



PROMSEX
Salud. Sexualidad. Solidaridad.

ABORTOS TERAPÉUTICOS
REALIZADOS EN EL PERÚ
ENTRE EL 2014 Y 2023





ABORTOS TERAPÉUTICOS
REALIZADOS EN EL PERÚ
ENTRE EL 2014 Y 2023

Elisa Juárez y José Villalobos

PROMSEX
Salud. Sexualidad. Solidaridad.



ABORTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS EN EL PERÚ ENTRE EL 2014 Y 2023

Editado por:

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex).
Av. José Pardo 601, oficina 603-604, Miraflores, Lima, Perú.
Teléfono: (51)(1) 447 8668
www.promsex.org
f/promsex
x/promsex
tt/promsex
ig/promsexcomunica

Autores: Elisa Juárez y José Villalobos

Coordinación de investigación y publicación: Elisa Juárez y Rossina Guerrero

Supervisión metodológica: Elisa Juárez

Supervisión de contenidos: Elisa Juárez y Rossina Guerrero

Supervisión comunicacional: Jorge Apolaya y Carmen Montoya

Corrección de estilo y cuidado de edición: Luz Muñoz

Diseño y diagramación: Julissa Soriano

Fotos: iStockphoto

1a. edición – julio, 2024

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2024-06153

Este documento se publica bajo los términos y condiciones de la licencia Creative Commons
- Atribución - No comercial - Sin Derivar 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA)



Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - Promsex
Abortos terapéuticos realizados en el Perú entre el 2014 y 2023
1a. ed. Lima, Perú. Promsex 2024

ÍNDICE

»» 1. PRESENTACIÓN	4
»» 2. INTRODUCCIÓN	6
»» 3. EL ABORTO EN EL PERÚ	8
3.1. Marco legal del aborto terapéutico (AT) en el Perú	9
3.2. Estudios e información estadística disponible sobre el aborto terapéutico (AT) en el Perú	11
»» 4. METODOLOGÍA	13
4.1. Muestra	14
4.2. Recojo de información	15
4.3. Análisis	16
»» 5. RESULTADOS	17
5.1. Resultados sobre violencia sexual (CEM)	18
5.2. Hallazgos sobre aborto terapéutico (AT)	21
5.2.1. A nivel nacional	21
5.2.2. Casos de aborto terapéutico (AT) a nivel nacional y violencia sexual	29
5.2.3. Sobre la metodología de registro y sistematización de los casos de aborto terapéutico (AT)	31
5.2.4. Hallazgos a nivel regional	31
»» 6. CONCLUSIONES	35
»» REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA	37



1. PRESENTACIÓN

Han pasado cien años desde la inclusión del aborto terapéutico (AT) en el Código Penal. Este, a pesar de ser una medida erróneamente enfocada desde el ámbito criminal, respecto a una atención esencial, reconoce el derecho de las mujeres de proteger su vida y su salud frente a un embarazo que las pone en riesgo. Asimismo, este año 2024 se cumplen 10 años de la aprobación de la *Guía Clínica de Aborto Terapéutico* que organiza el proceso administrativo y clínico para garantizar su disponibilidad a nivel nacional. En ese sentido, desde Promsex, consideramos necesario examinar la situación de su provisión en las entidades públicas de salud.

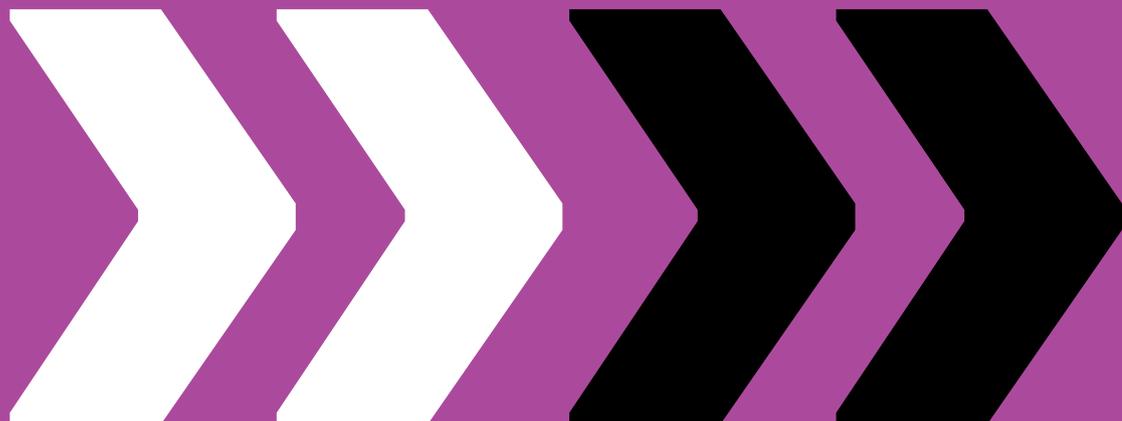
En los últimos 20 años, la demanda colectiva por mejorar el acceso al AT en los servicios de salud ha involucrado acciones de litigio estratégico, campañas mediáticas, fortalecimiento de capacidades e investigación. Por un lado, estas acciones buscaron proteger este derecho de las mujeres. Por otro lado, tuvieron la intención de avanzar en el entendimiento de una atención sanitaria que proteja el derecho a la salud física, mental y social de las mujeres, las niñas y las adolescentes. En este contexto, el Estado debe garantizar la provisión de esta atención obligatoriamente.

En el intento de conocer el nivel de cumplimiento por parte del Estado nace el presente documento, donde se da cuenta de la información obtenida sobre el acceso al AT, en los últimos 10 años, mediante solicitudes de acceso a la información reguladas por la Ley 27806, Ley de transparencia y acceso a la información pública. Estas solicitudes se promovieron a nivel nacional a establecimientos de salud autorizados para proveer el servicio. Sin embargo, lamentablemente, no se logró obtener la información completa, a pesar de que esta omisión constituye una violación a la ley.

Los resultados que se presentan a continuación reflejan el acceso al AT, así como de las barreras que aún existen para obtener con información pública de calidad, a pesar de ser una atención preventiva relacionada con otros indicadores de salud, como la muerte materna, los embarazos infantiles y las morbilidades extremadamente graves asociadas al embarazo. Estos datos fueron complementados con información obtenida a través de solicitudes hechas a los Centros de Emergencia Mujer (CEM) para recopilar datos sobre la atención de casos de violencia sexual por parte del Estado y, particularmente, el acceso a AT entre las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, no se obtuvieron registros de este tipo de atenciones o derivaciones en la búsqueda. Asimismo, en la solicitud a la entidad SuSalud sobre las denuncias de falta de atención de AT en los años comprendidos en el análisis, se nos indicó que únicamente hubo una denuncia en el período mencionado.

Más allá de las cifras, invitamos a leer la información expuesta desde un enfoque de derechos humanos de las mujeres, pues refleja a aquellas mujeres, adolescentes o niñas que pudieron salvar sus vidas y proteger su salud. Nuestro reconocimiento va a esos servicios y profesionales por cumplir con este deber de protección.

El equipo consultor responsable a cargo de la recopilación, organización de la información y redacción de este documento estuvo integrado por Elisa Juárez y José Villalobos. Asimismo, la revisión general del documento estuvo a cargo de Rossina Guerrero.





1. INTRODUCCIÓN

En el Perú, el aborto terapéutico (AT) se legalizó en 1924, tal como lo establece el artículo 119 del Código Penal:



NO ES PUNIBLE EL ABORTO PRACTICADO POR UN MÉDICO CON EL CONSENTIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA O DE SU REPRESENTANTE LEGAL, SI LO TUVIERA, CUANDO ES EL ÚNICO MEDIO PARA SALVAR LA VIDA DE LA GESTANTE O PARA EVITAR EN SU SALUD UN MAL GRAVE Y PERMANENTE.

(DECRETO LEGISLATIVO 635)

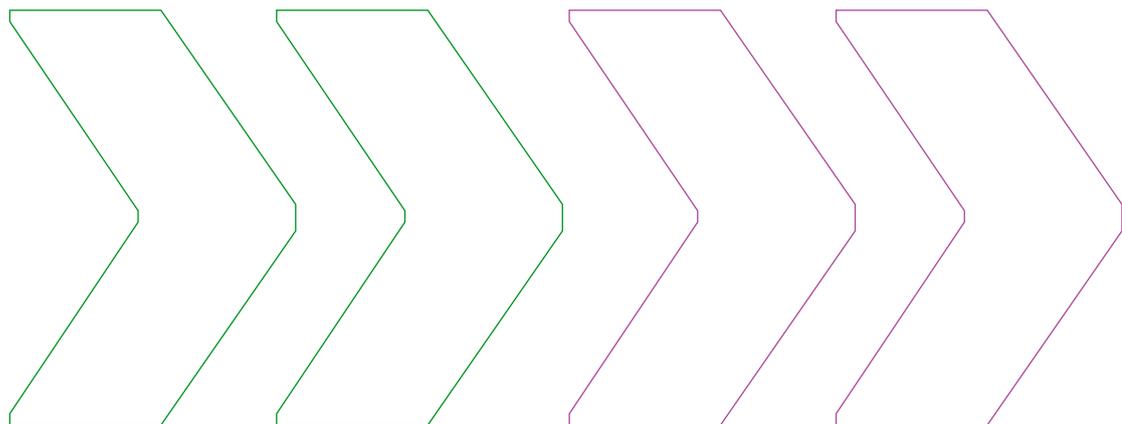
Sin embargo, no fue hasta el 27 de junio de 2014 que, a través de la Resolución 486-2014/MINSA, se aprobó la *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal* (en lo sucesivo, la Guía de AT), con la finalidad de garantizar el acceso de las mujeres a este procedimiento.

