;
- servicios sanitarios.

Beneficio preventivo

Mayor posibilidad de identificar riesgos antes de que requieran intervenciones de mayor complejidad.

Beneficio territorial

El modelo permite llevar capacidad sanitaria a adolescentes que enfrentan barreras de acceso particularmente relevantes en ámbitos rurales o dispersos.

Beneficio de articulación

Cada institución incorporada contará progresivamente con:

establecimiento de referencia + responsable sanitario + canal de coordinación.

Beneficio de protección

La estrategia permite mejorar conocimiento y activación de las rutas frente a situaciones de violencia sin convertir al obstetra en investigador o autoridad sancionadora.

Beneficio educativo indirecto

El acceso oportuno a salud y protección puede contribuir a reducir interrupciones educativas vinculadas con problemas sanitarios o situaciones de vulnerabilidad.

No corresponde atribuir causalidad cuantitativa a este efecto hasta contar con resultados del piloto.

XI. BENEFICIOS POTENCIALMENTE MONETIZABLES

En una evaluación económica posterior podrían estimarse los costos evitados relacionados con:

- atención de determinadas complicaciones prevenibles;

- atención tardía de ITS;
- embarazo adolescente no planificado;
- intervenciones de mayor complejidad;
- desplazamiento tardío hacia servicios;
- situaciones sanitarias detectadas tardíamente.

Sin embargo, **el presente proyecto no asigna montos económicos ficticios a esos beneficios**.

Para monetizarlos correctamente se necesitaría información oficial sobre:

incidencia → utilización de servicios → costo unitario → población objetivo → efecto atribuible a la intervención.

El piloto generará parte de la evidencia necesaria.

XII. BENEFICIARIOS

GRUPO	BENEFICIO PRINCIPAL
Adolescentes	Mayor acceso a prevención, orientación y servicios
Familias	Información y articulación con servicios sanitarios
Instituciones educativas	Punto sanitario territorial identificable
Establecimientos de salud	Captación y referencia más organizada
Sistema de salud	Mayor oportunidad preventiva
Sistema de protección	Detección y articulación temprana
Zonas rurales/dispersas	Modalidades adaptadas a barreras territoriales
Estado	Mejor coordinación de capacidades ya existentes

El profesional obstetra también obtiene un espacio institucional de ejercicio de sus competencias, pero **este no constituye el beneficio público central utilizado para justificar la ley**.

XIII. ENTIDADES QUE ASUMEN CARGAS DE IMPLEMENTACIÓN

La propuesta genera responsabilidades administrativas principalmente para:

MINSA: diseño sanitario, personal, capacitación, establecimientos y seguimiento.

MINEDU: articulación con instituciones educativas y condiciones operativas.

Gobiernos regionales: implementación sanitaria y educativa descentralizada.

MIMP: participación específica en componentes vinculados a violencia y rutas de protección.

Instituciones educativas: coordinación y facilidades operativas.

Establecimientos de salud: programación extramural y seguimiento.

Estas cargas justifican que la reglamentación y el Plan Nacional de Implementación sean elaborados por el Ejecutivo y no queden exhaustivamente determinados desde la ley.

XIV. IMPACTO SOBRE EL EMPLEO PÚBLICO

La propuesta **no genera automáticamente puestos de trabajo**.

Inicialmente pueden utilizarse:

- obstetras actualmente vinculados a establecimientos;
- equipos de salud adolescente;
- intervenciones extramurales programadas.

Sin embargo, la implementación puede identificar territorios donde la dotación sea insuficiente.

En esos casos, cualquier:

creación de plaza + contratación + nombramiento + modificación de dotación,

deberá seguir las normas de gestión fiscal de recursos humanos, presupuesto público y régimen laboral correspondiente.

La ley no debe establecer un derecho automático a contratación para profesionales obstetras.

XV. IMPACTO REGULATORIO

La propuesta modifica principalmente la **Ley N.° 28044, Ley General de Educación**, incorporando al profesional obstetra en la comunidad educativa y estableciendo su función.

La norma requerirá posteriormente:

Reglamentación intersectorial: MINEDU–MINSA.

Protocolo operativo: institución educativa–establecimiento de salud.

Criterios de cobertura: permanente, territorial, compartida o itinerante.

Indicadores: cobertura, acceso y resultados.

Protección de datos: delimitación de registros educativos y sanitarios.

Articulación con violencia: aplicación de protocolos ya existentes.

No resulta necesario crear una nueva entidad pública ni un organismo independiente para ejecutar la ley.

XVI. IMPACTO SOBRE COMPETENCIAS DE OTRAS PROFESIONES

El proyecto no elimina ni reduce competencias legalmente reconocidas a:

- psicología;
- enfermería;
- medicina;
- odontología;
- trabajo social;

- docentes;
- ni otros profesionales.

La intervención del obstetra se concentra en **salud sexual y reproductiva y articulación sanitaria dentro de sus competencias**.

Por ello, el efecto regulatorio es **complementario**, no sustitutivo.

XVII. IMPACTO SOBRE EL SECTOR EDUCACIÓN

La incorporación del profesional obstetra no debe generar:

- modificación automática del currículo;
- sustitución del docente;
- creación de una asignatura independiente;
- transferencia de funciones tutoriales;
- ni subordinación del personal educativo al profesional sanitario.

El MINEDU conserva sus atribuciones sobre contenidos educativos y organización escolar.

El obstetra participa como profesional sanitario especializado.

Esto reduce considerablemente el riesgo de que la ley sea interpretada como una intromisión de un colegio profesional en la política curricular.

XVIII. IMPACTO SOCIAL

La propuesta puede producir efectos sociales positivos asociados con:

mayor alfabetización sanitaria + conocimiento de servicios + búsqueda temprana de atención + articulación familiar + reducción de barreras de acceso + detección de riesgos.

También existen riesgos sociales que deberán mitigarse:

- resistencia de determinados sectores de la comunidad;

- confusión respecto de las funciones del obstetra;
- percepción de sustitución de la familia;
- estigmatización de instituciones seleccionadas;
- preocupación sobre confidencialidad.

Por ello, el proyecto establece:

participación de familias + rectoría del MINEDU + delimitación sanitaria + protección de información + selección territorial no estigmatizante.

XIX. IMPACTO DIFERENCIADO TERRITORIAL

La política puede generar un beneficio proporcionalmente mayor en territorios con mayores barreras de acceso.

La ENDES evidencia diferencias importantes entre áreas urbanas y rurales en embarazo adolescente.

Por ello, una implementación estrictamente uniforme podría ser ineficiente.

El modelo de cobertura diferencial permite asignar:

mayor intensidad donde existe mayor necesidad.

Este principio también contribuye a una utilización más racional de recursos públicos.

XX. ANÁLISIS DE RIESGO PRESUPUESTAL POR MODELO

Modelo	Riesgo presupuestal	Observación
Una plaza nueva por cada IE	**Muy alto**	No debe ser mandato inmediato de la ley
Obstetra existente + varias IE	**Bajo/medio**	Necesita evaluación de carga y movilidad
Obstetra itinerante	**Medio**	Mayor costo de transporte

Obstetra permanente en IE priorizada	**Medio/alto**	Justificable si volumen/necesidad lo acredita
Modelo mixto territorial	**Controlable mediante planificación**	Es el modelo previsto

XXI. ANÁLISIS COSTO–BENEFICIO COMPARADO

Variable	Situación actual	Proyecto
Articulación IE–EESS	Variable/no siempre permanente	Referente identificado
Prevención SSR	Intervenciones existentes pero heterogéneas	Modelo organizado
Acceso	Depende de búsqueda espontánea o campañas	Derivación y seguimiento
Cobertura profesional	Sin obligación específica de obstetra referente	Progresiva y territorial
Gasto inmediato	Menor	No se impone gasto inmediato
Gasto futuro	No estructurado para esta intervención	Planificado según resultados
Riesgo presupuestal	Bajo actual	Controlado mediante progresividad
Información sobre resultados	Fragmentada	Indicadores específicos
Protección	Protocolos existentes	Articulación con dichos protocolos
Adaptación territorial	Variable	Expresamente prevista

XXII. RESULTADO DEL ANÁLISIS COSTO–BENEFICIO

La propuesta presenta **costos de implementación reales**, principalmente relacionados con tiempo profesional, movilidad, capacitación, coordinación, supervisión y eventualmente mayor dotación de recursos humanos.

Por ello, **no resulta técnicamente sostenible afirmar que la ley carece de impacto presupuestal**.

Sin embargo, la estructura propuesta evita que dichos costos se conviertan automáticamente en una obligación de gasto inmediato.

El proyecto:

no crea una plaza por institución;

no establece remuneraciones;

no ordena contrataciones;

no dispone transferencias;

no identifica una fuente presupuestaria ficticia;

no afecta directamente el presupuesto anual vigente;

dispone pilotaje;

establece modalidades diferenciadas;

atribuye al Ejecutivo la planificación;

y condiciona la expansión a evaluación técnica y programación presupuestaria.

La jurisprudencia constitucional reciente reconoce precisamente la importancia de diferenciar una obligación normativa progresiva de una orden de gasto directamente imputable al presupuesto vigente, aunque también exige considerar planificación y sostenibilidad fiscal.