A través de la Guía de AT, el Estado establece 11 causales de aborto terapéutico, las cuales se mencionan más adelante en este informe. Para la clasificación y verificación de los diagnósticos provistos por parte de los establecimientos de salud, en los casos en que estos han sido detallados, nos hemos basado en las causales establecidas en la guía. Además, el documento establece los niveles de atención que pueden brindar el servicio, limitando la provisión únicamente a los niveles II y III. Apartir de la lista de establecimientos con estas características, hemos elaborado la muestra de establecimientos para las solicitudes de información. Sin embargo, se han reportado atenciones en establecimientos del primer nivel de atención que, según los lineamientos, no están autorizadas, tal como describiremos más adelante en este informe.

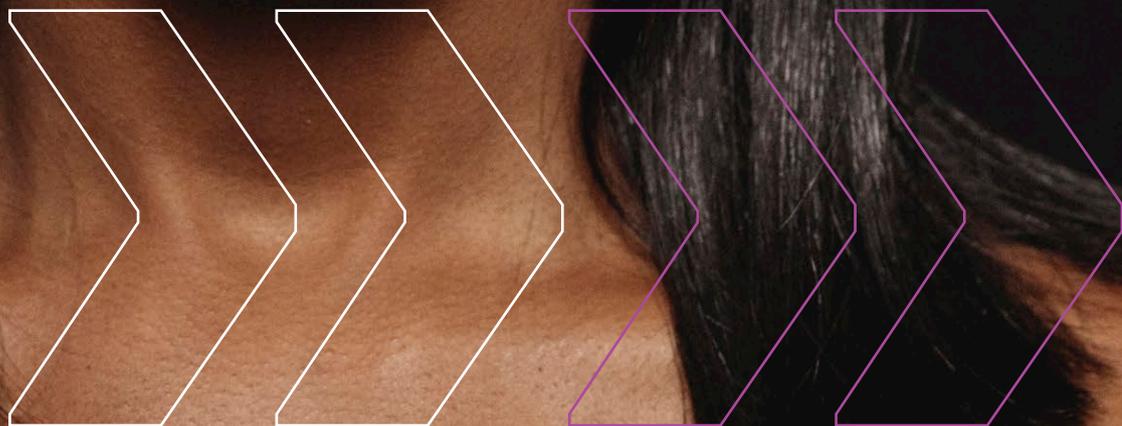
Adicionalmente, con el fin de poder contrastar los índices de AT realizados con el número de solicitudes de AT recibidas en centros de salud a nivel nacional, se realizó una solicitud para la obtención de esta última cifra al Ministerio de Salud (Minsa). En su respuesta, el Ministerio de Salud indicó que no lleva un registro de las solicitudes de acceso a AT. Esto llama la atención, pues, según la Guía de AT, existen procedimientos estandarizados para las solicitudes de acceso a este servicio. En todo caso, esta situación evidencia la desconexión y falta de coordinación entre los establecimientos, las Direcciones Regionales de Salud (Diresa) y el Minsa.

Otro de los objetivos trazados fue recopilar información sobre la atención de casos de violencia sexual por parte del Estado y la asistencia médica brindada en dichos casos, incluida la posibilidad de acceso al AT. Para ello, se realizaron solicitudes de acceso al Programa Aurora para conocer el detalle estadístico de la base de datos de los CEM a nivel nacional entre el 2014 y 2023. Las respuestas de estas solicitudes proporcionaron información presentada en la sección 5 del presente informe.

Finalmente, para completar la triangulación de información sobre el acceso al AT, también solicitó información sobre las denuncias por falta de atención a este servicio, realizadas por medio de la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), institución cuya misión es «proteger los derechos en salud de todos los peruanos supervisando que el acceso a los servicios sea otorgado con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad» (Ministerio de Salud, 2016a). Al respecto, la institución reportó únicamente una denuncia en el período comprendido entre 2014 (año en que se implementó la Guía de AT) y 2023. Esta denuncia se realizó por el caso Camila, cuya defensa legal y seguimiento del caso fueron llevados a cabo por la ONG Promsex (s.f).



CERCA DEL **20%** DE LAS MUJERES PERUANAS REFIEREN HABER **ABORTADO** AL MENOS UNA VEZ EN SU VIDA.





3. EL ABORTO EN EL PERÚ

En el Perú, el único aborto permitido legalmente es el aborto terapéutico (AT), tal como lo establece el artículo 119 del Código Penal. Sin embargo, lejos de eliminar las prácticas de aborto, las restricciones existentes únicamente han logrado que el aborto se dé en contextos de clandestinidad e inseguridad. Al margen de su legalidad, la práctica de aborto no es poco frecuente en nuestro país, tal como lo revela el estudio de Juárez-Chávez et al. (2023). Según este estudio, cerca del 20% de las mujeres peruanas refieren haber abortado al menos una vez en su vida. Asimismo, se concluye que este ocurre en todos los niveles socioeconómicos con tasas similares y el método más frecuente es la intervención quirúrgica.

3.1. MARCO LEGAL DEL ABORTO TERAPÉUTICO (AT) EN EL PERÚ

Actualmente, el AT en el Perú se encuentra reglamentado por el artículo 119 del Código Penal peruano. Este fue aprobado en 1991, mediante el Decreto Legislativo 635:



NO ES PUNIBLE EL ABORTO PRACTICADO POR UN MÉDICO CON EL CONSENTIMIENTO DE LA MUJER EMBARAZADA O DE SU REPRESENTANTE LEGAL, SI LO TUVIERE, CUANDO ES EL ÚNICO MEDIO PARA SALVAR LA VIDA DE LA GESTANTE O PARA EVITAR EN SU SALUD UN MAL GRAVE Y PERMANENTE.

(DECRETO LEGISLATIVO, 1991)

No obstante, su aplicación no se estandarizó a nivel nacional hasta junio del 2014, cuando se aprobó la *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal* (Guía de AT). Por otro lado, según la *Guía Práctica Clínica y de Procedimientos para la Atención del Aborto Terapéutico* del Minsa (2020), esta práctica se define de la siguiente manera:



CIE 10: 004. DEFINICIÓN. ES LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO MENOR DE LAS 22 SEMANAS CON EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA MUJER CUANDO ES EL ÚNICO MEDIO PARA SALVAR LA VIDA DE LA GESTANTE O PARA EVITAR EN SU SALUD FÍSICA Y/O MENTAL' UN MAL GRAVE Y PERMANENTE.

(P. 7)

Con respecto a la ruta administrativo-asistencial a seguir, la Guía de AT define una serie de pasos y las correspondientes pautas para su implementación. Una de estas pautas especifica que el cumplimiento de los pasos, incluida la conformación y convocatoria de la junta médica, para acceder al AT no debe exceder los seis (6) días calendario, con el fin de garantizar una intervención oportuna.

3.2. ESTUDIOS E INFORMACIÓN ESTADÍSTICA DISPONIBLE SOBRE EL ABORTO TERAPÉUTICO (AT) EN EL PERÚ

Entre los antecedentes de investigación respecto al AT en el Perú, destaca el estudio de Guevara-Ríos (2015), quien analizó la estadística de los casos de abortos terapéuticos en el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) de Lima entre el 2009 y 2013. Entre sus resultados, resalta la atención creciente (aunque aún reducida) de AT. Añade que, en 2009 y 2010, se atendió un caso por año; mientras que, en 2013, se llegaron a atender 34 casos presentados a la Dirección General del Instituto.

TABLA 1
Número de casos de AT realizados en el INMP Lima (2009-2013)

AÑO	CANTIDAD DE AT REALIZADOS
2009	1
2010	1
2011	4
2012	21
2013	34

Nota. Tomado de *Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú 2009-2013*, por Guevara-Ríos (2016).

Otro antecedente de gran importancia está constituido por el estudio de Távara et al. (2016). Este analizó la ocurrencia de AT en 10 hospitales del país entre el 2010 y 2014, a partir de información proporcionada principalmente por los jefes del área de Ginecología y Obstetricia de dichos establecimientos, identificando un total de 257 casos. En el 61.1% de los casos presentados, la causa fue la existencia de malformaciones congénitas severas, lo que responde a la causal 11 de la Guía de AT por el riesgo que implica en la salud mental de las mujeres. En el 38.9% de los casos, las causas refirieron a la existencia de enfermedades en la madre. Asimismo, coincidiendo con Guevara-Ríos (2016), los autores identificaron una tendencia creciente en la frecuencia de AT año a año.