XXIII. TEXTO PRESUPUESTAL DEFINITIVO PROPUESTO

Para fortalecer el proyecto, sustituiría la anterior Segunda Disposición Complementaria Final por la siguiente:

SEGUNDA. Implementación y sostenibilidad presupuestaria

> **La implementación de la presente ley se realiza progresivamente, conforme al Plan Nacional de Implementación y a la programación multianual y presupuestaria de las entidades competentes.**
>
> **La presente ley no autoriza por sí misma la creación automática de plazas, contratación de personal, incremento de remuneraciones, transferencias financieras ni gastos inmediatamente imputables al presupuesto anual vigente.**
>
> **Cuando la implementación requiera recursos adicionales o incremento de dotación de personal, las entidades competentes determinan las necesidades correspondientes y las incorporan, de resultar procedente, en sus procesos de programación, formulación y aprobación presupuestaria, conforme al ordenamiento vigente.**

Y agregaría una disposición adicional:

TERCERA. Evaluación económica del piloto

> **El Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación incorporan en la evaluación del piloto el análisis de costos de implementación, incluyendo recursos humanos, tiempo profesional, movilidad, capacitación, sistemas de información y supervisión. Los resultados son considerados para determinar las modalidades y etapas de expansión de la política.**

La disposición actualmente denominada **Tercera – Piloto inicial** pasaría a ser **Cuarta**, y las siguientes se renumerarían.

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL Y CUADRO COMPARATIVO

PROYECTO DE LEY QUE FORTALECE LA PROTECCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS ADOLESCENTES E INCORPORA AL PROFESIONAL OBSTETRA EN LA COMUNIDAD EDUCATIVA

I. OBJETO DEL ANÁLISIS

La aprobación de la propuesta produce un impacto principalmente modificatorio y complementario sobre la **Ley N.° 28044, Ley General de Educación**, incorporando al profesional obstetra como integrante de la comunidad educativa y delimitando su función especializada en salud sexual y reproductiva adolescente.

La iniciativa no sustituye ni deroga el régimen sanitario aplicable al ejercicio profesional del obstetra, las normas sobre atención integral de adolescentes, los protocolos frente a violencia ni la normativa curricular del Sector Educación.

Su efecto consiste fundamentalmente en crear una **articulación expresa entre la comunidad educativa y la capacidad sanitaria especializada existente en Obstetricia**.

II. LEGISLACIÓN DIRECTAMENTE MODIFICADA

La norma directamente afectada será la **Ley N.° 28044, Ley General de Educación**.

La modificación debe concentrarse en dos disposiciones:

Artículo 52 – Conformación y participación de la comunidad educativa.

Artículo 62-A – Profesionales especializados integrantes de la comunidad educativa.

La redacción vigente del artículo 52 incluye actualmente a estudiantes, padres de familia, profesores, auxiliares de educación, directivos, administrativos, profesional en psicología, profesional en enfermería, profesional odontólogo, exalumnos y miembros de la comunidad local. La inclusión de auxiliares de educación y la conservación de las tres profesiones especializadas constan en la modificación publicada en mayo de 2024.

Por su parte, el artículo 62-A contiene actualmente las funciones de **psicología, enfermería y odontología**. La Ley N.° 31431 incorporó al odontólogo modificando el mismo artículo, aunque mantuvo una denominación del epígrafe que solo menciona psicología y enfermería, pese a que el contenido ya incluye odontología.

Esto permite aprovechar la nueva reforma para corregir también esa deficiencia de técnica normativa.

III. CORRECCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEL PROYECTO

En la versión preliminar propusimos:

artículo 52 modificado + nuevo artículo 62-B exclusivamente para Obstetricia.

Recomiendo corregirlo.

La solución técnicamente más ordenada es:

modificar el artículo 52 + modificar integralmente el artículo 62-A, incorporando al profesional obstetra junto con psicología, enfermería y odontología.

Esto tiene cuatro ventajas.

Primero, respeta la arquitectura que ya utilizó el legislador para enfermería y odontología. La Ley N.° 31317 incorporó a enfermería modificando los artículos 52 y 62-A; la Ley N.° 31431 hizo lo mismo con odontología.

Segundo, evita generar un artículo separado que podría transmitir erróneamente que Obstetricia tiene una posición jurídica distinta de los demás profesionales especializados de la comunidad educativa.

Tercero, permite corregir el título actualmente desactualizado del artículo 62-A.

Cuarto, simplifica posteriormente la reglamentación.

IV. CUADRO COMPARATIVO DEL ARTÍCULO 52

Texto vigente	Texto propuesto
Artículo 52.- Conformación y participación La comunidad educativa está	**Artículo 52.- Conformación y participación** La comunidad educativa está conformada por

conformada por estudiantes, padres de familia, profesores, auxiliares de educación, directivos, administrativos, profesional en psicología, profesional en enfermería, profesional odontólogo, exalumnos y miembros de la comunidad local. […]	estudiantes, padres de familia, profesores, auxiliares de educación, directivos, administrativos, profesional en psicología, profesional en enfermería, profesional odontólogo, **profesional obstetra**, exalumnos y miembros de la comunidad local. […]

El resto del artículo debe mantenerse **sin modificaciones**.

Esto es importante: no conviene utilizar este proyecto para alterar la conformación del CONEI, mecanismos democráticos de participación u otros aspectos de la comunidad educativa que no guardan relación directa con el objeto de la iniciativa.

V. CUADRO COMPARATIVO DEL ARTÍCULO 62-A

Texto actualmente aplicable

La Ley N.° 31431 dispuso que el psicólogo escolar, el enfermero escolar y el odontólogo escolar son profesionales especializados integrantes de la comunidad educativa; luego individualiza las funciones principales de psicología, enfermería y odontología.

La denominación del artículo quedó, sin embargo:

"Artículo 62-A.- El profesional en psicología y profesional en enfermería"

aunque su contenido ya comprende también al odontólogo.

Por técnica legislativa conviene corregir ese epígrafe.

Texto propuesto

Artículo 62-A.- Profesionales especializados integrantes de la comunidad educativa

El profesional en psicología, el profesional en enfermería, el profesional odontólogo y el **profesional obstetra** son profesionales especializados que forman parte de la comunidad educativa y contribuyen, dentro del ámbito de sus respectivas competencias, a la formación integral, bienestar y protección de los estudiantes de educación básica.

La función principal del profesional en psicología consiste en brindar soporte para que los actores de las instituciones educativas orienten adecuadamente a los estudiantes, entre otros aspectos, en aquellos relacionados con su desarrollo cognitivo y socioemocional.

La función principal del profesional en enfermería está orientada a prestar los servicios comprendidos dentro de su competencia relacionados con la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los estudiantes y demás integrantes de la comunidad educativa.

La función principal del profesional odontólogo está orientada a prestar los servicios comprendidos dentro de su competencia relacionados con la prevención y promoción de la salud bucodental de los estudiantes y demás integrantes de la comunidad educativa.

La función principal del profesional obstetra está orientada a desarrollar, dentro del ámbito de sus competencias, acciones de promoción, prevención, orientación y consejería en salud sexual y reproductiva; prevención del embarazo en adolescentes y de las infecciones de transmisión sexual; identificación temprana de factores de riesgo; articulación de los estudiantes con los servicios de salud; y participación en acciones preventivas frente a la violencia sexual, de conformidad con la normativa sanitaria, educativa y de protección vigente.

Ante la identificación o conocimiento de una situación que requiera atención sanitaria o especializada, el profesional obstetra facilita la vinculación, referencia o activación de los mecanismos institucionales correspondientes, según la naturaleza del caso.

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y, en las materias de su competencia, con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, reglamenta las funciones y modalidades de intervención de los profesionales comprendidos en el presente artículo.

VI. POR QUÉ CONVIENE ESTA REDACCIÓN DEL 62-A

Hay una diferencia importante respecto de los proyectos anteriores.

No propondría colocar en la ley algo como:

"El obstetra escolar tendrá como función impartir educación sexual integral".

Ese tipo de redacción puede trasladar innecesariamente el debate hacia **quién determina el contenido educativo**.

La formulación nueva utiliza conceptos sanitarios:

promoción + prevención + orientación + consejería + detección de riesgo + articulación sanitaria.

Y reserva las materias educativas al MINEDU.

Esto permite que la participación del obstetra esté vinculada directamente con aquello que justifica jurídicamente la iniciativa: **su competencia profesional sanitaria**.

VII. NO CREAR UNA DENOMINACIÓN RÍGIDA DE "OBSTETRA ESCOLAR" EN LA LEY

También corregiría otro elemento que apareció en el anterior debate legislativo.

El texto debatido en 2024 empleaba la expresión **"obstetra escolar"** y proponía que el profesional formara parte de los recursos humanos del Ministerio de Educación. El antecedente parlamentario muestra expresamente esa fórmula.

En el nuevo proyecto no considero necesario establecer esa vinculación laboral rígida.

Debe hablarse de:

"profesional obstetra integrante de la comunidad educativa"

y, cuando se regule la cobertura:

"profesional obstetra referente".

Esto permite que pueda provenir:

- del Sector Salud;
- del Sector Educación, si posteriormente se crean plazas;
- de una modalidad territorial;
- de una red o establecimiento;
- o de un esquema itinerante.

La ley regula la **cobertura y función**, no obliga a que toda relación laboral dependa del MINEDU.

VIII. IMPACTO SOBRE EL REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE EDUCACIÓN

La aprobación del proyecto requerirá adecuar el **Reglamento de la Ley N.° 28044**, aprobado mediante D.S. N.° 011-2012-ED.

Existe un antecedente normativo muy ordenado:

Artículo 122-A: Psicólogo en Educación Básica.
Artículo 122-B: Profesional en enfermería en Educación Básica.
Artículo 122-C: Profesional odontólogo en la comunidad educativa.

Por coherencia sistemática, una futura reglamentación podría incorporar:

Artículo 122-D.- Profesional obstetra en la comunidad educativa.

No recomiendo poner ese número directamente en la ley, porque corresponde al Poder Ejecutivo efectuar la adecuación reglamentaria.

Sí debe disponerse expresamente:

DISPOSICIÓN COMPLEMENTARIA FINAL

Adecuación reglamentaria

El Poder Ejecutivo adecúa el Reglamento de la Ley N.° 28044, Ley General de Educación, aprobado mediante Decreto Supremo N.° 011-2012-ED, a las modificaciones previstas en la presente ley, dentro de los ciento veinte días calendario siguientes a su entrada en vigor.

IX. CONTENIDO QUE DEBERÍA DESARROLLARSE REGLAMENTARIAMENTE

La ley debe establecer el marco.

El Reglamento debe desarrollar el funcionamiento concreto.

La futura disposición reglamentaria sobre Obstetricia debería precisar:

MATERIA	DESARROLLO REGLAMENTARIO
Modalidades de cobertura	Permanente, compartida, itinerante, territorial
Población prioritaria	Instituciones que atienden adolescentes
Designación	Responsable y profesional alterno
Coordinación	IE–EESS–UGEL
Actividades preventivas	Condiciones y programación
Consejería	Condiciones de privacidad
Prestaciones sanitarias	Conforme a competencia y cartera
Referencia	Mecanismo de acceso al EESS
Violencia	Articulación con protocolos vigentes
Familias	Modalidades de participación
Datos	Custodia, confidencialidad y registro
Indicadores	Cobertura, acceso y resultados
Capacitación	Requisitos del profesional referente

Esto evita sobrecargar la ley con detalles operativos que pueden requerir actualización periódica.

X. IMPACTO SOBRE LA LEY N.° 27853

La propuesta **no modifica la Ley N.° 27853**.

Tampoco crea mediante la Ley General de Educación nuevas competencias clínicas para el obstetra.

Las funciones que desarrolle en el ámbito educativo estarán sometidas a:

Ley profesional + Reglamento profesional + normativa sanitaria vigente.

Esto debe quedar expresamente protegido mediante la siguiente cláusula:

"La presente ley no crea, amplía ni restringe las competencias profesionales establecidas por la legislación sanitaria. Las actuaciones del profesional obstetra se realizan dentro de las competencias reconocidas por su marco legal y las disposiciones técnicas sanitarias vigentes."

Esta cláusula reduce un riesgo importante: que el debate legislativo sobre presencia del obstetra en colegios termine convirtiéndose en una discusión indirecta sobre el alcance completo de la Ley N.° 27853.

Son cuestiones distintas.

XI. IMPACTO SOBRE LA NORMATIVA DE EDUCACIÓN SEXUAL

La propuesta **no modifica ni deroga** la RVM N.° 085-2026-MINEDU ni debe convertir en ley contenidos curriculares específicos.

El MINEDU conserva la rectoría educativa.

La participación del profesional obstetra se realiza dentro de los lineamientos educativos vigentes cuando participe en acciones desarrolladas dentro de una institución educativa.

El efecto jurídico puede expresarse así:

MINEDU define el contenido y marco educativo.

MINSA define las reglas sanitarias.

El obstetra actúa dentro de sus competencias sanitarias y del marco educativo correspondiente.

Esta delimitación debe mantenerse en todo el expediente.

XII. IMPACTO SOBRE LA NORMATIVA DE ATENCIÓN DE ADOLESCENTES

La ley no sustituye las NTS de atención integral adolescente.

Las complementa mediante una obligación organizacional:

institución educativa ↔ referente sanitario ↔ establecimiento de salud.

Por tanto, las prestaciones concretas continuarán determinadas por MINSA.

La ley no debería enumerar medicamentos, pruebas específicas, métodos anticonceptivos o tratamientos.

Ese nivel de detalle corresponde a la regulación sanitaria y puede cambiar con el tiempo.

XIII. IMPACTO SOBRE LOS PROTOCOLOS DE VIOLENCIA

La iniciativa tampoco modifica las competencias de:

- Ministerio Público;
- PNP;
- Medicina Legal;
- MIMP;
- CEM;
- UPE;
- DEMUNA;
- autoridades escolares.

La RM N.° 383-2025-MINEDU contiene los protocolos actualizados de atención frente a violencia en instituciones educativas, por lo que el nuevo régimen debe remitir a las **rutas vigentes**, no crear una nueva.

El principio legislativo debe ser:

el obstetra detecta y articula; la autoridad competente investiga, protege o sanciona según corresponda.

XIV. IMPACTO SOBRE LA LEGISLACIÓN DE DATOS PERSONALES

No es necesario modificar la legislación de protección de datos.

La nueva ley debe sujetarse a ella.

Para reforzarlo, propongo conservar un artículo específico:

Protección de información sanitaria

Las intervenciones desarrolladas en aplicación de la presente ley respetan las normas sobre privacidad, confidencialidad y protección de datos personales.

Las instituciones educativas no implementan historias clínicas paralelas ni registros de información sanitaria sensible distintos de aquellos expresamente autorizados por el ordenamiento jurídico.

La información clínica es registrada y custodiada conforme a la normativa sanitaria aplicable.

Esto responde a una preocupación legítima cuando se trabaja con adolescentes y datos de SSR.

XV. IMPACTO SOBRE LA ORGANIZACIÓN DEL MINEDU Y MINSA

La propuesta no crea:

- ministerios;
- organismos públicos;
- programas nacionales autónomos;
- unidades ejecutoras;
- consejos permanentes;
- fondos;
- ni nuevas entidades.

Genera fundamentalmente una **obligación de articulación intersectorial**.

Por ello, la implementación puede ser desarrollada mediante las estructuras actualmente existentes y aquellas que cada sector determine en ejercicio de su potestad organizativa.

En caso de requerirse recursos humanos adicionales, estos deberán determinarse dentro del proceso de implementación progresiva y presupuestaria previamente planteado.

XVI. MATRIZ DE IMPACTO NORMATIVO

Norma	Efecto del proyecto
Ley N.° 28044 – art. 52	**Se modifica:** incorpora profesional obstetra
Ley N.° 28044 – art. 62-A	**Se modifica:** incorpora función del profesional obstetra y actualiza epígrafe
Reglamento DS N.° 011-2012-ED	**Requiere adecuación posterior**
Ley N.° 27853	No se modifica
Reglamento de Ley N.° 27853	No se modifica
Normativa MINSA sobre adolescentes	No se modifica; se articula
Normativa de planificación familiar	No se modifica
Normativa sobre ITS	No se modifica
RVM N.° 085-2026-MINEDU	No se modifica
Protocolos MINEDU frente a violencia	No se modifican
Ley N.° 30364 y normativa de protección	No se modifican
Protección de datos personales	No se modifica; se aplica
Leyes sobre psicología, enfermería y odontología en comunidad educativa	No se derogan ni restringen

XVII. COMPARACIÓN CON LAS INCORPORACIONES PROFESIONALES PREVIAS

PROFESIÓN	INCORPORACIÓN LEGAL	FUNCIÓN CENTRAL
Psicología	Ley N.° 30797	Desarrollo cognitivo y socioemocional
Enfermería	Ley N.° 31317	Prevención y promoción de salud

Odontología	Ley N.° 31431	Prevención y promoción de salud bucodental
Obstetricia – propuesta	**Nuevo PL**	**SSR adolescente, prevención, orientación y articulación sanitaria**

La tabla demuestra que las funciones no son idénticas.

Cada profesión responde a un **ámbito especializado distinto**.

Ese es un argumento normativo más adecuado que plantear que Obstetricia debe incorporarse simplemente porque otras profesiones ya fueron incluidas.

XVIII. TEXTO CORREGIDO DEL ARTÍCULO MODIFICATORIO DEL PROYECTO

En consecuencia, **sustituiría los anteriores artículos 2 y 3 del proyecto** por un único artículo modificatorio:

Artículo 2. Modificación de los artículos 52 y 62-A de la Ley N.° 28044, Ley General de Educación

Se modifican los artículos 52 y 62-A de la Ley N.° 28044, Ley General de Educación, en los términos siguientes:

"Artículo 52.- Conformación y participación

La comunidad educativa está conformada por estudiantes, padres de familia, profesores, auxiliares de educación, directivos, administrativos, profesional en psicología, profesional en enfermería, profesional odontólogo, **profesional obstetra**, exalumnos y miembros de la comunidad local.

Según las características de la institución educativa, sus representantes integran el Consejo Educativo Institucional y participan en la formulación y ejecución del proyecto educativo en lo que respectivamente les corresponda.