61.1%

DE LOS CASOS PRESENTADOS, LA CAUSA FUE

existencia de malformaciones congénitas severas

38.9%

DE LOS CASOS PRESENTADOS, LA CAUSA FUE

existencia de enfermedades en la madre

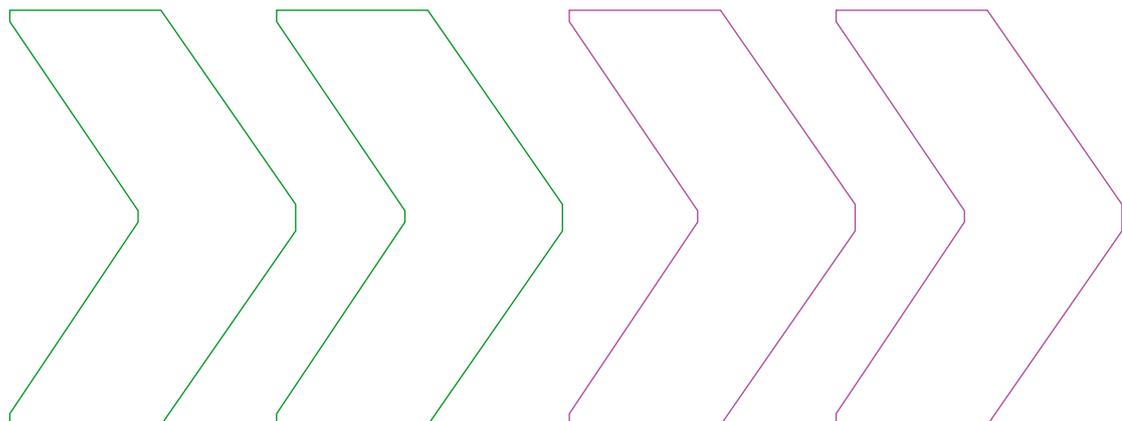
Finalmente, el reporte más reciente sobre las estadísticas del AT en el Perú es el realizado por Tuñoque-Chayan y Ñique-Carbajal (2021), quienes, tras consultar al Ministerio de Salud respecto de la ocurrencia de casos de AT a nivel nacional entre el 2015 y 2020, identificaron 1643 casos en dicho periodo. Según sus hallazgos, la edad media de las usuarias fue de 35,5 años, considerando un rango de entre los 12 y 59 años.

Como se aprecia en estos resultados, los antecedentes coinciden en una tendencia clara al crecimiento en el número de casos de AT practicados a nivel nacional. Cabe resaltar, como un punto de inflexión que podría estar estrechamente relacionado con el incremento en el número de casos, la estandarización del procedimiento mediante la Guía de AT.

ENTRE EL
2015 Y 2020,
IDENTIFICARON

1643
CASOS

La edad media
de las usuarias
fue de 35,5 años



4.

METODOLOGÍA

SE REGISTRARON 4 536 CASOS DE MUJERES DENUNCIANTES EN ESTADO DE GESTACIÓN, DE LAS CUALES EL 47% FUERON NIÑAS MENORES DE 15 AÑOS.





4. METODOLOGÍA

4.1. MUESTRA

Según lo establecido por la Guía de AT, se identificaron 175 establecimientos de salud con capacidad para practicar abortos terapéuticos a nivel nacional¹. A todos ellos se les consultó al respecto a través de la plataforma de Transparencia del Ministerio de Salud (Minsa), directamente a las Direcciones Regionales de Salud (Diresa) o las Gerencias Regionales de Salud (Geresa), o mediante más de un mecanismo. A continuación, se detalla la cantidad de establecimientos identificados por región.

TABLA 2.

Número de centros de salud identificados por región

REGIÓN	CENTROS DE SALUD	REGIÓN	CENTROS DE SALUD	REGIÓN	CENTROS DE SALUD
Amazonas	5	Huánuco	3	Moquegua	2
Ancash	12	Ica	5	Pasco	3
Apurímac	4	Junín	10	Piura	4
Arequipa	6	La Libertad	23	Puno	10
Ayacucho	9	Lambayeque	4	San Martín	8
Cajamarca	8	Lima/Callao	37	Tacna	1
Cusco	8	Loreto	5	Tumbes	1
Huancavelica	4	Madre de Dios	1	Ucayali	2

Como resultado de las solicitudes de acceso a la información, se obtuvo respuesta de todas las regiones, con el siguiente detalle: en 20 regiones, la respuesta provino del Minsa, mientras que, en 4 casos, provino de la Diresa o Geresa correspondiente.

En cuanto a los Centros de Emergencia Mujer (CEM), se enviaron las solicitudes de acceso a la información al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), institución que proporcionó respuestas generales considerando el total de CEM a nivel nacional (240). A continuación, se detalla el total de CEM por región.

¹ Tal como se menciona en la *Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con Consentimiento Informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119 del Código Penal*, los establecimientos que pueden practicar AT son todos aquellos a partir del segundo nivel de atención del sistema de salud nacional (Minsa, 2016b).

TABLA 3

Número de Centros de Emergencia Mujer (CEM) identificados por región

REGIÓN	CENTROS DE SALUD	REGIÓN	CENTROS DE SALUD	REGIÓN	CENTROS DE SALUD
Amazonas	7	Huánuco	11	Moquegua	3
Ancash	21	Ica	7	Pasco	4
Apurímac	7	Junín	12	Piura	8
Arequipa	10	La Libertad	14	Puno	13
Ayacucho	12	Lambayeque	3	San Martín	10
Cajamarca	13	Lima/Callao	37	Tacna	4
Cusco	18	Loreto	10	Tumbes	3
Huancavelica	7	Madre de Dios	4	Ucayali	4

4.2. RECOJO DE INFORMACIÓN

Para recopilar información sobre el AT en centros de salud, se realizaron dos tipos de pedidos:

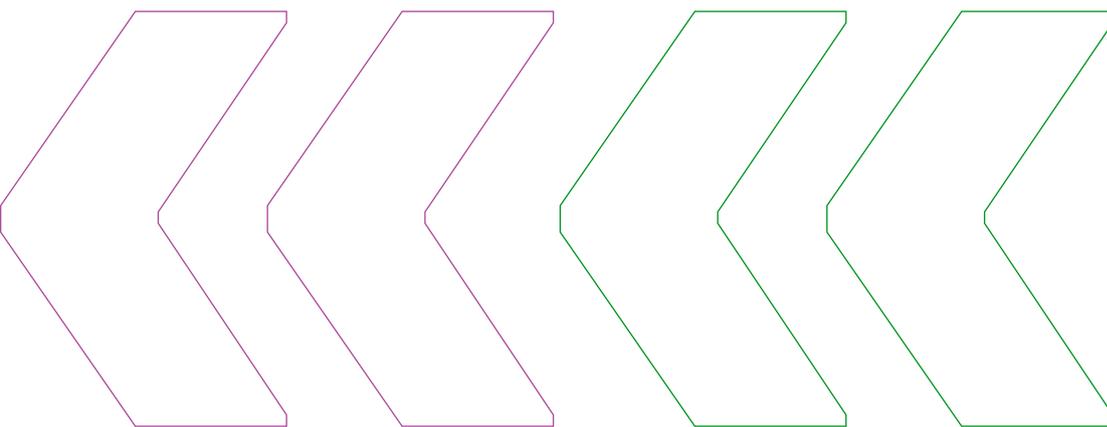
- a. Pedidos de acceso a la información pública a través del portal de Transparencia del Minsa. En estos pedidos se solicitó información estadística sobre casos de AT reportados en cada centro de salud de la lista identificada, organizados por región en la que se ubican. Estos pedidos de información constituyeron la primera etapa del proceso.
- b. Pedidos de acceso a la información pública a través de los portales y correos institucionales de las Diresa. Los correos se enviaron como una alternativa ante la existencia de portales institucionales de transparencia inhabilitados o que presentan fallas que hacían imposible el envío de las solicitudes.

Para la información sobre denuncias de violencia sexual reportadas en los CEM a nivel nacional se hicieron pedidos de acceso a la información al MIMP en los que se solicitó el detalle de los siguientes datos: 1) número de denuncias de violencia sexual reportados a nivel nacional entre el 2014 y 2023, 2) detalle del sexo en los casos reportados, 3) detalle de la edad en los casos reportados, 4) derivación a centros de salud en los casos reportados, y 5) número de mujeres denunciantes en estado de gestación.

4.3. ANÁLISIS

Cuando se tuvo información sobre los diagnósticos de las atenciones reportadas, se consultó a un grupo de médicos de un establecimiento del Minsa para determinar en qué casos el reporte era realmente de AT y en qué casos se estaban reportando atenciones de otro tipo, como atención a complicaciones por prácticas de aborto fuera del sistema de salud.

La información proporcionada por el Minsa, el MIMP y las direcciones de salud fueron sistematizadas en hojas de cálculo, generando una base de datos que fue el insumo para el desarrollo del análisis estadístico descriptivo.



ENTRE EL 2014 Y 2023 SE ATENDIERON 151 694 CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL, DE LOS CUALES, EN 144 416 CASOS (95%), LAS VÍCTIMAS FUERON MUJERES.





5. RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados de investigación, organizándolos en dos secciones: la primera está dedicada a los casos de violencia sexual registrados en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) a nivel nacional entre el 2014 y 2023, y la segunda, dedicada a los casos de aborto terapéutico (AT) reportados en los centros de salud a nivel nacional en el mismo período de estudio.

5.1. RESULTADOS SOBRE VIOLENCIA SEXUAL (CEM)

La información proporcionada por el MIMP permitió identificar que entre el 2014 y 2023 se atendieron 151 694 casos de violencia sexual en los Centro de Emergencia Mujer a nivel nacional, de los cuales, en 144 416 casos (95%), las víctimas fueron mujeres. Además, del total de casos con víctimas mujeres, el 71.6% fueron menores de edad. También se recibió información sobre el número de casos en los que las víctimas fueron derivadas a centros de salud, así como el posible estado de gestación de la víctima, considerando si se trata de una menor de 15 años. Lamentablemente, sobre estos ítems se obtuvo información únicamente para el periodo 2018-2022. De esa manera, se pudo conocer que, entre el 2018 y 2022, del total de mujeres denunciadas por violencia sexual, en el 48% de los casos hubo derivación a un centro de salud, mientras que se registraron 4 536 casos de mujeres denunciadas en estado de gestación durante el periodo, de las cuales el 47% fueron niñas menores de 15 años. Es importante mencionar que con los registros obtenidos no podemos inferir si las gestaciones son producto de violencia sexual.