La participación de los integrantes de la comunidad educativa se realiza mediante formas democráticas de asociación, a través de la elección libre, universal y secreta de sus representantes.

Artículo 62-A.- Profesionales especializados integrantes de la comunidad educativa

El profesional en psicología, el profesional en enfermería, el profesional odontólogo y el **profesional obstetra** son profesionales especializados que forman parte de la comunidad educativa y contribuyen, dentro de sus respectivas competencias, a la formación integral, bienestar y protección de los estudiantes de educación básica.

La función principal del profesional en psicología consiste en brindar soporte para que los actores de las instituciones educativas orienten adecuadamente a los estudiantes, entre otros aspectos, en aquellos relacionados con su desarrollo cognitivo y socioemocional.

La función principal del profesional en enfermería está orientada a prestar los servicios comprendidos en su competencia relacionados con la prevención de enfermedades y promoción de la salud de los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.

La función principal del profesional odontólogo está orientada a prestar los servicios comprendidos en su competencia relacionados con la prevención y promoción de la salud bucodental de los estudiantes y demás miembros de la comunidad educativa.

La función principal del profesional obstetra está orientada a contribuir, dentro del ámbito de sus competencias, a la promoción, prevención, orientación y consejería en salud sexual y reproductiva de los adolescentes; prevención del embarazo adolescente y de las infecciones de transmisión sexual; identificación temprana de factores de riesgo; articulación con los servicios de salud; y participación en acciones preventivas frente a la violencia sexual conforme a la normativa vigente.

Cuando se identifique una necesidad sanitaria, situación de riesgo o posible situación de violencia que requiera la intervención de otro servicio o autoridad, el profesional obstetra facilita la referencia o activación de los mecanismos institucionales correspondientes, sin sustituir las competencias de las autoridades responsables.

El Ministerio de Educación, en coordinación con el Ministerio de Salud y, en las materias correspondientes, con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, establece mediante reglamento las funciones, modalidades de intervención y mecanismos de articulación aplicables a los profesionales comprendidos en el presente artículo."**

XIX. CONSECUENCIA PARA EL RESTO DEL PROYECTO

Con esta corrección:

ya no existe el artículo 62-B propuesto.

Los actuales artículos posteriores del PL deben renumerarse:

- cobertura del profesional obstetra;
- prioridad de implementación;
- naturaleza sanitaria;
- participación de familias;
- referencia sanitaria;
- violencia sexual;
- privacidad;
- coordinación;
- evaluación.

Y mantenemos las disposiciones complementarias ya corregidas sobre:

progresividad + piloto + evaluación económica + reglamentación + sostenibilidad presupuestaria.

Conclusión normativa

El impacto legislativo queda así deliberadamente acotado:

dos artículos de la Ley General de Educación modificados + adecuación posterior de su Reglamento.

No necesitamos modificar la Ley N.° 27853 ni abrir simultáneamente cinco leyes distintas.

Eso hace que el proyecto sea **mucho más limpio desde técnica legislativa** y permite que el debate sobre su contenido se concentre en la necesidad de la intervención sanitaria y en su modalidad de implementación, en lugar de generar conflictos innecesarios con otras normas.

PROYECTO PILOTO INTERSECTORIAL 2027

"OBSTETRA REFERENTE PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS"

Entidad proponente: Colegio de Obstetras del Perú – COP
Sectores cuya participación se propone: Ministerio de Salud – MINSA; Ministerio de Educación – MINEDU; Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP
Duración referencial: 12 meses
Ámbito: Multirregional, urbano, rural, andino y amazónico
Naturaleza: Piloto demostrativo sujeto a validación técnica intersectorial

I. DENOMINACIÓN

Proyecto Piloto Intersectorial 2027 "Obstetra Referente para Instituciones Educativas: prevención, orientación y acceso oportuno a la salud sexual y reproductiva adolescente".

II. JUSTIFICACIÓN

La atención integral de salud adolescente requiere que los servicios de salud desarrollen mecanismos efectivos de acercamiento a la población, especialmente cuando existen barreras para acceder espontáneamente a los establecimientos.

La NTS N.° 157-MINSA/2019/DGIESP promueve intervenciones con familias, instituciones educativas y comunidad.

Asimismo, la NTS N.° 201-MINSA/DGIESP-2023 incorpora expresamente al **profesional obstetra** en el equipo básico de salud adolescente de establecimientos I-1 e I-2, en el equipo multidisciplinario de I-3 e I-4 y en los equipos de atención especializada de los niveles II y III.

En el ámbito educativo, la RVM N.° 085-2026-MINEDU aprobó los actuales **Lineamientos para la Educación Sexual con base científica, biológica y ética**, de aplicación progresiva en instituciones educativas públicas y privadas.

Sobre dicho marco, el piloto propone pasar de intervenciones ocasionales a un modelo de **responsabilidad sanitaria territorial claramente identificada**.

III. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la factibilidad, aceptabilidad, seguridad y resultados de un modelo territorial en el que profesionales obstetras integrantes de los servicios de salud actúen como **referentes de salud sexual y reproductiva adolescente para instituciones educativas determinadas**, articulando prevención, orientación, captación y acceso oportuno a servicios sanitarios.

IV. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El piloto permitirá evaluar si el modelo:

a) incrementa la vinculación entre instituciones educativas y establecimientos de salud;

b) mejora el acceso de adolescentes a orientación y servicios de salud sexual y reproductiva;

c) facilita la identificación temprana de necesidades y factores de riesgo;

d) mejora la continuidad entre detección, referencia y atención efectiva;

e) permite una adecuada articulación frente a situaciones de presunta violencia sin generar rutas paralelas;

f) es operativamente sostenible para los establecimientos y profesionales participantes;

g) puede adaptarse a realidades urbanas, rurales, andinas y amazónicas; y

h) genera información suficiente para decidir su ampliación, modificación o discontinuidad.

V. DURACIÓN PROPUESTA

Se propone un piloto de **12 meses**, distribuido de la siguiente manera:

Etapa	Duración referencial
Diseño y aprobación operativa	Meses 1–2
Selección y mapeo territorial	Mes 2
Capacitación	Meses 2–3
Implementación	Meses 3–10
Evaluación intermedia	Mes 6
Evaluación final	Meses 11–12
Informe y decisión de escalamiento	Mes 12

Por la fecha actual, el diseño podría efectuarse durante el último trimestre de 2026 para una implementación articulada con el **año escolar 2027**, si los sectores competentes consideran viable dicho cronograma.

VI. DIMENSIONAMIENTO REFERENCIAL

No recomiendo fijar desde el COP una cobertura nacional obligatoria antes de conocer capacidad operativa y disponibilidad de personal.

Para el piloto se propone, de manera referencial:

4 a 6 territorios piloto
5 a 10 instituciones educativas por territorio
20 a 60 instituciones educativas en total

Cada profesional obstetra referente podría articular inicialmente con un máximo referencial de **3 a 5 instituciones educativas**, ajustable por:

- distancia;
- población estudiantil;
- ruralidad;
- tiempo de desplazamiento;
- jornada laboral;

- recursos humanos del establecimiento;
- frecuencia de intervenciones;
- y carga asistencial habitual.

Esta ratio **no constituye un estándar definitivo**. El propio piloto deberá determinar cuál es sostenible.

VII. SELECCIÓN DE TERRITORIOS PILOTO

No recomiendo que el COP designe unilateralmente las regiones.

La selección debería realizarse conjuntamente con MINSA y MINEDU utilizando información oficial y procurando diversidad territorial.

Matriz propuesta

Criterio	Ponderación referencial
Población adolescente	15 %
Embarazo adolescente / necesidad de SSR	20 %
Barreras de acceso sanitario	15 %
Ruralidad o dispersión territorial	10 %
Capacidad del establecimiento de salud	15 %
Disponibilidad de obstetras	10 %
Existencia de servicios de salud adolescente	10 %
Viabilidad institucional MINEDU–MINSA	5 %
TOTAL	**100 %**

La puntuación es una propuesta metodológica y deberá ser validada por las entidades participantes.

Además, se procurará que la selección incluya como mínimo:

territorio urbano de alta densidad + territorio rural + territorio andino + territorio amazónico.

No deben publicarse rankings que puedan estigmatizar colegios o localidades.

VIII. SELECCIÓN DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

Dentro de cada territorio se priorizarán instituciones que:

- atiendan población adolescente;
- tengan establecimiento de salud territorialmente identificable;
- cuenten con disponibilidad para articulación intersectorial;
- permitan ejecutar y medir el piloto;
- cuenten con mecanismos institucionales de convivencia y protección;
- y presenten necesidades que justifiquen intervención preventiva.

La participación en el piloto deberá formalizarse mediante los mecanismos que determinen MINEDU y MINSA.

IX. CRITERIOS PARA DESIGNAR AL OBSTETRA REFERENTE

El profesional deberá:

1. ser **profesional obstetra colegiado y habilitado**;
2. pertenecer o encontrarse formalmente vinculado al establecimiento de salud participante;
3. contar con experiencia o capacitación en salud adolescente y SSR;
4. recibir la capacitación específica del piloto;
5. conocer las rutas de protección frente a violencia;
6. acreditar competencias comunicacionales para trabajo con adolescentes;
7. conocer las reglas de confidencialidad y protección de información;

8. contar con disponibilidad operativa autorizada por la entidad empleadora.

La designación debe ser **institucional**, no informal.

Debe existir además un **profesional alterno** para garantizar continuidad.

X. CARTERA FUNCIONAL DEL PILOTO

El piloto se organizará en cuatro ejes.

EJE 1. PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Comprenderá actividades educativas programadas sobre:

- salud sexual y reproductiva;
- salud menstrual;
- prevención del embarazo adolescente;
- anticoncepción;
- prevención de ITS/VIH;
- autocuidado;
- relaciones saludables;
- prevención de violencia sexual;
- reconocimiento de riesgos;
- acceso a servicios de salud.

La función pedagógica permanece bajo conducción de la institución educativa; el obstetra participa como **soporte técnico sanitario**.

EJE 2. ORIENTACIÓN Y CONSEJERÍA

Comprenderá:

- orientación individual;
- consejería grupal cuando corresponda;
- resolución de dudas;

- identificación de necesidades sanitarias;
- información sobre servicios disponibles.

Las intervenciones individuales requieren condiciones adecuadas de privacidad.

EJE 3. VINCULACIÓN CON SERVICIOS DE SALUD

Cuando exista necesidad sanitaria:

identificación → orientación → referencia/coordinación → atención efectiva → seguimiento cuando corresponda.

Las prestaciones clínicas que requieran establecimiento sanitario se efectuarán en dicho ámbito o mediante una intervención sanitaria formalmente organizada.

EJE 4. DETECCIÓN Y ARTICULACIÓN FRENTE A VIOLENCIA

Ante indicadores o revelaciones:

escuchar sin investigar → proteger → evitar revictimización → activar protocolo vigente → facilitar atención sanitaria y de protección.

La coordinación deberá respetar los mecanismos vigentes con CEM, UPE y DEMUNA. La RM N.° 237-2024-MIMP regula precisamente la coordinación entre estos servicios respecto de niñas, niños y adolescentes afectados por violencia o riesgo de desprotección.

XI. PAQUETE MÍNIMO DE ACTIVIDADES POR INSTITUCIÓN

Durante el piloto, cada institución participante podría recibir como mínimo:

ACTIVIDAD	FRECUENCIA REFERENCIAL
Presentación de la estrategia a directivos	1 al inicio
Sesiones educativas para adolescentes	Al menos 1 por trimestre
Actividad con familias/cuidadores	Al menos 2 durante el piloto
Capacitación básica a docentes/tutores	Al menos 1
Jornada de orientación/consejería	Según programación territorial

Coordinación IE–EESS	Permanente
Revisión de rutas	Al inicio y a mitad del piloto
Seguimiento de referencias sanitarias	Continuo, cuando corresponda
Evaluación	Inicial, intermedia y final

Estas frecuencias son **referenciales** y deberán ajustarse a matrícula, capacidad del servicio y características territoriales.

XII. CRONOGRAMA OPERATIVO

MES 1

Constitución del Comité Técnico.
Definición del protocolo.
Aprobación de instrumentos.

MES 2

Selección de territorios e instituciones.
Mapeo de EESS, IE, CEM, DEMUNA, UPE y referencias hospitalarias.
Designación de profesionales.

MES 3

Capacitación obligatoria.
Presentación a las comunidades educativas.
Aplicación de línea de base.

MESES 3–5

Inicio de actividades preventivas.
Consejería.
Referencias.
Registro de indicadores.

MES 6

Evaluación intermedia.

Se analizará:

cobertura + carga profesional + aceptación + eventos críticos + referencias + problemas de confidencialidad + dificultades operativas.

Podrán modificarse frecuencias y procedimientos.

MESES 7–10

Segunda fase de implementación ajustada.

MES 11

Cierre operativo y levantamiento de información final.

MES 12

Evaluación comparativa, conclusiones y recomendaciones.

XIII. FICHA OPERATIVA DE CADA INSTITUCIÓN

Institución educativa: _____
Código modular: _____
UGEL: _____
Distrito/provincia/región: _____
Matrícula adolescente estimada: _____

Establecimiento de salud referente: _____
Categoría: _____
Obstetra referente: _____
Obstetra alterno: _____
Equipo de salud adolescente: _____

CEM territorial: _____
DEMUNA: _____
UPE, cuando corresponda: _____
Hospital de referencia: _____

Canal institucional IE–EESS: _____
Cronograma: _____

XIV. FICHA INDIVIDUAL DE DERIVACIÓN SANITARIA

Cuando resulte necesario derivar a un adolescente, el instrumento deberá contener solo la información indispensable:

Código/identificación conforme al sistema autorizado: _____
Fecha: _____
Motivo general de referencia: _____
Nivel de prioridad: programable / prioritaria / urgente
Servicio requerido: _____
Establecimiento receptor: _____
Fecha coordinada: _____
Acceso efectivo confirmado: sí / no
Seguimiento requerido: sí / no

Los datos clínicos detallados corresponden a los sistemas sanitarios respectivos y **no deben formar una historia clínica paralela en el colegio**.

XV. INDICADORES PRIMARIOS

El éxito del piloto no debe medirse por "cantidad de charlas".

Los principales resultados deberían ser:

INDICADOR	FÓRMULA
IE con referente operativo	IE con referente y canal activo / IE piloto
Cobertura adolescente	adolescentes alcanzados / población adolescente objetivo
Acceso efectivo	derivados que recibieron atención / adolescentes derivados
Oportunidad	tiempo entre identificación y acceso
Continuidad	casos que completaron seguimiento / casos que lo requerían
Referentes capacitados	referentes capacitados / referentes designados
Cumplimiento protocolar	intervenciones auditadas conformes / intervenciones auditadas

Satisfacción	valoración mediante instrumento anónimo

XVI. INDICADORES DE PROCESO DE SSR

Podrán registrarse de forma agregada:

- número de orientaciones;
- número de consejerías;
- referencias para SSR;
- acceso a planificación familiar;
- referencias por posible ITS;
- acceso a pruebas/tamizajes cuando correspondan;
- atención por sospecha de embarazo;
- derivaciones de adolescentes gestantes;
- actividades de salud menstrual;
- participación de familias.

Los reportes públicos deberán evitar información que permita identificar estudiantes.

XVII. INDICADORES DE PROTECCIÓN

Se medirá exclusivamente la **respuesta institucional**, no se utilizarán estos datos para etiquetar públicamente a instituciones.

Entre los indicadores:

- alertas que requirieron activación de ruta;
- porcentaje activado conforme a protocolo;
- tiempo hasta comunicación al servicio competente;
- acceso sanitario cuando correspondió;
- incumplimientos detectados;

- incidentes de confidencialidad;
- situaciones de posible revictimización identificadas en auditoría.

Una mayor cantidad de detecciones **no debe interpretarse automáticamente como fracaso de la institución educativa**, porque puede representar una mayor capacidad de identificación.

XVIII. LÍNEA DE BASE

Antes del inicio se levantará información sobre:

- conocimiento de los servicios de salud;
- existencia de articulación IE–EESS;
- disponibilidad de referente sanitario;
- utilización de servicios por adolescentes;
- conocimientos básicos de SSR;
- mecanismos de derivación existentes;
- conocimiento de rutas por docentes/tutores;
- recursos humanos disponibles.

No deben recogerse datos personales o sexuales innecesarios para evaluar el piloto.

XIX. EVALUACIÓN DE RESULTADOS

La evaluación final deberá comparar:

situación inicial vs. situación final.

Se analizarán cinco dimensiones:

1. **Factibilidad.**
   ¿Puede implementarse con la organización existente?

2. **Accesibilidad.**
   ¿Los adolescentes acceden más fácilmente a los servicios?

3. **Aceptabilidad.**
   ¿Adolescentes, profesionales y comunidad educativa aceptan el modelo?

4. **Seguridad.**
   ¿Se protege confidencialidad, competencias y rutas frente a violencia?

5. **Sostenibilidad.**
   ¿Cuántos recursos exige y cuál sería la capacidad de expansión?

XX. CRITERIOS PARA CONSIDERAR EXITOSO EL PILOTO

No propongo fijar todavía porcentajes arbitrarios como "80 %" o "90 %".

La Mesa Técnica deberá establecer los valores antes del inicio, con línea de base disponible.

Sí proponemos cinco condiciones mínimas cualitativas:

articulación operativa demostrada + incremento del acceso + ausencia de vulneraciones sistémicas de confidencialidad + adecuada activación de rutas + carga laboral sostenible.

XXI. GESTIÓN DE RIESGOS

RIESGO	MEDIDA PREVENTIVA
Obstetra sobrecargado	Limitar IE asignadas y proteger tiempo extramural
Conversión del programa en "charlas"	Indicadores de acceso y continuidad
Confusión con función docente	Delimitar función sanitaria
Falta de privacidad	Definir ambientes y derivar al EESS cuando sea necesario

Manejo incorrecto de violencia	Capacitación y protocolo obligatorio
Revictimización	Prohibición expresa de investigación/interrogatorio
Pérdida de confidencialidad	Reglas de información y auditoría
Falta de continuidad	Obstetra alterno y canal institucional
Intervenciones sin coordinación	Cronograma conjunto IE–EESS
Duplicación con otros programas	Mapeo previo de intervenciones existentes
Rechazo de familias/comunidad	Información y participación previa
Falta de recursos	Pilotaje acotado y análisis real de costos

XXII. RECURSOS NECESARIOS

El piloto deberá cuantificar:

Recursos humanos: tiempo de obstetras, equipos de adolescentes, coordinadores.