ENTRE EL
2014 Y 2023
SE ATENDIERON
151 694 CASOS DE
VIOLENCIA SEXUAL

144 416
CASOS

de violencia sexual
fueron mujeres

71.6%

del total de los
casos de violencia
sexual fueron
menores de edad

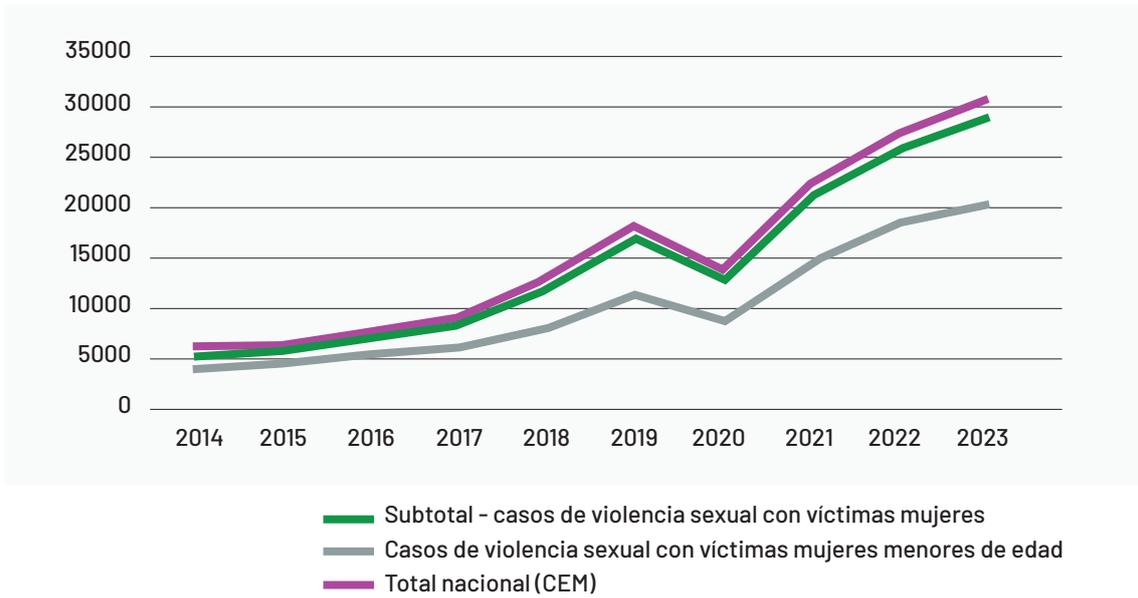
TABLA 4

**Casos de violencia sexual atendidos por los CEM
a nivel nacional (2014-2023) y características de la víctima**

AÑO	TOTAL NACIONAL (CEM)	SUBTOTAL - CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL CON VÍCTIMAS MUJERES	CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL CON VÍCTIMAS MUJERES MENORES DE EDAD	MENORES DE EDAD (% RESPECTO DEL TOTAL MUJERES)	CASOS DERIVADOS A CENTROS DE SALUD	DERIVACIONES A CENTROS DE SALUD (%)	MUJERES GESTANTES	MUJERES MENORES DE 15 AÑOS GESTANTES
2014	5727	5212	3981	76.38	Sin información	Sin información	Sin información	175
2015	6315	5821	4453	76.50	Sin información	Sin información	Sin información	147
2016	7488	6941	5387	77.61	Sin información	Sin información	Sin información	145
2017	9012	8419	6030	71.62	Sin información	Sin información	Sin información	167
2018	12839	11982	8139	67.93	4537	37.9	577	277
2019	18044	16945	11322	66.82	6753	39.9	708	318
2020	13843	12964	8751	67.50	5347	41.2	473	207
2021	22456	21232	14507	68.33	10487	49.4	845	402
2022	27362	25909	18521	71.48	13624	52.6	915	456
2023	30837	28991	20279	69.95	15952	55.0	1018	486
Total	151 694	144 416	108 566	71.57	56 700*	48*	4 536*	2 146

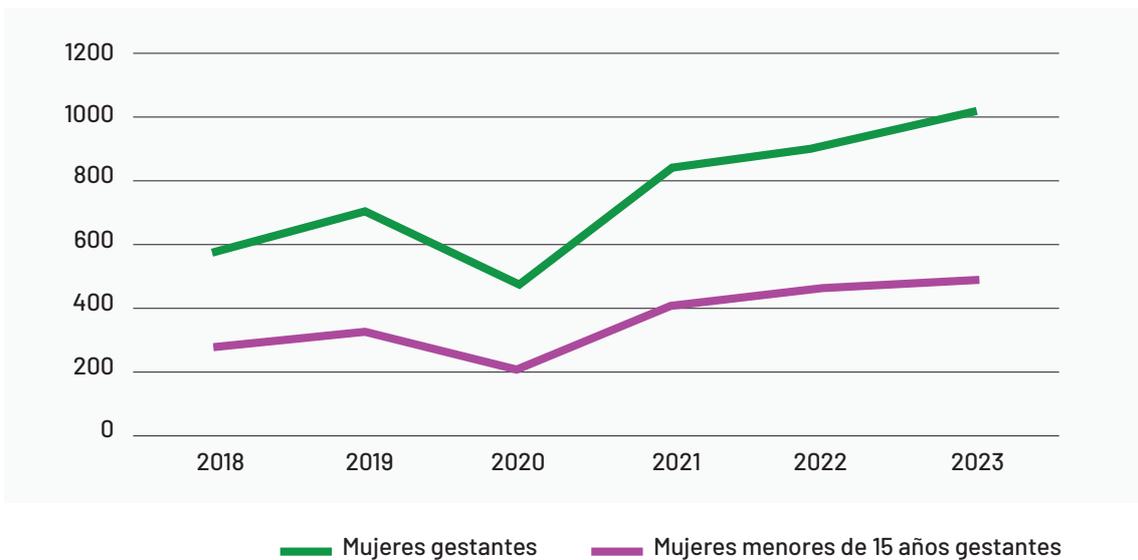
Nota. Tomado de Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2024). Resultado de solicitud de acceso a la información institucional. En los valores con *, se considera únicamente los datos del 2018 y 2022.

GRÁFICO 1
Comparativa de casos de violencia sexual atendidos por los CEM a nivel nacional entre el 2014 y 2023 (mujeres - mujeres menores de edad)



Nota. Tomado de Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2024).
 Resultado de solicitud de acceso a la información institucional.

GRÁFICO 2
Comparativa de casos de violencia sexual atendidos por los CEM a nivel nacional entre el 2014 y 2023 (mujeres - mujeres menores de edad)



Nota. Tomado de Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables.
 Resultado de solicitud de acceso a la información institucional.

5.2. HALLAZGOS SOBRE ABORTO TERAPÉUTICO (AT)

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir de las solicitudes de acceso de información sobre casos de AT registrados a nivel nacional entre el 2014 y 2023. En el primer apartado, los resultados se presentan a nivel nacional, mientras que, en el segundo apartado, se presentan los resultados a nivel regional, a fin de conocer las coincidencias y desigualdades existentes.

5.2.1. A nivel nacional

Considerando las respuestas a las solicitudes de información brindadas, se reportaron un total de 3 846 supuestas atenciones de AT a nivel nacional entre el 2014 y 2023. No obstante, el análisis de los diagnósticos proporcionados permitió determinar que únicamente en 3 347 de esos casos se trataba de AT.

Este análisis de los diagnósticos, realizado junto con un grupo de médicos de un establecimiento del Minsa, tomó en cuenta los códigos CIE-10 reportados (004), así como los diagnósticos descritos (en los casos en que contamos con los mismos) y su correlación con los 11 diagnósticos médicos establecidos por la Guía de AT. A continuación, se presentan los resultados generales de las solicitudes de información. En la Tabla 5, se incluyen los casos reportados en su totalidad y, en la Tabla 6, únicamente aquellos en los que se pudo determinar que nos encontrábamos ante casos de AT.



TABLA 5.
Casos de AT reportados en general

N°	REGIÓN	TOTAL PERÍODO	SUBTOTAL ESTABL. NIVEL I ²	SUBTOTAL ESTABL. NIVEL II O MÁS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Amazonas*	470	0	470	44	42	41	44	46	55	42	44	53	59
2	Ancash**	114	4	110	4	2	7	8	6	13	18	17	17	22
3	Apurímac**	107	14	93	1	8	14	15	11	24	15	5	5	9
4	Arequipa**	310	2	308	122	168	2	2	9	0	0	2	2	3
5	Ayacucho**	66	21	45	3	5	4	12	15	8	2	6	8	3
6	Cajamarca**	231	27	204	10	6	24	78	32	24	13	5	24	15
7	Cusco**	106	15	91	4	7	33	15	4	1	0	9	11	22
8	Huancavelica**	78	13	65	5	9	6	6	6	0	9	6	7	24
9	Huánuco**	123	27	96	40	50	11	3	1	4	4	5	3	2
10	Ica**	226	0	226	0	1	1	0	22	4	3	5	30	160
11	Junín**	114	3	111	1	51	27	8	5	4	1	6	3	8
12	La Libertad**	57	5	52	1	1	7	4	5	5	10	6	9	9
13	Lambayeque**	84	1	83	6	4	1	0	4	20	0	26	16	7
14	Lima**	325	3	322	35	19	24	27	19	26	42	54	39	40
15	Loreto**	122	61	61	1	2	20	23	17	20	5	12	6	16
16	Madre de Dios**	102	0	102	0	0	34	2	1	1	64	0	0	0
17	Moquegua**	3	0	3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
18	Pasco**	40	0	40	0	0	12	2	0	0	0	1	7	18
19	Piura*	107	0	107	0	0	1	8	14	11	2	2	17	52
20	Puno**	538	12	526	73	35	67	68	65	58	43	51	36	42
21	San Martín*	509	0	509	0	0	4	18	137	222	96	11	9	12
22	Tacna**	5	0	5	Sin información	1	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información	1	1	1	1
23	Tumbes*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Ucayali**	9	3	6	0	2	1	1	1	1	1	0	2	0
	Total	3846	211	3635	350	413	342	344	420	501	372	275	305	524

Nota. La información señalada con asterisco (*) proviene de Diresa; la señalada con doble asterisco (**), de Minsa. Resultado de solicitud de acceso a la información institucional.

² Se consideró una columna diferenciada para el número de casos reportados que fueron practicados en establecimientos de Nivel I, dado que la Guía de AT indica que este procedimiento se debe aplicar en los establecimientos de Nivel II o más.

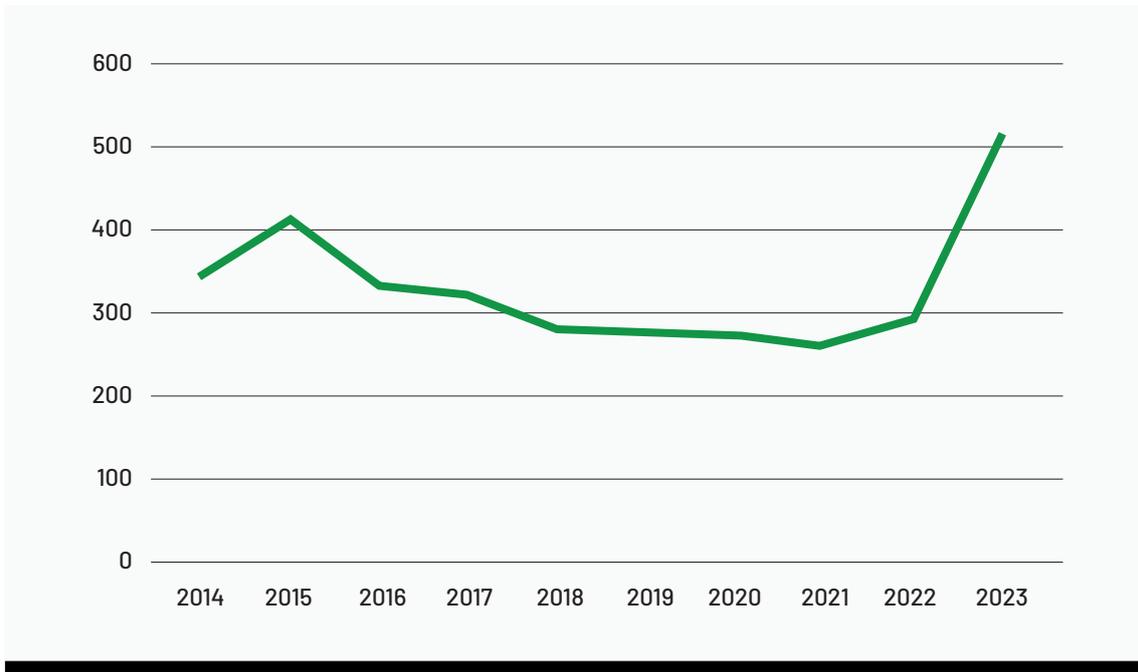
TABLA 6.

Casos de AT identificados a nivel nacional post análisis

N°	REGIÓN	TOTAL PERIODO	SUBTOTAL ESTABL. NIVEL I	SUBTOTAL ESTABL. NIVEL II O MÁS	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	Amazonas*	470	0	470	44	42	41	44	46	55	42	44	53	59
2	Ancash**	114	4	110	4	2	7	8	6	13	18	17	17	22
3	Apurímac**	107	14	93	1	8	14	15	11	24	15	5	5	9
4	Arequipa**	310	2	308	122	168	2	2	9	0	0	2	2	3
5	Ayacucho**	66	21	45	3	5	4	12	15	8	2	6	8	3
6	Cajamarca**	231	27	204	10	6	24	78	32	24	13	5	24	15
7	Cusco**	106	15	91	4	7	33	15	4	1	0	9	11	22
8	Huancavelica**	78	13	65	5	9	6	6	6	0	9	6	7	24
9	Huánuco**	123	27	96	40	50	11	3	1	4	4	5	3	2
10	Ica**	226	0	226	0	1	1	0	22	4	3	5	30	160
11	Junín**	114	3	111	1	51	27	8	5	4	1	6	3	8
12	La Libertad**	57	5	52	1	1	7	4	5	5	10	6	9	9
13	Lambayeque**	84	1	83	6	4	1	0	4	20	0	26	16	7
14	Lima/Callao**	325	3	322	35	19	24	27	19	26	42	54	39	40
15	Loreto**	122	61	61	1	2	20	23	17	20	5	12	6	16
16	Madre de Dios**	102	0	102	0	0	34	2	1	1	64	0	0	0
17	Moquegua**	3	0	3	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0
18	Pasco**	40	0	40	0	0	12	2	0	0	0	1	7	18
19	Piura*	107	0	107	0	0	1	8	14	11	2	2	17	52
20	Puno**	538	12	526	73	35	67	68	65	58	43	51	36	42
21	San Martín*	10	0	10	Sin información	Sin información	1	0	2	3	2	1	0	1
22	Tacna**	5	0	5	Sin información	1	Sin información	Sin información	Sin información	Sin información	1	1	1	1
23	Tumbes*	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	Ucayali**	9	3	6	0	2	1	1	1	1	1	0	2	0
	Total	3347	211	3136	350	413	339	326	285	282	278	265	296	513

Nota. La información señalada con asterisco (*) proviene de Diresa; la señalada con doble asterisco (**), de Minsa. Resultado de solicitud de acceso a la información institucional.

GRÁFICO 3
Casos de AT identificados a nivel nacional 2014-2023



Como se puede apreciar en el Gráfico 3, la curva de la evolución de casos de AT a nivel nacional no presenta una trayectoria o proyección clara en el periodo estudiado. Por ejemplo, desde 2015 hasta 2021 se experimentó una curva descendente luego de un crecimiento significativo entre el 2014 y 2015. Además, entre el 2021 y 2023 se observa el mayor crecimiento en el periodo, siendo el periodo más pronunciado el correspondiente a 2022-2023.

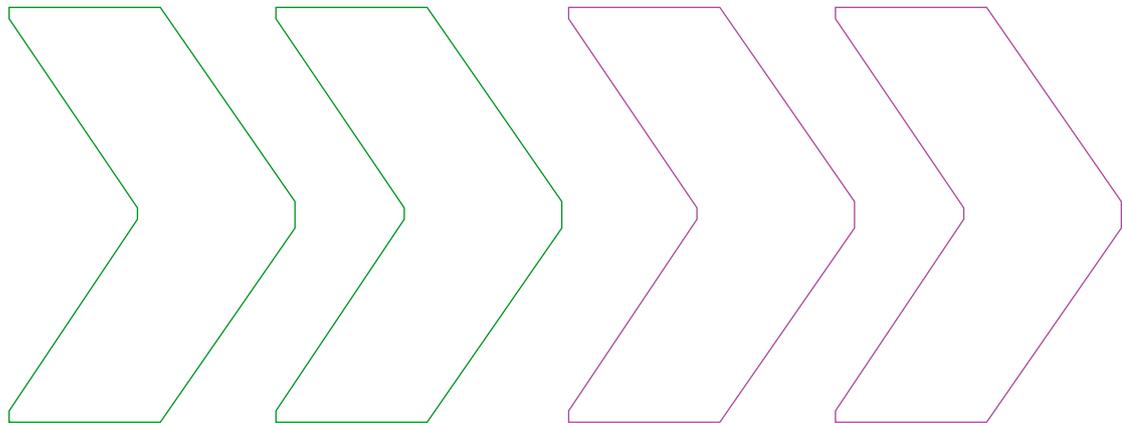
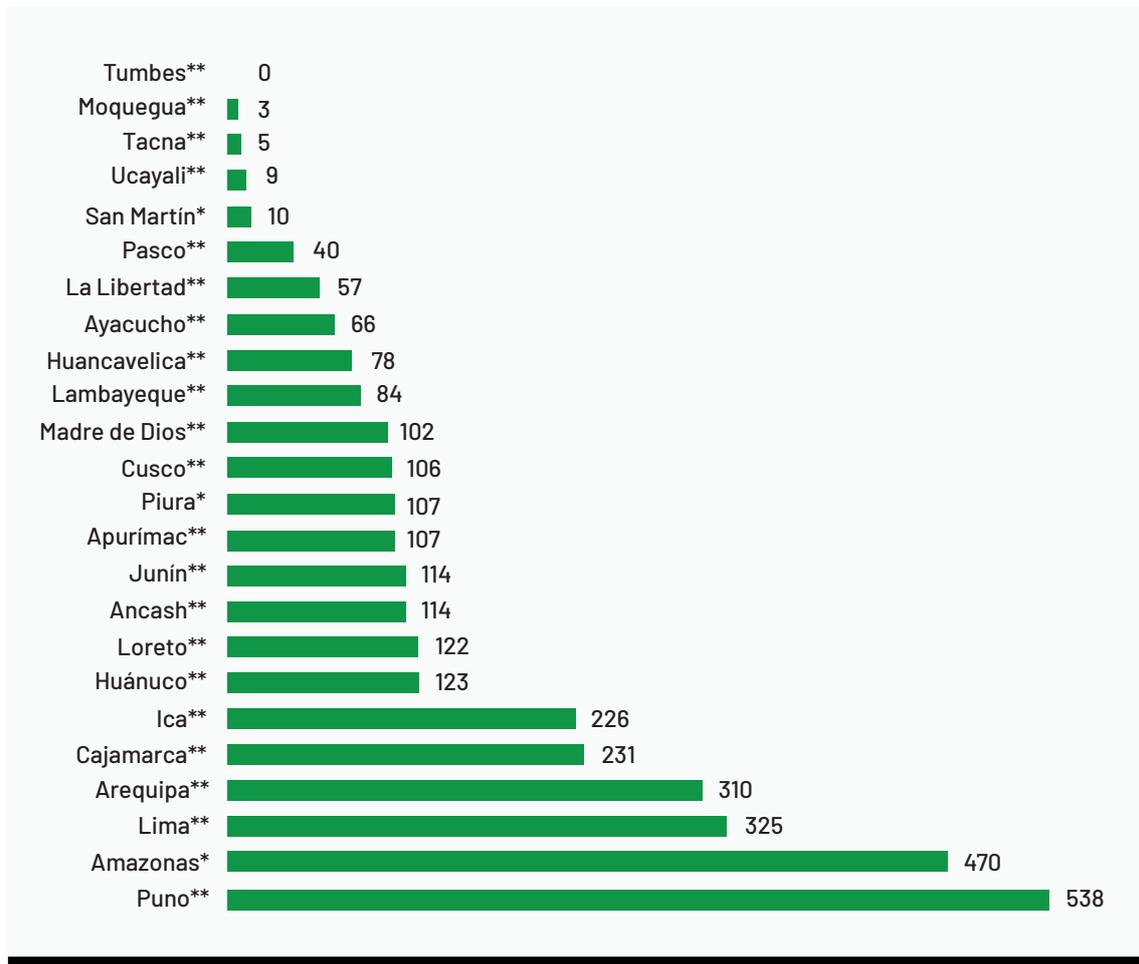