Movilidad: desplazamiento a instituciones educativas.

Capacitación: formación inicial y actualización.

Material: recursos educativos técnicamente validados.

Privacidad: espacios adecuados para orientación individual.

Información: instrumentos de monitoreo seguros.

Coordinación: reuniones territoriales e intersectoriales.

No corresponde afirmar que el piloto será de **"costo cero"**.

Puede utilizar recursos ya existentes, pero desplazamiento y tiempo profesional tienen un costo de oportunidad que debe medirse.

XXIII. FINANCIAMIENTO

Durante el piloto, cada sector deberá determinar, conforme a su marco presupuestario, qué actividades pueden desarrollarse con recursos institucionales existentes y qué necesidades adicionales requieren programación.

El informe final deberá incluir:

costo por territorio + costo por institución + tiempo profesional utilizado + desplazamiento + capacitación + costo incremental estimado de expansión.

Ello será indispensable antes de plantear una implementación nacional.

XXIV. COMITÉ TÉCNICO DEL PILOTO

Se propone:

MINSA: conducción sanitaria.

MINEDU: conducción educativa.

MIMP: asistencia técnica en prevención y protección frente a violencia.

COP: asistencia técnica sobre Obstetricia y coordinación profesional.

Además, a nivel territorial:

DIRESA/GERESA/DIRIS + DRE/GRE + UGEL + establecimientos de salud + instituciones educativas + servicios de protección correspondientes.

XXV. SUPERVISIÓN

Se realizarán al menos:

supervisión inicial → supervisión intermedia → supervisión final.

La supervisión verificará:

- cumplimiento de funciones;
- calidad de la consejería;
- privacidad;

- registros;
- derivación;
- acceso efectivo;
- manejo de alertas;
- carga laboral;
- cumplimiento de límites competenciales.

XXVI. EVENTOS QUE DEBEN COMUNICARSE INMEDIATAMENTE AL COMITÉ

Sin divulgar información personal innecesaria:

- vulneración de confidencialidad;
- actuación fuera de competencia;
- revictimización;
- ausencia sistemática de referencia;
- negativa institucional de atención;
- incidente grave durante actividad;
- utilización política o comercial de la estrategia;
- intervención no autorizada;
- cualquier riesgo importante para adolescentes.

El objetivo es introducir mecanismos de **mejora rápida**, no esperar hasta el informe anual.

XXVII. CRITERIOS PARA SUSPENDER UNA SEDE PILOTO

Se podrá evaluar la suspensión temporal de una sede cuando:

- no existan condiciones mínimas de protección;
- se produzcan vulneraciones reiteradas de confidencialidad;

- no exista articulación sanitaria funcional;
- se utilice la estrategia para intervenciones ajenas a sus objetivos;
- se incumplan reiteradamente los protocolos;
- o exista un riesgo no mitigable para los adolescentes.

La suspensión de una sede no supone necesariamente cancelar el piloto completo.

XXVIII. INFORME FINAL

Al término del piloto deberá emitirse un **Informe Técnico Intersectorial** que contenga:

1. población alcanzada;
2. intervenciones realizadas;
3. acceso a servicios;
4. continuidad;
5. funcionamiento de las referencias;
6. resultados cualitativos;
7. incidentes;
8. costos;
9. brechas de recursos humanos;
10. valoración de adolescentes y comunidad educativa;
11. diferencias territoriales;
12. propuestas de modificación;
13. factibilidad de expansión.

XXIX. DECISIÓN POSTERIOR AL PILOTO

El informe deberá permitir adoptar una de cuatro decisiones:

ESCALAR, si el modelo demuestra utilidad y sostenibilidad.

ESCALAR CON MODIFICACIONES, si funciona pero requiere ajustes.

AMPLIAR EL PILOTO, si aún no existe evidencia suficiente.

NO ESCALAR, si los costos, riesgos o resultados no justifican su continuidad.

Así la expansión nacional dependerá de **resultados verificables**, no únicamente de una decisión declarativa.

XXX. PRODUCTO ESPERADO

Al culminar el piloto se busca demostrar si es viable que una institución educativa pueda identificar permanentemente:

qué establecimiento de salud le corresponde;
quién es el obstetra referente;
cómo acceder a orientación sanitaria;
cómo derivar a un adolescente;
cuál es la ruta frente a una necesidad urgente;
y cómo articular frente a situaciones de riesgo o violencia.

La NTS N.° 201 aporta una base especialmente importante para este diseño porque **ya reconoce expresamente al obstetra dentro de todos los niveles de conformación del equipo de salud adolescente**. El piloto no crea esa participación profesional; busca determinar cómo hacerla **territorial, extramural, continua y medible**.

Texto de cierre propuesto

El Colegio de Obstetras del Perú propone que el Proyecto Piloto "Obstetra Referente para Instituciones Educativas" sea evaluado conjuntamente por MINSA, MINEDU y MIMP, iniciándose con un número acotado de territorios y sometiéndose a evaluación técnica antes de considerar su expansión nacional. La finalidad es fortalecer la prevención y el acceso de la población adolescente a los servicios de salud sexual y reproductiva mediante una articulación estable entre salud, educación y protección.

PROYECTO DE PROTOCOLO INTERSECTORIAL

PARA LA ARTICULACIÓN ENTRE INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y SERVICIOS DE SALUD EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTE, CON PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL OBSTETRA

Estrategia propuesta: "OBSTETRA REFERENTE PARA INSTITUCIONES EDUCATIVAS"

Entidades participantes propuestas:
Ministerio de Salud – MINSA
Ministerio de Educación – MINEDU
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP
Colegio de Obstetras del Perú – COP

I. FINALIDAD

Contribuir al cuidado integral de la salud de las y los adolescentes mediante el establecimiento de mecanismos permanentes de articulación entre las instituciones educativas y los establecimientos de salud, fortaleciendo particularmente las acciones de **promoción, prevención, orientación, consejería, detección temprana de riesgos y acceso oportuno a servicios de salud sexual y reproductiva**, con participación del profesional obstetra.

El protocolo busca transformar intervenciones aisladas o eventuales en un **modelo territorial organizado y verificable**, preservando las competencias del Sector Educación, del Sector Salud y del sistema especializado de protección frente a situaciones de violencia.

La NTS N.° 157-MINSA/2019/DGIESP establece la atención integral del adolescente y contempla intervenciones con familias, instituciones educativas y comunidad; posteriormente, la NTS N.° 201-MINSA/DGIESP-2023 estableció estándares para los establecimientos que brindan cuidado integral a esta población.

II. OBJETIVO GENERAL

Establecer disposiciones para la coordinación territorial y operativa entre instituciones educativas, establecimientos de salud y servicios especializados de protección, con la

finalidad de mejorar el acceso de adolescentes a intervenciones de promoción, prevención y atención en salud sexual y reproductiva mediante la participación organizada del **profesional obstetra como referente sanitario del componente de SSR**.

III. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

El protocolo tiene como objetivos:

a) establecer un vínculo institucional identificable entre cada institución educativa incorporada a la estrategia y un establecimiento de salud;

b) promover la participación del profesional obstetra en las acciones de salud sexual y reproductiva dirigidas a adolescentes;

c) fortalecer prevención del embarazo adolescente, ITS, VIH, violencia sexual y otros riesgos relacionados con la SSR;

d) facilitar orientación y consejería oportuna;

e) establecer mecanismos de derivación efectiva hacia los servicios de salud;

f) definir la actuación cuando se detecten situaciones de riesgo o presunta violencia;

g) evitar revictimización y duplicidad de intervenciones;

h) facilitar articulación con CEM, UPE, DEMUNA y otros servicios competentes cuando corresponda; e

i) implementar indicadores que permitan evaluar acceso, continuidad y resultados.

IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN PROPUESTO

El presente protocolo sería aplicable progresivamente a:

Sector Educación: instituciones educativas públicas y privadas incorporadas a la estrategia, DRE/GRE y UGEL.

Sector Salud: MINSA, DIRIS, DIRESA, GERESA, redes, microrredes y establecimientos de salud correspondientes.

Sector protección: MIMP, Programa Nacional Warmi Ñan, Centros Emergencia Mujer y demás servicios competentes.

Colegio de Obstetras del Perú: participación técnica, capacitación, coordinación profesional y seguimiento institucional en los asuntos correspondientes al ámbito de Obstetricia.

En una primera etapa, su aplicación podrá efectuarse mediante **pilotos territoriales**.

V. BASE NORMATIVA PRINCIPAL

El protocolo deberá concordarse, entre otras, con las siguientes disposiciones:

- Ley N.° 27853, Ley de Trabajo de la Obstetriz, y su Reglamento aprobado mediante D.S. N.° 008-2003-SA.
- Ley N.° 30364 y normativa reglamentaria relacionada con violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar.
- Ley N.° 29733, Ley de Protección de Datos Personales, y normativa complementaria.
- Código de los Niños y Adolescentes.
- RM N.° 1001-2019/MINSA, que aprueba la NTS N.° 157-MINSA/2019/DGIESP sobre atención integral de salud de adolescentes.
- RM N.° 356-2023/MINSA, que aprueba la NTS N.° 201-MINSA/DGIESP-2023 sobre estándares de calidad para establecimientos que brindan cuidado integral de salud a adolescentes.