GRÁFICO 4

Casos AT identificados a nivel nacional (2014-2023). Comparativa de los totales por región



Nota. La información señalada con asterisco (*) proviene de Diresa; la señalada con doble asterisco (**), de Minsa. Resultado de solicitud de acceso a la información institucional.

Como se puede ver en el Gráfico 4, la región con más casos reportados fue Puno, cuyo índice de incidencia destaca significativamente. El segundo lugar, ocupado por Amazonas, presenta 68 casos menos. Cabe resaltar que se aprecia una notable distancia entre Amazonas y el tercer lugar representado por Lima. También, se destaca que únicamente seis regiones superaron los 200 casos en el periodo estudiado (Ica, Cajamarca, Arequipa, Lima, Amazonas y Puno). Se evidencia así una desigualdad significativa en el número de casos reportados por las regiones, incluso cuando se trata de regiones con densidad poblacional similar o que pertenecen a una misma macro región, como se expondrá en la sección de análisis. Por otro lado, llama la atención que en cinco regiones del país los casos fueron 10 o menos en todo este periodo. La información obtenida permitió conocer la incidencia de casos de AT en los que la gestante era menor de edad. Los resultados se aprecian en la siguiente tabla:

TABLA 7
Casos de AT identificados cuando la usuaria era menor de edad (2014-2023)

REGIÓN	TOTAL REGIÓN	TOTAL MENORES DE EDAD	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Amazonas	470	-	Sin información									
Puno	538	25	7	2	4	5	2	2	1	0	0	2
Loreto	122	17	0	0	2	4	4	3*	2		1	1
Lima	325	16	4	2	1	1	2	1	2	1	1	1
Ancash	114	13	0	0	2	2	0	1	2	2	1	3
Cajamarca	231	13	0	1	1	2	5	2	0	0	0	2
Junín	114	13	1	2	4	2		1	1	2	0	0
Arequipa	310	12	7	4	0	0	1	0	0	0	0	0
Piura	107	9	0	0	0	0	2	0	1	0	2	4
Apurímac	107	8	0	0	2	1	1	2	0	1	0	1
Cusco	106	8	0	0	3	2	0	0	0	1	0	2*
Ica	226	7	0	0	0	0	1	0	0	1	0	5
Lambayeque	84	7	0	0	0	0	0	3	0	2	1	1
Ayacucho	66	6	0	1	0	0	2	0	1	0	2	0
Madre de Dios	102	6	0	0	1	1	4	0	0	0	0	0
Huancavelica	78	4	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1
Huánuco	123	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	
La Libertad	57	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Pasco	40	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
Ucayali	9	2	Sin información	1	1	0	0	0	0	0	0	0
Moquegua	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
San Martín	10	1	Sin información	Sin información	0	0	0	0	0	1	0	0
Tacna	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tumbes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	2877	177	22	13	23	23	25	15	10	12	8	26

Nota. Donde figura el asterisco (*), en uno de los casos se trató de una menor de entre 0 a 11 años.

Los resultados a nivel nacional sobre la incidencia de casos de AT han permitido identificar a Puno como la región con mayor número de casos en el periodo (538). Esta se distancia en casi 70 casos del segundo lugar, Amazonas (470). Asimismo, la organización de las regiones en función del número de casos permite establecer los siguientes grupos:

TABLA 8

Grupos de regiones según el número de casos registrados entre el 2014 y 2023

NÚMERO DE CASOS	REGIONES
500 a más	1: Puno
Entre 400 y 500	1: Amazonas
Entre 300 y 400	2: Lima y Arequipa
Entre 200 y 300	2: Cajamarca e Ica
Entre 100 y 200	8: Huánuco, Loreto, Ancash, Junín, Apurímac, Piura, Cusco y Madre de Dios
Menos de 100	10: Lambayeque, Huancavelica, Ayacucho, La Libertad, Pasco, San Martín, Ucayali, Tacna, Moquegua y Tumbes

De esa manera, se observa que la gran mayoría de regiones (18 de 24) no superan los 200 casos reportados en el periodo. Destacan la región Puno y Amazonas en los primeros lugares, a pesar de tratarse de regiones con una población considerablemente menor que Lima, que ocupa el lugar de la región más poblada del país.

En cuanto a la edad de las usuarias, el análisis de la ratio de casos de menores de edad respecto del total de casos permitió identificar que Moquegua (33.3%) y Ucayali (22.2%) ocupan los primeros lugares. No obstante, se debe tomar en cuenta que se trata de regiones donde el número total de casos no superó la decena. A partir del tercer lugar, Loreto (13.93%), se puede construir un cuadro más completo de la relación entre la edad y los casos de AT a nivel nacional en el periodo estudiado. Resulta llamativo el alto número de casos de menores de edad en Loreto, pues se trata de una región en la que el número total de casos de AT apenas supera la centena. Lo mismo sucede con las dos regiones siguientes: Ancash (11.40%) y Junín (11.40%). Estos resultados contrastan significativamente con lo que sucede en regiones como Lima, Puno y Arequipa, donde los casos totales superan los 200, pero el número de casos de menores de edad es ínfimo (4.48% en promedio en las tres regiones).

TABLA 9

Casos de menores de edad y ratio menores de edad/casos totales por región (2014-2023)

REGIÓN	CASOS TOTALES	MENORES DE EDAD	RATIO MENORES DE EDAD/CASOS TOTALES (%)
Moquegua	3	1	33.33
Ucayali	9	2	22.22
Loreto	122	17	13.93
Ancash	114	13	11.40
Junín	114	13	11.40
San Martín	10	1	10.00
Ayacucho	66	6	9.09
Piura	107	9	8.41
Lambayeque	84	7	8.33
Cusco	106	8	7.55
Pasco	40	3	7.50
Apurímac	107	8	7.48
Madre de Dios	102	6	5.88
Cajamarca	231	13	5.63
La Libertad	57	3	5.26
Huancavelica	78	4	5.13
Lima	325	16	4.92
Puno	538	25	4.65
Arequipa	310	12	3.87
Ica	226	7	3.10
Huánuco	123	3	2.44
Tacna	5	0	0.00
Tumbes	0	0	0.00
Amazonas*	470	-	-

Nota. En el asterisco (*), la región Amazonas no fue considerada para el conteo, ya que la Diresa no envió información sobre la edad de las usuarias.