- RVM N.° 085-2026-MINEDU, que aprueba los **Lineamientos para la Educación Sexual con base científica, biológica y ética**.
- RM N.° 383-2025-MINEDU, que actualiza los protocolos para la atención de la violencia contra niñas, niños y adolescentes en instituciones educativas.
- D.S. N.° 008-2019-SA, que aprueba el Protocolo de actuación conjunta entre CEM y establecimientos de salud.
- RM N.° 237-2024-MIMP, que aprueba los Lineamientos de coordinación CEM–UPE–DEMUNA para niñas, niños y adolescentes afectados por violencia o en riesgo de desprotección.

VI. PRINCIPIOS DE INTERVENCIÓN

La aplicación del protocolo se rige por:

Interés superior del adolescente. Toda actuación prioriza protección, bienestar y desarrollo integral.

Respeto de derechos. La intervención se desarrolla con trato digno y sin discriminación.

Confidencialidad y privacidad. La información obtenida durante una intervención sanitaria recibe la protección prevista por la normativa correspondiente.

No revictimización. Ninguna actuación preventiva o sanitaria debe generar repetición innecesaria del relato de violencia.

Interdisciplinariedad. El obstetra referente no sustituye al resto del equipo de salud ni a otros profesionales especializados.

Territorialidad. La institución educativa se vincula con los servicios existentes en su jurisdicción.

Continuidad del cuidado. Una derivación no culmina con entregar una referencia; debe procurarse que el adolescente efectivamente acceda al servicio.

Delimitación competencial. Cada profesional y entidad interviene dentro de sus atribuciones legales.

VII. DEL PROFESIONAL OBSTETRA REFERENTE

7.1 Definición

Para efectos de la estrategia, se denomina **Obstetra Referente para Instituciones Educativas** al profesional obstetra perteneciente al establecimiento de salud o estructura sanitaria territorial correspondiente, designado para articular el componente de salud sexual y reproductiva adolescente con una o más instituciones educativas.

Su designación no implica necesariamente dedicación exclusiva ni creación inmediata de una nueva plaza.

7.2 Funciones

El profesional obstetra referente desarrolla, dentro de sus competencias:

a. **Promoción y educación sanitaria:** participación en actividades sobre SSR, salud menstrual, prevención del embarazo adolescente, ITS, VIH, anticoncepción, autocuidado, relaciones saludables, factores protectores y prevención de violencia.

b. **Orientación y consejería:** individual o grupal, de acuerdo con la naturaleza de la intervención y las condiciones apropiadas de privacidad.

c. **Captación sanitaria:** identificación de adolescentes que requieren atención en el establecimiento de salud.

d. **Articulación asistencial:** coordinación para facilitar citas, referencias y acceso oportuno a servicios.

e. **Seguimiento:** verificación, cuando corresponda, de que la vinculación con el servicio sanitario se haya producido.

f. **Detección de riesgos:** identificación de indicadores que ameriten intervención de otros profesionales o servicios especializados.

g. **Activación de rutas:** actuación conforme a los protocolos vigentes ante conocimiento o revelación de una posible situación de violencia.

h. **Trabajo con familias:** actividades educativas y preventivas con madres, padres o cuidadores.

i. **Coordinación con docentes y tutores:** capacitación básica para reconocer necesidades sanitarias y conocer las rutas institucionales.

VIII. ACTUACIONES QUE NO CORRESPONDEN AL OBSTETRA REFERENTE

La designación como referente **no habilita ni obliga** al profesional obstetra a:

- investigar un presunto delito;
- interrogar reiteradamente a una posible víctima;
- determinar la credibilidad del relato;
- identificar responsabilidad penal;
- confrontar al presunto agresor;
- desarrollar investigación disciplinaria escolar;
- realizar pericias médico-legales;
- sustituir al profesional de psicología;
- sustituir al CEM, DEMUNA o UPE;
- sustituir a Policía, Ministerio Público o Medicina Legal;
- ni realizar prestaciones clínicas que excedan sus competencias profesionales.

Esta delimitación deberá formar parte expresa de la capacitación obligatoria.

IX. ORGANIZACIÓN TERRITORIAL

El modelo básico será:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

↓

EQUIPO DE SALUD ADOLESCENTE

↓

OBSTETRA REFERENTE DE SSR

↓

INSTITUCIÓN/INSTITUCIONES EDUCATIVAS ASIGNADAS

Cada institución educativa participante deberá contar, como mínimo, con identificación del:

Responsable	**Información**
Establecimiento de salud referente	_____
Obstetra referente	_____
Profesional alterno	_____
Responsable de la IE	_____
Responsable UGEL	_____
CEM territorial	_____
DEMUNA/UPE correspondiente	_____
Canal institucional de coordinación	_____
Establecimiento de mayor complejidad	_____

No deberá utilizarse el teléfono personal de un profesional como único mecanismo permanente de articulación.

X. COMPONENTE PREVENTIVO EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA

Las intervenciones podrán comprender actividades programadas durante el año escolar sobre contenidos definidos conjuntamente por MINEDU y MINSA.

La educación sexual desarrollada dentro del ámbito escolar deberá adecuarse a los Lineamientos aprobados mediante RVM N.° 085-2026-MINEDU, cuya aplicación está prevista de manera progresiva y adecuada a la edad, contexto sociocultural y necesidades de los estudiantes.

El profesional de salud actúa como **soporte técnico sanitario** y no reemplaza la función pedagógica del docente.

XI. CONSEJERÍA INDIVIDUAL

Cuando un adolescente solicite orientación individual se deberá:

asegurar un ambiente apropiado → explicar el carácter de la intervención → preservar la privacidad conforme al ordenamiento vigente → realizar consejería dentro de competencia → identificar necesidad sanitaria → coordinar atención cuando corresponda.

Cuando la intervención requerida deba realizarse en un establecimiento de salud, el adolescente será vinculado al servicio correspondiente.

El futuro protocolo operativo deberá precisar, conforme al marco jurídico vigente, los supuestos de consentimiento, asentimiento, participación de padres o responsables y excepciones aplicables; **no resulta conveniente crear mediante este proyecto reglas nuevas sobre esas materias**.

XII. FLUJO DE DERIVACIÓN SANITARIA

NIVEL A – ORIENTACIÓN

Necesidad de información
↓
educación/consejería
↓
no requiere intervención clínica
↓
cierre de actuación preventiva.

NIVEL B – ATENCIÓN PROGRAMABLE

necesidad sanitaria identificada
↓
coordinación con EESS
↓
cita/prestación
↓
verificación de acceso.

NIVEL C – ATENCIÓN PRIORITARIA

condición que requiere evaluación pronta
↓
comunicación con servicio sanitario
↓
traslado/derivación conforme al caso
↓
atención y continuidad.

NIVEL D – EMERGENCIA

posible emergencia
↓
activación inmediata de la atención sanitaria correspondiente
↓
referencia según capacidad resolutiva.

La institución educativa **no debe retrasar una atención urgente esperando completar procedimientos administrativos internos**.

XIII. FLUJO ANTE PRESUNTA VIOLENCIA SEXUAL

Este constituye uno de los puntos esenciales del protocolo.

13.1 Cuando existe una revelación

La actuación inicial será:

ESCUCHAR SIN INTERROGAR → PROTEGER → EVITAR REVICTIMIZACIÓN → ACTIVAR PROTOCOLO EDUCATIVO Y DE PROTECCIÓN → FACILITAR ATENCIÓN DE SALUD → COORDINAR CON SERVICIOS COMPETENTES.

Los protocolos escolares sobre violencia fueron actualizados mediante RM N.° 383-2025-MINEDU y deben mantenerse como ruta sectorial aplicable.

13.2 Atención sanitaria

La atención sanitaria que corresponda **no debe condicionarse a que previamente exista una determinación de responsabilidad**.

Cuando corresponda, deberá activarse la coordinación prevista entre el establecimiento de salud y el CEM conforme al D.S. N.° 008-2019-SA.

13.3 Protección especializada

Cuando resulte aplicable se coordinará con:

CEM → UPE → DEMUNA → servicios sanitarios → autoridades competentes

según la naturaleza del caso y las reglas establecidas por el ordenamiento vigente. La RM N.° 237-2024-MIMP ya establece lineamientos de coordinación CEM–UPE–DEMUNA para niñas, niños y adolescentes afectados por violencia o en riesgo de desprotección.

XIV. PROHIBICIÓN DE REVICTIMIZACIÓN

Ante conocimiento de una posible situación de violencia:

no se realizarán entrevistas sucesivas con la finalidad de "comprobar" los hechos;

no se solicitará al adolescente reproducir el relato ante múltiples funcionarios innecesariamente;

no se realizará confrontación con la persona señalada;

no se divulgará información a integrantes de la comunidad educativa que no necesiten conocerla para el ejercicio de sus funciones.

El registro debe limitarse a aquello indispensable para cumplir las obligaciones sanitarias, educativas y de protección aplicables.

XV. CONFIDENCIALIDAD Y DATOS PERSONALES

La institución educativa **no deberá crear historias clínicas paralelas**.

La información clínica se registrará en los instrumentos y sistemas sanitarios correspondientes.

Para fines de monitoreo de la estrategia deberán utilizarse preferentemente **datos agregados o anonimizados**, evitando identificar a adolescentes cuando ello no resulte indispensable.

La futura versión aprobada del protocolo deberá establecer:

tipo de información → responsable del registro → lugar de custodia → personas autorizadas → tiempo de conservación → reglas de comunicación → excepciones previstas legalmente.

XVI. INTERVENCIONES DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dependiendo de la necesidad, cartera del establecimiento y competencia profesional, la articulación podrá facilitar acceso a:

- consejería en salud sexual y reproductiva;
- prevención del embarazo;
- planificación familiar;
- anticoncepción de emergencia;
- prevención y atención relacionada con ITS;
- tamizajes conforme a normativa;
- prueba de embarazo cuando corresponda;
- orientación sobre salud menstrual;
- atención del adolescente gestante;
- salud preconcepcional;
- atención frente a violencia sexual;

- y otras prestaciones comprendidas en la normativa sanitaria vigente.

La NTS N.° 157 constituye actualmente el marco técnico de atención integral de adolescentes y promueve intervenciones con instituciones educativas y comunidad.

XVII. RESPONSABILIDADES DEL MINSA

Correspondería al MINSA:

1. ejercer la rectoría sanitaria del componente de salud;

2. determinar las intervenciones sanitarias aplicables;

3. definir criterios para designación del obstetra referente;

4. establecer estándares de consejería, referencia y seguimiento;

5. coordinar con DIRESA, GERESA y DIRIS;

6. definir mecanismos de registro sanitario;

7. capacitar al personal conjuntamente con los sectores competentes;

8. garantizar articulación con los equipos de salud adolescente;

9. evaluar resultados sanitarios del piloto.

XVIII. RESPONSABILIDADES DEL MINEDU

Correspondería al MINEDU:

1. establecer las condiciones para articulación de las instituciones educativas;

2. asegurar concordancia con los Lineamientos de Educación Sexual vigentes;

3. coordinar con DRE/GRE y UGEL;

4. definir los responsables institucionales;

5. garantizar ambientes adecuados cuando se desarrollen intervenciones autorizadas;

6. articular la estrategia con los protocolos de convivencia y atención frente a violencia;

7. evitar que la intervención sanitaria sustituya la función pedagógica;

8. participar en monitoreo y evaluación.

XIX. RESPONSABILIDADES DEL MIMP

Correspondería al MIMP, dentro de su ámbito:

1. brindar asistencia técnica sobre prevención de violencia;

2. contribuir a definir respuesta inicial ante revelaciones;

3. establecer articulación territorial con CEM;

4. apoyar capacitación sobre no revictimización;

5. articular con UPE y DEMUNA cuando corresponda;

6. participar en la evaluación del componente de protección.

El mecanismo CEM–establecimiento de salud cuenta ya con un protocolo nacional específico que debe preservarse.

XX. PARTICIPACIÓN DEL COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ

El COP participaría en:

1. asistencia técnica sobre competencias profesionales de Obstetricia;

2. elaboración de contenidos de SSR;

3. capacitación de profesionales obstetras;

4. difusión institucional de la estrategia;

5. coordinación con los Colegios Regionales;

6. identificación de brechas y dificultades operativas;

7. formulación de propuestas de mejora.

El COP no sustituirá las funciones de rectoría, administración o prestación que corresponden a las entidades públicas competentes.

XXI. CAPACITACIÓN OBLIGATORIA

Los profesionales obstetras que participen como referentes deberán acreditar capacitación o recibir formación específica en:

Área	Contenido mínimo
Adolescencia	Atención integral y comunicación
SSR	Consejería, prevención y servicios
Educación	Límites entre intervención sanitaria y pedagógica
Violencia	Detección y primera respuesta
Protección	CEM, DEMUNA, UPE y rutas
Confidencialidad	Datos y privacidad
Revictimización	Conductas que deben evitarse
Referencia	Derivación y seguimiento
Intersectorialidad	Funciones de cada institución

La designación administrativa, por sí sola, no debe considerarse suficiente.

XXII. PLAN DE TRABAJO ANUAL

Cada ámbito piloto contará con un plan que establezca:

instituciones asignadas + población objetivo + cronograma + actividades preventivas + jornadas de orientación + mecanismos de referencia + responsables + indicadores.

No se propone imponer un número rígido de visitas desde el nivel nacional antes de evaluar recursos y características territoriales.

XXIII. INDICADORES

La evaluación deberá priorizar resultados sobre simple producción de actividades.

Dimensión	Indicador
Vinculación	% de IE con referente identificado
Cobertura	Adolescentes alcanzados
Acceso	% de derivados que accedieron al EESS
Continuidad	% de atenciones que completaron seguimiento requerido
SSR	Consejerías y prestaciones vinculadas
Protección	Alertas derivadas conforme al protocolo
Oportunidad	Tiempo entre detección y acceso
Calidad	Cumplimiento de privacidad y protocolo
Capacitación	% de referentes capacitados
Satisfacción	Valoración de adolescentes/comunidad educativa

La protección de identidad deberá prevalecer en todos los reportes públicos.

XXIV. IMPLEMENTACIÓN PILOTO

Se propone una implementación inicial de **6 a 12 meses**, sujeta a definición técnica conjunta.

El piloto debe incluir territorios con características distintas para probar la adaptabilidad del modelo.

No recomendaría comenzar simultáneamente en todo el país.

La secuencia propuesta es:

DISEÑO → MAPEO → CAPACITACIÓN → IMPLEMENTACIÓN → MONITOREO → EVALUACIÓN → AJUSTE → ESCALAMIENTO.

XXV. FINANCIAMIENTO

Durante la fase piloto, las entidades podrán evaluar el empleo de recursos y actividades existentes, de acuerdo con sus competencias y disponibilidad presupuestaria.

Sin embargo, el estudio técnico debe identificar expresamente los costos derivados de:

- desplazamientos;
- horas profesionales;
- capacitación;
- materiales;
- conectividad;
- sistemas de información;
- privacidad de ambientes;
- seguimiento;
- y eventual necesidad adicional de recursos humanos.

Por tanto, **no debe calificarse anticipadamente la estrategia como de costo cero**.

XXVI. SUPERVISIÓN

Se propone la constitución de un **Comité Técnico Intersectorial de seguimiento del piloto**, con representantes de MINSA, MINEDU y MIMP y participación técnica del COP.

Sus funciones serían revisar:

cobertura → dificultades → incidentes → protección → acceso efectivo → indicadores → requerimientos de ajuste.

Las funciones rectoras de cada ministerio permanecen inalteradas.

XXVII. DISPOSICIÓN DE SALVAGUARDA COMPETENCIAL

Sugiero incorporar obligatoriamente este artículo:

"Las disposiciones del presente Protocolo no crean, amplían ni restringen competencias profesionales establecidas por ley. Las actuaciones del personal de salud se realizan de conformidad con su marco profesional, las normas técnicas sanitarias aplicables, la cartera del establecimiento y su capacidad resolutiva."

Esto es especialmente importante para el COP.

XXVIII. DISPOSICIÓN SOBRE INSTITUCIONES EDUCATIVAS

"La participación del profesional obstetra en las instituciones educativas constituye una intervención sanitaria de promoción, prevención, orientación y articulación con los servicios de salud y no implica sustitución de las funciones pedagógicas, tutoriales, psicológicas, disciplinarias ni directivas correspondientes al Sector Educación."

XXIX. DISPOSICIÓN SOBRE VIOLENCIA

"Ante el conocimiento, revelación o identificación de indicadores de presunta violencia contra una niña, niño o adolescente, se aplican inmediatamente los protocolos sectoriales vigentes. La actuación del profesional obstetra se circunscribe a sus competencias sanitarias, a la protección inicial de la persona afectada, a evitar su revictimización y a facilitar la activación de las rutas institucionales correspondientes."

XXX. DISPOSICIÓN SOBRE ARTICULACIÓN PERMANENTE

"Cada institución educativa incorporada a la estrategia deberá conocer el establecimiento de salud y los responsables institucionales con los que articula, evitando que la coordinación dependa exclusivamente de contactos personales o intervenciones ocasionales."

PROPUESTA DE APROBACIÓN

El presente documento deberá ser revisado por una **Mesa Técnica MINSA–MINEDU–MIMP**, con participación del **Colegio de Obstetras del Perú**, antes de convertirse en instrumento oficial.

La propuesta tiene un punto particularmente fuerte: **no estamos pidiendo introducir una competencia nueva del obstetra en adolescencia**. El marco sanitario ya contempla atención integral adolescente e intervenciones con instituciones educativas; la propuesta organiza territorialmente esa intervención y le asigna continuidad.

Asimismo, el componente de violencia **no inventa una nueva ruta**: se integra a los protocolos educativos actualizados en 2025, al mecanismo CEM–EESS y a la coordinación CEM–UPE–DEMUNA actualmente regulada.

GLORIA MARLENE MORENO PONCE
DECANA NACIONAL
CONSEJO DIRECTIVO NACIONAL
COLEGIO DE OBSTETRAS DEL PERÚ