5.2.2. Casos de aborto terapéutico (AT) a nivel nacional y violencia sexual

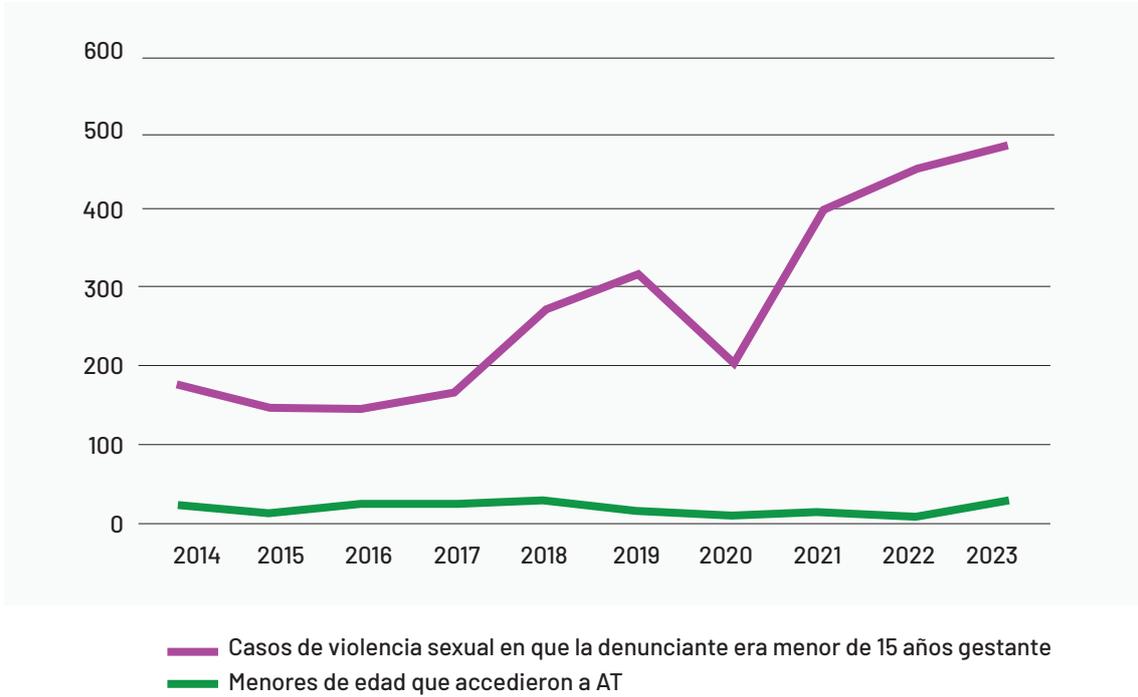
Los datos disponibles para el presente informe no permiten una comparación directa entre el número de casos de embarazos producto de violencia sexual y el acceso al AT en los establecimientos de salud. Sin embargo, en la Tabla 10 y el Gráfico 5, se ha realizado un ejercicio comparativo de las tendencias que ha tenido el índice de casos de violencia sexual denunciada en los CEM, con especial énfasis en el caso de menores de 15 años que al momento de denunciar se encontraban embarazadas.

TABLA 10

Casos de violencia sexual con víctima menores de edad denunciadas en CEM, casos con menores de 15 años gestantes y acceso al AT de menores de edad (2014 - 2023)

AÑO	CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL CON VÍCTIMAS MUJERES MENORES DE EDAD	CASOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN QUE LA DENUNCIANTE ERA MENOR DE 15 AÑOS GESTANTE	MENORES DE EDAD QUE ACCEDIERON A AT
2014	3981	175	22
2015	4453	147	13
2016	5387	145	23
2017	6030	167	23
2018	8139	277	25
2019	11322	318	15
2020	8751	207	10
2021	14507	402	12
2022	18521	456	8
2023	20279	486	26
Total	10 8566	2780	177

GRÁFICO 5
Casos de violencia registrados en CEM nivel nacional con víctima menor de 15 años gestante vs. casos de AT de menores de edad



Como se observa en el Gráfico 5, el ejercicio de comparación revela que existe una brecha significativa entre el número de menores de edad que se encuentran en estado de gestación al momento de denunciar un caso de violencia sexual y el número de menores de edad que acceden al AT en el país. En ese sentido, mientras que, según los datos del MIMP, el número de menores de 15 años que al momento de denunciar violencia sexual se encuentran en estado de gestación aumenta de manera rápida y sostenida, a excepción del primer año de pandemia, los índices en el número de menores de edad que acceden al AT se mantienen en niveles muy bajos, incluso cuando el crecimiento de los casos de menores gestantes denunciante de violencia sexual ha crecido más (2020-2023). En ese sentido, si tomamos en cuenta que solo en dos casos de los reportados por el Minsa se identificó a menores de entre 0 a 11 años, queda patente que nos encontramos ante un problema sumamente grave que ha sido alertado por organizaciones de sociedad civil defensoras de los derechos humanos de las menores víctimas de abuso sexual. En el Perú, no se garantiza el acceso a AT para menores de edad que sufren violencia sexual, a pesar de las sólidas evidencias sobre el impacto en la salud física, mental y social de estos embarazos.

5.2.3. Sobre la metodología de registro y sistematización de los casos de aborto terapéutico (AT)

Si bien la naturaleza de la investigación presentada no tuvo como uno de sus objetivos específicos analizar la metodología desarrollada por el Minsa para el registro y sistematización de los casos de AT a nivel nacional, la experiencia permite desarrollar algunos comentarios al respecto.

En primer lugar, es necesario destacar que, según se indicó en una comunicación telefónica, el Ministerio de Salud cuenta con los registros de AT practicados a nivel nacional replicando los datos reportados por las Direcciones Regionales de Salud. Por esta razón, según destacaron funcionarios de este ministerio, la información no siempre es coincidente, ya que se debe considerar factores como posibles errores en el registro de los casos en función del sistema de codificación CIE 10, así como ausencia de datos. Asimismo, debemos resaltar que, en sus respuestas, el Ministerio de Salud únicamente consideró el diagnóstico «aborto médico». Esta, según se confirmó en la comunicación telefónica, es la codificación correspondiente al AT. No obstante, sería pertinente que en futuras investigaciones se profundice con mayor detalle en la metodología seguida para el registro de casos y su sistematización, así como la ruta que la información sigue desde el establecimiento de salud hasta el Ministerio de Salud. Finalmente, en este ámbito debemos destacar la respuesta de este ministerio respecto de la inexistencia de un registro de solicitudes de acceso a AT, ya que sin dicha información es imposible determinar si existe una brecha entre el número de solicitudes realizadas y el número de AT practicados.

Finalmente, resulta importante destacar dos hallazgos de la investigación:

- (1) La inclusión de casos de AT practicados en establecimientos de salud de nivel de atención I en las respuestas proporcionadas por el Ministerio de Salud, lo cual difiere con lo establecido en la Guía de AT, donde se indica que el procedimiento debe ser practicado en establecimientos de nivel II o superior. Lamentablemente, no contamos con información que nos permita ensayar respuestas a este hecho.
- (2) La existencia, según la respuesta de SuSalud, de únicamente un caso a nivel nacional de denuncia ante la negativa de establecimientos de salud a practicar un aborto terapéutico. Tal como indicó esta institución, la única denuncia registrada en el periodo de estudio fue elaborada por la ONG Promsex a propósito del caso Camila. Este hallazgo sugiere la posible existencia de un alto nivel de subregistro de casos de negativa institucional a practicar el AT, pues, tal como han evidenciado estudios previos, entre las principales barreras para el acceso a AT en el país, destaca resistencia del personal de salud y las autoridades de los establecimientos a cumplir con la norma correspondiente (Ramírez, 2022; Távara et al., 2016).

5.2.4. Hallazgos a nivel regional

El análisis comparativo de incidencia de casos de AT a nivel regional permitió identificar tres tendencias:

- 1) Regiones en las que la evolución en el número de casos de AT reportados durante el periodo presenta una tendencia al crecimiento. En este grupo, se encuentran las siguientes regiones:

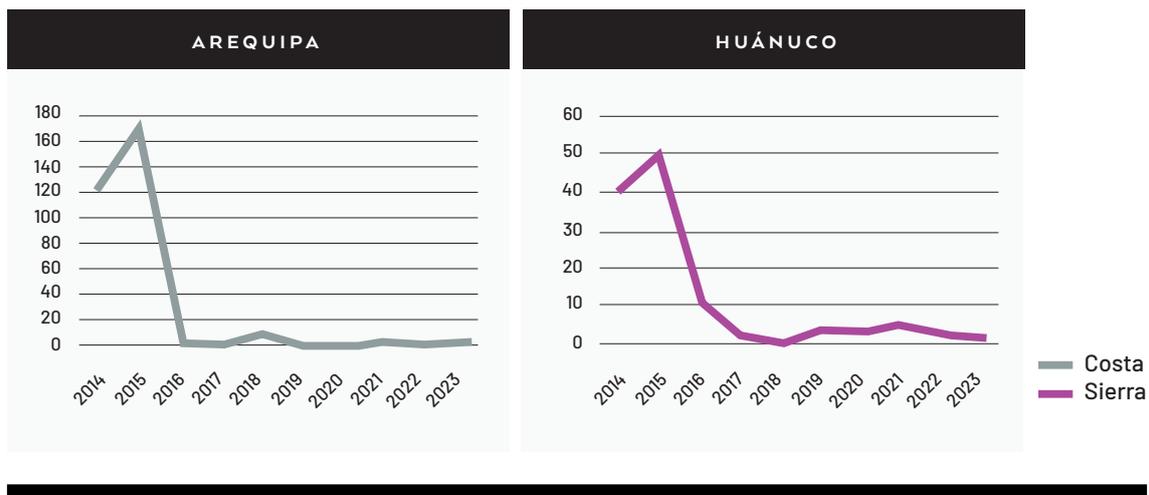
Amazonas, Ancash, Cusco, Huancavelica, Ica, La Libertad, Pasco y Piura. Es notable el incremento exponencial registrado en Huancavelica, Piura, Ica y Pasco entre el 2022 y 2023. Al respecto, debemos considerar posibles factores influyentes como el caso Camila y su posible impacto en el sector salud debido a la presentación internacional del Estado peruano como vulnerador de los derechos de las menores de edad víctimas de violencia sexual al no garantizarles el aborto terapéutico. También debemos considerar los posibles efectos de la pandemia en la mayor demanda de acceso a AT ante casos de embarazos producto de violencia sexual, ya que durante dicho periodo se evidenció un incremento significativo general en los niveles de violencia sexual sufrida por mujeres a nivel nacional, tal como se ha mostrado en la sección correspondiente en este informe.

GRÁFICO 6
Regiones en las que la evolución en el número de casos de AT reportados durante el periodo presenta una tendencia al crecimiento



- 2) Regiones en las que la evolución en el número de casos de AT reportados durante el periodo presenta una tendencia al decrecimiento. Las regiones que se encuentran en este grupo son Arequipa y Huánuco. Es notable que, en ambos casos, el descenso más pronunciado se observa entre el 2015 y 2016.

GRÁFICO 7
Regiones en las que la evolución en el número de casos de AT reportados durante el periodo presenta una tendencia al decrecimiento



- 3) Regiones en las que la evolución en el número de casos de AT reportados durante el periodo no presenta una proyección clara, donde se alternan momentos de crecimiento y decrecimiento a lo largo del intervalo. Las regiones que se encuentran en este grupo son Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Junín, La Libertad, Lambayeque, Loreto, Madre de Dios y Puno.



GRÁFICO 8

Regiones en las que la evolución en el número de casos de AT reportados durante el periodo no presenta una proyección clara



Como se puede observar, el mayor número de regiones se concentró en el tercer grupo. Esto coincide con el hallazgo a nivel general: no es posible identificar una tendencia general y clara durante el periodo estudiado. Sin embargo, cabe la posibilidad de que varios factores influyan en el resultado; entre ellos, la pandemia de COVID-19 (2020-2021) y sus efectos adversos tanto en el sistema de salud como en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, así como las dificultades en el proceso de registro de los casos y la correspondiente sistematización de la información. Debemos mencionar que las regiones San Martín, Moquegua, Tacna y Ucayali fueron excluidas de este ejercicio debido a que el número de casos reportados es bajo.



6. CONCLUSIONES

1. El análisis de los diagnósticos disponibles reveló que de los 3846 casos de aborto terapéutico (AT) reportados a nivel nacional para el periodo 2014-2023, en 3347 se certifica la práctica del AT. La región con mayor incidencia de casos en el periodo considerado fue Puno (538), seguido de Amazonas (470), Lima (325) y Arequipa (310).
2. Si bien no se observa una tendencia general y/o trayectoria clara en el índice de casos de AT en el periodo estudiado, se evidencia un aumento de casos pasando de 350 casos en el 2014 a 513 en el 2023.
3. Respecto de la violencia sexual contra mujeres registrada por los CEM a nivel nacional, en el periodo estudiado se registraron 144 416, de los cuales en 108 566 casos (71.57%) la víctima era menor de edad. Asimismo, en 2780 de los casos, la denunciante tenía menos de 15 años y se encontraba embarazada.
4. El ejercicio de comparación de la evolución entre los índices de menores de edad denunciadas de violencia sexual en estado de gestación (2 780 durante todo el periodo) y el número de usuarias que accedieron a AT siendo menor de edad (177 durante todo el periodo) evidencia que el Estado peruano no ha logrado mejorar en el cumplimiento del mandato de garantizar el derecho al acceso al AT para casos como estos en los que la salud y vida está seriamente comprometida por los riesgos elevados que impone el embarazo. Este dato es grave, pues el Estado peruano ya ha sido sancionado internacionalmente por no garantizar el acceso al AT.
5. El proceso de recopilación de información a través de solicitudes de acceso a la información pública y el análisis de la información proporcionada evidenciaron la existencia de graves problemas en el sistema de salud pública del Perú respecto de la gestión de información sobre los derechos sexuales y reproductivos, especialmente en lo concerniente al AT. En ese sentido, urge mejorar los niveles de articulación entre establecimientos de salud, direcciones y gerencias regionales, y el Ministerio de Salud en lo referente a la metodología de registro de casos de AT y la posterior gestión de la información.
6. La respuesta obtenida de Susalud respecto de la existencia de una sola denuncia por barreras en el acceso de AT en el periodo de estudio sugiere un alto nivel de subregistro, pues, tal como muestra la literatura previa, la negativa de prestadores de servicios de salud y las autoridades de los establecimientos a practicar el AT es una práctica extendida a nivel nacional.



EN EL PERÚ, **NO** SE GARANTIZA EL **ACCESO A ABORTO TERAPÉUTICO** PARA MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA SEXUAL, A PESAR DE LAS SÓLIDAS EVIDENCIAS SOBRE EL IMPACTO EN LA SALUD FÍSICA, MENTAL Y SOCIAL DE ESTOS EMBARAZOS.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bernabé-Ortiz, A.; White, P.; Carcamo, C.; Hughes, J.; Gonzales, M.; García, P.; Garnett, G. & Holmes, K. (2009). Clandestine induced abortion: prevalence, incidence and risk factors among women in a Latin American country. *Canadian Medical Association Journal*, 180(3), 298-304. <https://doi.org/10.1503/cmaj.071399>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [Promsex]. (s.f.). *Camila*. Página web de PROMSEX. <https://incidenciainternacional.promsex.org/casos/camila/>
- Código Penal. Decreto Legislativo 635. 8 de abril de 1991. https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/normatividad_nacional_general/3_Codigo_Penal.pdf
- Guevara-Ríos, E. (2016). Interrupción terapéutica del embarazo en el Instituto Nacional Materno Perinatal, Perú, 2009-2013. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(1), 19-30. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322016000100003&lng=es&tlng=es.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI]. (2023). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2022. Nacional y departamental*. Plataforma nacional de datos abiertos. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1898/libro.pdf
- Juárez-Chávez, E.; Villalobos, J.; Carrasco, R.; Guerrero, R. & Chávez, S. (2023). Exploring the prevalence of abortion and its characteristics in Perú. *Contraception*, 126, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.110115>
- Ministerio de Salud. (2016a, 8 de setiembre). *Conoce más sobre Susalud y cómo protege los derechos en salud de los peruanos*. Plataforma digital única del Estado Peruano. <https://www.gob.pe/institucion/Minsa/noticias/14866-conoce-mas-sobre-susalud-y-como-protege-los-derechos-en-salud-de-los-peruanos>
- Ministerio de Salud. (2016b). *Guía técnica nacional para la estandarización del procedimiento de la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119º del Código Penal*. <https://bvs.Minsa.gob.pe/local/MINSA/3795.pdf>
- Ministerio de Salud. (2020). *Guía de práctica clínica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1554860/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20aborto%20terap%C3%A9utico.pdf>
- Ministerio de Salud. (2024). *Características de la madre*. Consultas Dinámicas del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwmadrenew.aspx>
- Policía Nacional del Perú. (2014). *Anuario estadístico policial 2014*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4041586/Anuario%20Estad%C3%ADstico%202014%20-%20Polic%C3%ADa%20Nacional%20del%20Per%C3%BA.pdf>

- Policía Nacional del Perú. (2016). *Anuario estadístico policial 2015*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2015/anuario-estadistico-policial-2015-DIREST%20PUBLICACION.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2017). *Anuario estadístico policial 2016*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2016/anuario-estadistico-policial-2016%20presentacion.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2018a). *Anuario estadístico policial 2017*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2017/anuario-estadistico-policial-2017.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2018b). *Anuario estadístico policial 2018*. <https://observatorio.mininter.gob.pe/sites/default/files/reporte/archivos/ANUARIO%20PNP%202018.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2019). *Anuario estadístico policial 2019*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2019/anuario-estadistico-policial-2019-V2.0.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2021a). *Anuario estadístico policial 2020*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2020/anuario-estadistico-policial-2020.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2021b). *Anuario estadístico policial 2021*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2021/anuario-estadistico-policial-2021.pdf>
- Policía Nacional del Perú. (2022). *Anuario estadístico policial 2022*. <https://www.policia.gob.pe/estadisticopnp/documentos/anuario-2022/anuario-estadistico-policial-2022.pdf>
- Ramírez, S. (2022). *Explorando las barreras para el acceso al aborto terapéutico en servicios de salud seleccionados de Puerto Maldonado-Tambopata-Madre de Dios- Perú* [Tesis de maestría. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) Argentina]. Repositorio Digital FLACSO Ecuador. <http://hdl.handle.net/10469/18528>
- Távora, L.; Macharé, P.; García, S.; Guevara, E.; Cabrera, S.; Aguilar, J.; Ramírez, Y.; Orderique, L.; Silva, C.; Sánchez, S.; Leveau, W. & Burela, J. (2016). Barriers to access to safe abortion in the full extent of the law in Peru. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62 (2), 153-168. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rqo/v62n2/a03v62n2.pdf>
- Távora, L.; Orderique, L.; Mascaroa, P.; Cabrera, S.; Gutiérrez, M.; Paiva, J.; Ramírez, Y. & Silva, C. (2012). Costos de la atención postaborto en hospitales de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 58 (4), 241-251. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v58i40>
- Taype-Rondan, A. & Merino-García, N. (2016). Hospitalizaciones y muertes por aborto clandestino en Perú: ¿qué dicen los números?. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33 (4), 829-830. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2573>
- Tuñoque, F., & Ñique, C. (2021). Aborto Terapéutico en Perú: Therapeutic Abortion in Perú. *Revista Experiencia En Medicina Del Hospital Regional Lambayeque*, 7(2), 43-44. https://www.researchgate.net/publication/353191932_Aborto_Terapeutico_en_Peru_-_Therapeutic_Abortion_in_Peru

PROMSEX
Salud. Sexualidad. Solidaridad.



WWW.PROMSEX.ORG

FB / X / TT @PROMSEX

IG @PROMSEXCOMUNICA

Con el apoyo de:

