

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DEL PERÚ
Escuela de Posgrado**



Incorporación de lineamientos para la atención de menores en el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y EE.SS. para enfrentar el reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años

Trabajo de investigación para obtener el grado académico de Maestra en Gobierno y Políticas Públicas que presenta:

María Jesús León Ingaruca

Asesor:

Flor De Esperanza Blanco Hauchecorne

Lima, 2024

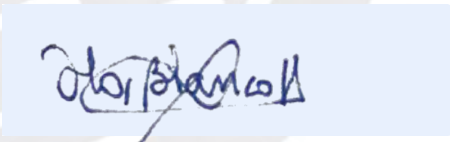
Informe de similitud

Yo, Flor De Esperanza Blanco Hauchecorne, docente de la Escuela de Posgrado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de el trabajo de investigación titulada(o) Incorporación de lineamientos para la atención de menores en el Protocolo de Actuación Conjunta entre CEM y EE.SS. para enfrentar el reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años, de la autora María Jesús León Ingaruca, dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 19%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 26/08/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de investigación, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 26 de Agosto de 2024.

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Blanco Hauchecorne, Flor de Esperanza</u>	
DNI: 26724869	Firma
ORCID: 0000-0002-1543-0674	

Dedicatoria



A las niñas del Perú,
a las más vulnerables,
quienes enfrentan el abandono
del Estado en situaciones de
violencia sexual.
A ellas, un pequeño aporte.

Resumen

Los casos de L.C. y Camila, dos niñas peruanas que lograron fallos favorables después de demandar al Estado por enfrentar obstáculos para acceder a la interrupción médica del embarazo tras haber sido víctimas de violación sexual, destacan el problema público del reducido acceso efectivo a este procedimiento en menores de 14 años que viven situaciones similares. Además, estos casos evidencian una clara vulneración de los derechos de las niñas y adolescentes y subrayan la necesidad urgente de analizar los factores que obstaculizan el acceso a la interrupción médica del embarazo para este grupo vulnerable, junto con el desarrollo de intervenciones públicas que aborden dicho problema.

Esta investigación se centra en analizar las causas detrás de este problema público desde diversas perspectivas: normativas y administrativas que regulan el procedimiento, así como socioculturales y políticas. A partir del análisis y priorización de estas causas, se identificó la carencia de mecanismos de atención específicos en situaciones de embarazo como resultado de vulneración sexual en menores de edad. En respuesta a esto, se propone una actualización del "Protocolo de Actuación Conjunta entre Centros de Emergencia Mujer (CEM) y Establecimientos de Salud (EE.SS.)", incorporando disposiciones específicas para la atención de menores de edad que se encuentren en la situación descrita. Estos establecimientos representan los primeros puntos de contacto para las víctimas de violencia sexual, lo cual convierte esta intervención en una oportunidad crucial para asegurar una atención adecuada, incluyendo la posibilidad de acceder al procedimiento de interrupción médica del embarazo según procedimiento.

Palabras clave: violación sexual, niñas y adolescentes menores de 14 años, embarazo infantil forzado, interrupción médica del embarazo, aborto, Protocolo de actuación conjunta

Abstract

The cases of L.C. and Camila, two Peruvian girls who obtained favorable rulings after suing the State for facing obstacles in accessing medical termination of pregnancy after being victims of sexual assault, highlight the public issue of limited effective access to this procedure for girls under 14 years old who are in similar situations. Moreover, these cases demonstrate a clear violation of the rights of girls and adolescents and underscore the urgent need to analyze the factors that hinder access to medical termination of pregnancy for this vulnerable group, along with the development of public interventions to address this issue.

This research focuses on analyzing the causes behind this public issue from various perspectives: regulatory and administrative factors that govern the procedure, as well as sociocultural and political ones. Based on the analysis and prioritization of these causes, the lack of specific care mechanisms for situations of pregnancy resulting from sexual assault in minors was identified. In response to this, an update to the "Joint Action Protocol between Women's Emergency Centers (CEM) and Health Establishments (EE.SS.)" is proposed, incorporating specific provisions for the care of minors in the described situation. These establishments represent the first points of contact for victims of sexual violence, making this intervention a crucial opportunity to ensure adequate care, including the possibility of accessing the medical termination of pregnancy procedure as outlined.

Keywords: sexual violence, girls and adolescents under 14 years old, forced child pregnancy, medical interruption of pregnancy, abortion, Joint Action Protocol

Índice de contenido

Informe de similitud	II
Dedicatoria.....	III
Resumen.....	IV
Abstract.....	V
Índice de contenido	VI
Lista de tablas.....	VIII
Lista de gráficos.....	IX
Lista de figuras	IX
Lista de anexos.....	IX
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPITULO I: DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	12
1.1. Problema público.....	12
1.1.1. Casos L.C. Vs Perú y Camila Vs Perú.....	12
1.1.2. Redacción del problema público	14
1.2. Marco conceptual del problema	14
1.3. Arquitectura del problema	19
1.3.1. La magnitud del problema en el Perú.....	19
1.3.2. Proceso de atención a niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual.....	26
1.3.3. Partes en el proceso de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.....	31
1.3.4. Características socioculturales y políticas alrededor de la interrupción médica del embarazo.....	32
1.4. Marco institucional y normativo relacionado con el problema.....	33
CAPITULO II: CAUSAS DEL PROBLEMA.....	36
2.1. Marco teórico sobre las causas del problema	36
2.2. Causas del problema.....	37
2.2.1. Causas normativas	37
2.2.2. Causas administrativas.....	41
2.2.3. Causas sociales y culturales	45
2.2.4. Causas políticas.....	47
CAPÍTULO III: DISEÑO DEL PROTOTIPO	50
3.1. Desafío de innovación	50
3.2. Experiencias previas para hacer frente al desafío de innovación.....	50

3.3. Proceso de la conceptualización y prototipado.....	53
3.3.1. Proceso de conceptualización.....	53
3.3.2. Maduración del concepto.....	57
3.3.2. Proceso de prototipado.....	58
3.4. Concepto y prototipo final de la innovación	59
3.4.1. Condiciones base para el desarrollo de la innovación.....	59
3.4.2. Concepto final de innovación.....	60
3.4.3. Prototipo de alta resolución	62
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA DESEABILIDAD, FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL PROTOTIPO.....	69
4.1. Análisis de deseabilidad	69
4.2. Análisis de factibilidad	71
4.3. Análisis de viabilidad	71
Conclusiones	74
Recomendaciones.....	76
Referencias bibliográficas	77
Anexos.....	85



Lista de tablas

Tabla N°1.- Disposiciones que debe cumplir personal del CEM y EESS	27
Tabla N°2.- Marco normativo nacional	33
Tabla N°3.- Marco normativo internacional	35
Tabla N°4.- Número de profesionales médicos de los hospitales de Lima capacitados entre el 2014 y 2023	43
Tabla N°5.- Número de profesionales médicos de hospitales regionales capacitados entre el 2014 y 2023	43
Tabla N°6.- Generación de ideas de innovación para abordar	54
Tabla N°7.- Priorización de ideas	55
Tabla N°8.- Bosquejo inicial del concepto de innovación	56
Tabla N°9.- Prototipo de baja resolución de la actualización del Protocolo de actuación conjunta	57
Tabla N°10.- Prototipo de baja resolución de la actualización del Protocolo de actuación conjunta	60
Tabla N°11.- Disposiciones que debe cumplir personal del CEM y EESS para atender víctimas de violación sexual en casos específicos violencia sexual contra niñas y adolescente especialmente cuando resulta en embarazos forzados	63
Tabla N°12.- Análisis de deseabilidad de la propuesta de innovación	70

Lista de gráficos

Gráfico N°1.- Cantidad atenciones por violencia sexual a menores de entre 0-17 años registradas en el CEM entre los años 2018 y 2022	22
Gráfico N°2.- Cantidad de menores de 0 - 14 años	23
Gráfico N°3.- Cantidad de abortos terapéuticos realizados	26

Lista de figuras

Figura N°1.- Diagrama de flujo de la atención a víctimas de violencia sexual según el Protocolo de actuación conjunta	28
Figura N°2.- Diagrama de flujo de la atención completa de mujeres embarazadas según la Guía técnica	31
Figura N°3.- Diagrama de flujo de la atención a víctimas de violencia sexual según el Protocolo de actuación conjunta con la actualización que integra disposiciones específicas para la atención de menores de edad	67

Lista de anexos

Anexo N°1.- Problemas públicos identificados en la etapa 1	85
Anexo N°2: Matriz de la arquitectura del problema público	87
Anexo N°3.- Diagrama de Ishikawa de las causas del problema publico	90
Anexo N°4.- Entrevistas realizadas para la elaboración del marco causal y de validación de los prototipos de innovación	91
Anexo N°5.- Priorización de causas sobre las cuales se diseñará el prototipo	91

INTRODUCCIÓN

Los casos de L.C. y Camila contra el Estado peruano arrojan luz una problemática subyacente alrededor del acceso al procedimiento de la terminación médica de la gestación en estas situaciones. Estas menores, que vivieron situaciones de agresiones sexuales, se enfrentaron a una negación de sus derechos fundamentales cuando buscaron atención médica para terminar sus embarazos no deseados. Sus desgarradoras historias, son lamentablemente representativas de una realidad que viven muchas niñas y adolescentes en Perú.

En el período analizado comprendido entre 2018 y 2022, se observó un aumento alarmante en las denuncias de vulneración sexual contra menores. Según data del Programa Aurora del MIMP (2023), en Perú, la cantidad de agresiones sexuales se han duplicado en estos cuatro años, pasando de 3763 a 7614 casos. En cuanto a la accesibilidad a la terminación médica de la gestación, durante este mismo periodo, se reportaron 91 interrupciones terapéuticas del embarazo aplicadas a menores de 17 años (MINSA, 2023, 22 de junio). En contraste, según reporta el CNV (2023), durante ese lapso, se registraron 6,958 casos de maternidad en niñas menores de 14 años. Esta situación sugiere una relación entre la disponibilidad de servicios públicos para la terminación de la gestación y la incidencia de menores de edad que se convierten en madres debido al problema público que significa el reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años.

La finalidad de esta investigación es explorar las causas subyacentes al limitado acceso, explorando tanto los aspectos normativos y administrativos como los socioculturales y políticos que las perpetúan. Para ello, se analizaron detenidamente protocolos y guías existentes relacionados con el tratamiento de la violencia sexual y la aplicación de la interrupción médica del embarazo; así como los estigmas alrededor del aborto, los roles de género arraigados y las iniciativas legislativas para restringir la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva.

De esta forma, se determinó que existen causas normativas y administrativas que incluyen la falta de protocolos y normativas específicas para abordar integralmente la vulneración sexual de menores, especialmente en casos que resultan en embarazo. El Protocolo de actuación conjunta y la Guía técnica existentes no abordan adecuadamente estas situaciones, omitiendo aspectos críticos como la salud mental. Además, existe un déficit significativo en la capacitación y conocimiento de los operadores de salud sobre

estas normativas, lo que impide una atención adecuada y oportuna a las menores vulneradas sexualmente.

Las causas sociales y culturales, así como las políticas, abarcan las barreras culturales y estigmas relacionados con el aborto, que dificultan la accesibilidad a servicios de salud especializados en menores embarazadas producto de violación. Las concepciones estereotipadas sobre la maternidad y los roles de género también contribuyen a la falta de atención especializada. A nivel político, la resistencia de grupos conservadores y las iniciativas legislativas en contra de la interrupción médica del embarazo generan un clima de incertidumbre y temor, dificultando la ejecución efectiva de la Guía técnica y el acceso a servicios de salud reproductiva.

Tras priorizar las causas subyacentes, se presenta una propuesta para abordar la falta de disposiciones específicas para la atención de menores que han vivido situaciones de vulneración sexual y que enfrentan un embarazo como resultado de dicha violencia. Esta propuesta consiste en actualizar el "Protocolo de Actuación Conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE.SS.)" (en adelante, Protocolo de actuación conjunta), que establece directrices para la atención de víctimas de violencia sexual. En particular, se propone incluir disposiciones concretas para el tratamiento de menores embarazadas debido a agresiones sexuales, adaptadas a sus necesidades específicas. La propuesta subraya la importancia de informar a las menores sobre la posibilidad de evaluación para la interrupción médica del embarazo, garantizando una atención adecuada a su etapa de desarrollo. Dado que los CEM y los EE.SS. son los primeros puntos de contacto para las víctimas de violencia sexual, esta propuesta ofrece una oportunidad crucial para abordar tanto el daño físico como emocional derivado de la violencia sufrida, incluyendo el terminación al procedimiento de interrupción médica de la gestación cuando sea necesario.

De esta forma, el Capítulo I: Definición y Descripción del Problema ofrece una visión detallada del problema público, estableciendo el contexto y la magnitud del desafío. El Capítulo II: Causas del Problema explora en profundidad los factores que contribuyen al problema, identificando sus raíces normativas, administrativas, sociales, culturales y políticas. El Capítulo III: Diseño del Prototipo se centra en la creación de una solución propuesta para abordar el problema, delineando su estructura y características clave. Finalmente, el Capítulo IV: Análisis de la Deseabilidad, Factibilidad y Viabilidad del Prototipo evalúa la viabilidad del prototipo en términos de su aceptación, posibilidad de implementación y sostenibilidad, asegurando que la solución propuesta sea práctica y efectiva en la resolución del problema.

CAPITULO I: DEFINICIÓN Y DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1. Problema público

En Perú, el Código Penal establece sanciones para el aborto, que incluyen penas de restricción de libertad de hasta dos años. Sin embargo, desde 1924, existe una excepción para casos terapéuticos que permite la interrupción del embarazo cuando este procedimiento es el único medio para preservar la vida de la mujer embarazada o impedir un perjuicio duradero en su salud. Aunque esta disposición estuvo en vigor durante casi 90 años, no fue hasta 2014 que se concretó su implementación con la aprobación, por parte del Ministerio de Salud (MINSA), de la "Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal" (en adelante, la Guía técnica).

Dicha implementación implicó un avance significativo en la normativa pública en salud sexual y reproductiva en Perú, sin embargo, aún persiste el problema público respecto al acceso efectivo de las mujeres, especialmente menores de edad en estado de gestación como resultado de vulneraciones sexuales, a la aplicación de la interrupción médica de la gestación.

1.1.1. Casos L.C. Vs Perú y Camila Vs Perú

– L.C. Vs Perú

L.C. era una menor que residía en el Callao, Perú, quien tras un intento de suicidio a principios de abril de 2007 quedó en estado de paraplejía. Ella requería una intervención quirúrgica urgente para recuperar la movilidad, la cual no podía ser pospuesta. Para complicar la situación, L.C. se encontraba embarazada de 13 semanas producto de un abuso sexual. La gestación representaba un peligro para su integridad física y mental al obligarla a retrasar la operación de columna vertebral.

De acuerdo con lo narrado por la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) (2011), ante estos hechos, la progenitora de L.C., demandó la terminación médica de la gestación amparada en la ley que lo permite cuando la integridad de la madre corre riesgos. Sin embargo, la Junta Médica del hospital denegó la solicitud de terminación médica del embarazo, argumentando que la salud de L.C. no estaba en riesgo inmediato. Como resultado de esta demora en la atención

médica, L.C. no pudo recuperar la movilidad quedando en silla de ruedas. Además, L.C. posteriormente tuvo una pérdida espontánea en junio de 2007.

Ante la negativa del Estado de aplicar la terminación médica de la gestación, L.C. presentó una denuncia ante la CEDAW. Dicha instancia falló a su favor en 2011, reconociendo que el Estado peruano vulneró sus derechos humanos. Junto con ello, recomendó al Perú analizar su marco legal para permitir la terminación médica de la gestación, y proteger la integridad física y mental de las mujeres peruanas.

– **Camila Vs Perú**

Camila era una niña indígena de Apurímac, quien desde los 9 años sufrió agresiones sexuales sistemáticas de parte de su progenitor. En 2017, cuando tenía 13 años, quedó en estado de gestación, producto de estos actos. A pesar de expresar su profundo malestar y oposición al embarazo, tanto ella como su madre no fueron informadas sobre la posibilidad de que Camila sea evaluada para que se le aplique el procedimiento de terminación de la gestación en los establecimientos de salud a los que acudieron. Por el contrario, el personal médico continuó con la atención prenatal a pesar de sus reiteradas objeciones, lo que exacerbó su situación y afectó su salud.

Según describe la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC) (2021), en el dictamen sobre el caso, después de solicitar la terminación de la gestación conforme a ley, Camila y su madre se encontraron con una serie de obstáculos, incluida la dilación por parte del director del hospital. Finalmente, después de sufrir un aborto incompleto, Camila requirió tratamiento médico de emergencia. A pesar de esto, el personal médico persistió en sus intentos de realizar controles prenatales, lo que generó una presión adicional sobre ella por parte de la comunidad donde residía. La situación empeoró cuando los miembros de la comunidad comenzaron a culpar a Camila por su situación y a estigmatizarla, lo que la llevó a abandonar la escuela.

Ante esta situación, Camila denunció al Estado peruano y la CRC en 2021 falló a su favor, recomendando compensación y apoyo para su recuperación, especialmente en el ámbito educativo. En la sentencia se destacó la revictimización sufrida por Camila y la importancia de eliminar los castigos penales para la terminación de la gestación cuando esta se da en menores, así como la urgencia de garantizar servicios seguros estableciendo recursos específicos de atención para futuros casos similares con el objetivo de que las acciones por parte de las autoridades involucradas, puedan ser transparentes y sujetas a rendición de cuentas.

1.1.2. Redacción del problema público

Los casos de L.C. y Camila contra Perú presentan situaciones profundamente desgarradoras, sobre todo porque son representativas de nuestra realidad. Por un lado, L.C. era una menor de 13 años, sobreviviente de agresiones sexuales, quien, sumida en una depresión a causa de su situación, intentó suicidarse. Ella quedó con discapacidad física permanente luego de que se dilatará su intervención quirúrgica tras negarle la accesibilidad al procedimiento de la terminación médica de la gestación. Por otro lado, Camila, quien fuera víctima de agresiones sexuales por parte de su progenitor, enfrentó una situación similar. A pesar de expresar su deseo de no estar embarazada, no le informaron sobre la posibilidad que tenía de ser evaluada para acceder al procedimiento de la terminación de la gestación.

Ambos casos son ejemplos críticos de la falta de asistencia y apoyo a menores de edad embarazadas como resultado de una violación. Al respecto, las Naciones Unidas han instado al Perú a eliminar los castigos que penan el aborto en situaciones de embarazo infantil, así como a garantizar un acceso seguro a la terminación del embarazo y atención post procedimiento para las menores gestantes en situaciones de riesgo.

En este contexto, que evidencia la vulneración de los derechos de niñas y adolescentes, es esencial examinar en profundidad las causas que limitan el acceso a la interrupción médica del embarazo y reconocer este problema como una cuestión de salud pública. Así, el problema público que aborda la presente investigación es:

“Reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años”

1.2. Marco conceptual del problema

– Interrupción médica del embarazo

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024) define a la terminación médica de la gestación o aborto terapéutico, como una intervención médica necesaria en determinadas circunstancias, en situaciones donde la vida, la integridad física o psíquica de la mujer embarazada se encuentren en peligro. También, se estipula que debe ser realizado por personal médico calificado en condiciones seguras y legales para garantizar el bienestar de la persona gestante. Sin embargo, las leyes y regulaciones alrededor de la terminación médica de la gestación varían considerablemente de un país a otro en términos de plazos, causales, etc.

– Embarazo Infantil Forzado (EIF)

Según el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2018), el embarazo infantil forzado engloba todas las circunstancias en las cuales menores de 14 años se encuentran embarazadas en circunstancias ajenas a su decisión y deseo, y enfrentan barrera o dilaciones para interrumpir dicho embarazo, muchos de los cuales provienen del sistema público que brinda atención médica.

El embarazo infantil forzado tiene graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales para las niñas. Físicamente, las niñas tienen una mayor susceptibilidad a enfrentar complejidades durante la gestación y el parto, pudiéndose dar partos prematuros, fístulas obstétricas y hasta muerte materna. Además, psicológicamente pueden experimentar ansiedad, depresión, estrés postraumático y baja autoestima. Además, las niñas a menudo abandonan la escuela para cuidar a su bebé, lo que limita sus oportunidades futuras, y son estigmatizadas y discriminadas por sus comunidades (Plan Internacional, 2024).

Esta realidad no solo prolonga la condición de desigualdad y desprotección en la que se encuentran las menores, sino que también las expone a mayores riesgos de sufrir abusos y distintas expresiones de violencia adicionales. Además, al ver sus derechos humanos comprometidos de manera continua, se perpetúa un ciclo de marginación y exclusión que dificulta aún más su acceso a oportunidades y recursos necesarios para su desarrollo integral.

– Guía técnica para la interrupción del embarazo

En el 2014 el MINSA ratificó la aprobación de la Guía técnica para la interrupción del embarazo. Fue elaborado con el fin de proporcionar directrices y estándares para la atención médica de mujeres que necesitan interrumpir un embarazo por razones terapéuticas, en otras palabras, cuando la integridad física y psíquica de la persona embarazada se encuentra amenazada, de acuerdo a lo establecido en el artículo 119º del Código Penal peruano. La Guía técnica proporciona orientación sobre los procedimientos médicos, la evaluación de la gestante, la autorización del procedimiento con conocimiento de causa y otros aspectos relevantes en atención de mujeres en estado de gestación dentro del marco legal (MINSA, 2014).

La Guía técnica puntualiza, los siguientes requisitos para la terminación médica del embarazo: consentimiento informado, donde la persona gestante debe brindar su autorización libre habiendo estado previamente informada; evaluación médica, en la que la persona gestante debe ser evaluada por un médico para determinar si la interrupción del embarazo es segura y para descartar cualquier contraindicación; consejería,

ofreciendo información sobre las diferentes opciones de interrupción del embarazo, los pros y contras de cada alternativa y el proceso de recuperación; atención médica, que debe ser realizada por profesionales médicos capacitados; y seguimiento posterior a la intervención (MINSA, 2014).

Sin embargo, la Guía técnica no aborda de manera completa todas las situaciones posibles como el embarazo en situaciones de violencia sexual o atención especializada a menores de edad. De esta forma, se subraya la importancia de evaluar las limitaciones actuales y trabajar en actualizaciones que aborden de manera más exhaustiva las diversas circunstancias que pueden dar lugar a un embarazo.

– **Junta médica**

Según se estipula en la Guía técnica del MINSA (2014), la Junta Médica hace referencia al grupo interdisciplinario de profesionales médicos encargado de evaluar la situación clínica y las circunstancias específicas de una gestante que requiera la terminación médica de la gestación, según lo estipulado en el artículo 119° del Código Penal peruano.

La conformación de la junta tiene lugar cuando la gestante o sus apoderados solicitan la evaluación para acceder al procedimiento de la interrupción médica del embarazo. La junta está compuesta por tres profesionales médicos/as asistenciales, entre ellos, al menos un/a gineco-obstetra, quien presidirá las deliberaciones, así como dos médicos/as cirujanos, uno/a de los cuales deberá ser especialista o contar con experiencia en la patología específica que afecte a la gestante. La tarea central de la junta consiste en examinar minuciosamente el estado médico de la persona embarazada con el propósito de adoptar una decisión fundamentada respecto a la pertinencia de realizar la terminación de la gestación, todo ello con el objetivo primordial de salvaguardar su salud.

Después de la evaluación de la gestante, la Junta Médica está obligada a tomar una decisión en un lapso no mayor a dos días. En caso la Junta Médica determine que debe hacerse la terminación médica de la gestación, comunicará esta resolución a la gestante o a sus apoderados, y solicitará su consentimiento informado y autorización para el procedimiento. Caso contrario, el médico tratante deberá explicar las motivaciones detrás de esta decisión.

Ante discrepancias con la decisión inicial, la gestante tendrá derecho a solicitar una segunda opinión. En tal eventualidad, la máxima instancia del Establecimiento de Salud (en adelante EESS) deberá convocar a una nueva Junta Médica en un lapso no mayor a dos días. Esta nueva junta estará integrada por otros profesionales de la salud, para asegurar el pleno ejercicio del derecho de la gestante a recibir una opinión imparcial, así como la oportunidad de evaluar miradas distintas.

– **Edad mínima para el consentimiento sexual**

En el contexto legal peruano, se define un umbral a partir del cual una persona es considerada capaz de otorgar consentimiento en actividades sexuales. Este umbral se sitúa en los 14 años según lo establece en los artículos 173 y siguientes del Código Penal (2018) y señala el momento en que se considera que una persona tiene la capacidad para otorgar consentimiento en actividades sexuales. El propósito fundamental de este parámetro es salvaguardar a las personas adolescentes de posibles abusos y de las consecuencias negativas que podrían surgir al no tener plena conciencia de sus derechos y del impacto que la actividad sexual temprana puede tener en su desarrollo.

Esta medida también contribuye prevenir que niños, niñas y adolescentes menores se vean envueltos en circunstancias para las cuales no estén preparadas, al carecer de la experiencia y la madurez necesarias para comprender completamente las implicaciones. Además, ayuda a protegerlas de situaciones en las que podrían ser explotadas debido a desequilibrios de poder y autoridad (UNICEF, 2016).

– **Niñas y adolescentes**

De acuerdo con la ley 27337 del nuevo Código de los Niños y Adolescentes, aprobada por el Congreso de la República (2000, 21 de julio), los términos "niños y niñas" se refieren a aquellos individuos que están experimentando el inicio de su crecimiento y desarrollo, en específico, hasta los 12 años. Mientras que el concepto de "adolescentes" es utilizado para referirse a quienes están atravesando la transición hacia la adultez, entre las edades de 12 y 18 años. Es importante resaltar que, dentro del alcance de esta investigación, cuando se menciona a "adolescentes", se está haciendo referencia específicamente a personas adolescentes de entre 12 y 14 años.

– **Delito de violación sexual**

Según las disposiciones del Código Penal (2018), se detalla y califica como delito la violencia sexual en el artículo 170. Esta conducta se describe como aquella en la cual se ejerce fuerza física o se emiten amenazas graves para obligar a alguien a participar en actos sexuales. Tales acciones pueden comprender desde la penetración en sus diversas formas hasta otras interacciones de índole sexual coaccionadas, llevadas a cabo mediante diversos métodos. La gravedad de esta violación al bienestar emocional y físico de la víctima se refleja en las consecuencias legales que conlleva. Las repercusiones por este delito incluyen castigos de cárcel, cuya severidad dependerá de la magnitud de los sucesos y las condiciones específicas de cada caso.

Este delito no solo menoscaba el bienestar de las personas afectadas por estos delitos, sino que también puede tener impactos especialmente desgarradores en el caso de

menores de edad, quienes pueden experimentar traumas profundos y duraderos como resultado de tales actos. Además, las amenazas vinculadas a la violencia sexual pueden dejar cicatrices emocionales que perduran a lo largo de la vida de la persona agraviada. Y cuando se trata de menores de edad, la posible concepción como resultado de la agresión sexual, añade un nivel adicional de complejidad y perjuicio.

– **Salud física y emocional en víctimas de violación**

Las repercusiones de la violación afectan profundamente tanto el bienestar físico como emocional de las víctimas. A nivel de bienestar físico, las niñas y adolescentes que resultan en estado de gestación luego de una agresión sexual, confrontan múltiples problemas de salud durante el embarazo y el alumbramiento que las exponen a un alto riesgo. Estas complicaciones abarcan desde condiciones como parto prematuro, aparición de eclampsia, preclampsia, la rotura prematura de membranas, diabetes gestacional, entre otras. Los estudios muestran que las menores tienen más probabilidad de fallecer debido a las dificultades gestacionales y mayores posibilidades de afrontar amenazas en su salud a largo plazo tanto para ellas como para sus hijos (CLADEM, 2016a).

Por otro lado, a nivel psicológico, la gestación originada por una agresión sexual representa una memoria constante de tales eventos y tiene consecuencias adversas significativas en el bienestar emocional de las menores afectadas (Rondón, 2015). Asimismo, la experiencia de haber vivido una agresión sexual, los potenciales actos de intimidación recibidos para evitar la denuncia, así como el hecho mismo de la concepción no deseada, contribuyen significativamente al surgimiento de síntomas como la depresión, ansiedad y estrés postraumático. Muchas de estas niñas llegan a considerar el suicidio durante el embarazo como resultado del profundo sufrimiento emocional que experimentan. Asimismo, en situaciones donde un integrante del núcleo familiar perpetra el abuso sexual, los daños emocionales se agravan, ya que la crisis resultante dentro del núcleo familiar puede generar aún más estrés y traumas para la víctima, especialmente si no recibe el apoyo y la protección necesarios por parte de sus allegados.

– **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)**

La CEDAW se trata de un convenio internacional adoptado por las Naciones Unidas en 1979. Tiene como propósito eliminar las diferencias injustas y avanzar hacia la equidad entre hombres y mujeres. Establece obligaciones, normas y responsabilidades para los Estados parte, mediante la aprobación de leyes, normativas, además de otras acciones para asegurar el ejercicio completo de los derechos de todas las mujeres. A través del

Comité de monitoreo, la CEDAW supervisa la implementación del tratado y ofrece orientación a los Estados parte para fortalecer, velar y fomentar los derechos femeninos a nivel mundial.

En 1982, el Congreso peruano aprobó la CEDAW. De esta forma, el Estado peruano se comprometió a cumplir con la CEDAW, ratificando formalmente el convenio en el mismo año. Según establece la Carta Magna de 1993, una vez ratificados este tipo de convenios se convierten en parte de las leyes nacionales. Esto significa que las disposiciones y obligaciones establecidas en el tratado deben ser respetadas y cumplidas por todas las instituciones y personas dentro del país (CLADEM, 2007).

– **Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)**

La CRC, adoptada en 1989 por las Naciones Unidas y representa el tratado más exhaustivo y universalmente aceptado con respecto a los derechos de las niñas y niños. Este documento garantiza una variedad extensa de derechos fundamentales para las y los niños, que comprenden el derecho a vivir, recibir atención médica, acceder a la educación, disfrutar de juegos y estar protegidos frente a cualquier forma de violencia o explotación, entre otros. Además, la CRC promueve principios generales como el interés superior del niño, su derecho a participar y ser escuchado en asuntos que les conciernen (UNICEF, 2024).

La gran mayoría de los países del mundo han ratificado la Convención, comprometiéndose a garantizar, salvaguardar y defender los derechos de los niños según lo establecido en el documento. Los países que son parte de la CDN tienen como responsabilidad de implementar acciones para implementar sus disposiciones en sus respectivos países. Esto abarca la creación de políticas públicas y normativas diseñadas para proteger los derechos de los niños, así como para procurar asignar recursos necesarios para la efectividad de estas medidas. La implementación efectiva requiere un compromiso continuo para garantizar que los derechos reconocidos en la CDN sean plenamente respetados y promovidos. Perú fue uno de los primeros países en formalizar su ratificación en 1990 (MIMP, 2020).

1.3. Arquitectura del problema

1.3.1. La magnitud del problema en el Perú

Los casos de LC y Camila, descritos anteriormente, ejemplifican de manera concreta las barreras que existen en el Perú en cuanto a la asistencia integral de las menores que solicitan la terminación médica de la gestación en situaciones de agresión sexual. En ambas situaciones, se negó la oportunidad de optar por la interrupción médica del

embarazo. Como resultado de ello, el Estado peruano ha sido exhortado por las Naciones Unidas a legalizar la interrupción del embarazo infantil y a proporcionar a las menores de edad embarazadas atención médica de calidad que responda a sus necesidades particulares, sobre todo cuando se trata de situaciones de violación. No obstante, el Estado no ha cumplido con implementar estas recomendaciones, lo que agrava el problema público.

Tal como se detallará en las secciones siguientes, los reportes de abuso sexual contra menores de 17 años atendidas de los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y de los de partos en menores de 14 años de los Registros del Certificado de Nacido Vivo (CNV) del MINSA, a lo largo del país entre los años 2018 y 2022, siguen en aumento.

A pesar de la inexistencia de datos específicos sobre la correlación entre menores de edad que sufren agresiones sexuales y aquellas que solicitan una interrupción médica del embarazo, o sobre las que se han visto obligadas a continuar el embarazo, es posible afirmar que una gran proporción de menores de edad que han sufrido agresiones sexuales con desenlace de una gestación, no están recibiendo atención médica oportuna que les permita ser evaluadas para poder interrumpir dicho embarazo. Al respecto, es importante destacar que la edad de permiso sexual en el Perú se establece a partir de los 14 años, por lo que se deduce que cualquier embarazo antes de esta edad se origina en una violación sexual.

Entre 2016 y 2021, el sistema de salud público peruano atendió más de 262,000 casos de mujeres con complicaciones derivadas de abortos inseguros, una cifra alarmante que refleja la gravedad del problema público que representan estos procedimientos clandestinos en el país, de estas, 14,000 corresponden a menores de edad (Cuba, 2022). Estas cifras apuntan a la existencia de una demanda insatisfecha de servicios para la terminación de la gestación en menores de edad, quienes se ven obligadas a recurrir a métodos alternativos de aborto inseguros e insalubres, añadido a la situación de abuso en la que se encuentran. Indudablemente, esto es una amenaza para su integridad física y emocional. Asimismo, se deduce que la mayoría de las pacientes que acuden a instituciones públicas en esta situación no disponen de los recursos financieros necesarios para asistir a un servicio médico privado que las pueda proveer de una mejor atención.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo (2021), en una investigación centrada en la asistencia médica completa a menores de edad debido a una agresión sexual, reveló que el 71% (50) de los EE.SS. de atención primario y el 49% (19) de los EE.SS. de atención secundario no están familiarizados con la Guía técnica actual, la cual, hasta el momento

del estudio, estuvo en vigor por más de 6 años. Esto genera aún más dificultades para el acceso de este derecho en los establecimientos de salud.

Es así como, los casos de LC y Camila y las estadísticas expuestas, ponen de relieve la importancia de abordar la violencia sexual y sus consecuencias en términos de salud reproductiva. A su vez, estos casos nos permiten examinar las condiciones actuales de los derechos de las menores de edad en el contexto peruano, así como la urgencia de reconsiderar la discusión sobre el acceso al aborto en condiciones óptimas, sin verse limitados por estigmas, ideas preconcebidas y obstáculos institucionales.

– **Violación sexual contra niñas y adolescentes en el Perú**

Según indica CLADEM (2016a), en Latinoamérica, las menores experimentan una mayor incidencia de agresiones sexuales entre los 10 y 14 años. Así mismo, se estima que, en promedio, alrededor de los 11 años de edad las niñas y adolescentes reportaron haber sido víctimas por primera vez.

El abuso sexual es una expresión de violencia extremadamente cruel y grave, causando no solo daño físico sino también dejando secuelas emocionales y psicológicas profundas en las víctimas, lo que se subraya al describirlo como un daño irreparable. Además, esta expresión de violencia significa una grave vulneración a los derechos de la niñez vigentes en el país, sino también los respaldados por la CRC suscrito por el Perú (UNICEF, 2017).

De este modo, la salud y el desarrollo de las menores se ven impactadas de una forma devastadora por las secuelas del abuso sexual. De hecho, las consecuencias son permanentes tanto a nivel de desarrollo social, como emocional y cognitivo. Estas secuelas pueden manifestarse de diversas maneras, desde el abandono escolar hasta las dificultades para acceder a empleos dignos, lo que contribuye a un ciclo de exclusión y pobreza con potencial de perpetuarse en las generaciones futuras. Adicionalmente, específicamente durante estas etapas de vida las complejidades derivadas de estos abusos, como la concepción y la terminación clandestina de la gestación debido a las carencias de servicios de salud públicos, pueden acarrear desenlaces trágicos, tales como el fallecimiento.

Según data del Programa Aurora del MIMP (2023), en Perú, se ha observado un incremento sostenido de la cantidad mujeres menores de 17 años¹ atendidas por motivo de agresión sexual entre el año 2018 (3763 casos) y 2022 de (7614 casos). Como se muestra en el Gráfico N°1, las cifras se han duplicado en estos cuatro años.

¹ Lamentablemente el Programa Aurora no hace un corte etario desde los 14 años en sus reportes, lo cual sería importante al ser el umbral del consentimiento sexual.

Del periodo analizado, se observó que el año 2022 marcó el punto más alto en la cantidad de casos de agresiones sexuales recibidos por el CEM, registrándose aproximadamente 11 630 casos, en los que 69.6 % (8100 casos) involucraron a menores de edad. De este grupo, 7614 casos tenían como víctimas a mujeres menores de edad. En otras palabras, durante este mismo año, se registraron en promedio 22 casos de violencia sexual contra menores de edad cada día, de las cuales, la gran mayoría, menores mujeres. A su vez, resulta preocupante que, en el 74 % de estos casos, el agresor resultara ser un familiar, o una persona muy cercana de su entorno social o escolar (UNICEF, 2023, 2 de noviembre).

Gráfico N°1.- Cantidad atenciones por violencia sexual a menores de entre 0-17 años registradas en el CEM entre los años 2018 y 2022



Fuente: Programa Aurora del MIMP

Elaboración propia

Además, según el informe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2022) sobre embarazo y maternidad adolescente, en Perú, se registran cuatro nacimientos diarios por parte de menores de entre 10 y 14 años gestantes como consecuencia de vulneraciones sexuales. Estas cifras ponen en relieve la relación entre el crecimiento de la cantidad de menores de este rango de edad que se han vuelto madres y el incremento de incidentes de violencia sexual contra menores mujeres. Como ya se ha mencionado anteriormente, se reconoce el consentimiento sexual a partir de los 14 años, por ende, se entiende que todo embarazo antes de esa edad es resultado de agresiones sexuales.

– Embarazo Infantil Forzado en el Perú

Entre 2007 y 2017, se ha producido un aumento significativo en la tasa de maternidad temprana en Perú. Los datos de los Censos de Población y Vivienda revelan que la proporción de menores de entre 12 y 14 años que ya han sido madres ha aumentado de

5,2 a 6,5 por cada 1000 niñas en ese grupo de edad (UNFPA, 2022). Las causas de este fenómeno son multifactoriales, incluyendo aspectos socioeconómicos, culturales, educativos y de acceso a salud sexual y reproductiva.

Por otro lado, datos del MINSA (2023), revelan un panorama alarmante según se muestra en el Gráfico N°2. Entre el 2018 y el 2022, se ha incrementado significativamente la cantidad de menores de 14 años con hijos nacidos vivos. Estos registros pasaron de 1417 nacimientos en 2018, a 1624 nacimientos en 2022, lo cual representa un incremento de casi el 15% en solo cuatro años. Cabe destacar que, incluso durante el 2020, durante el período de la pandemia de COVID-19, tuvieron lugar 22 nacimientos en menores con menos de 10 años. Este número marca el máximo registrado en tiempos recientes.

Gráfico N°2.- Cantidad de menores de 0 - 14 años con hijos nacidos vivos del 2018 al 2022



Fuente: CNV - MINSA

Elaboración propia

Entre 2018 y 2021, cinco regiones de Perú concentraron la mayor incidencia de nacimientos provenientes de madres menores de 15 años: Loreto (870 casos), Lima (861 casos), Ucayali (637 casos), San Martín (439 casos) y Cajamarca (323 casos) (CNV, 2023). Por su parte, según lo planteado por UNFPA (2022), las adolescentes pertenecientes a los quintiles de menor poder adquisitivo presentan una tasa de fertilidad precoz ocho veces mayor. Esto significa que las adolescentes más pobres tienen una probabilidad mucho mayor de quedar embarazadas que las adolescentes de familias más privilegiadas. Dicha tendencia se acentúa en regiones como Ayacucho, Loreto o Pasco, especialmente entre las menores de entre 10 y 14 años. Es decir, las provincias que registran tasas más elevadas de niñas y adolescentes que son madres suelen caracterizarse por presentar niveles superiores de pobreza y de carencias en cuanto a necesidades básicas.

– **Impacto físico y mental de la gestación como resultado de agresión sexual en la niñez y adolescencia**

En primera instancia, es importante señalar que, según indica la CEDAW (2017), forzar a las personas con capacidad de gestar a llevar a terminar una gestación que se desea y no terminarlo contra su voluntad, podría considerarse un acto de tortura. Siendo así, las consecuencias físicas y mentales del embarazo en niñas y adolescentes peruanas producto de agresiones sexuales son profundas y devastadoras. Estas menores enfrentan graves secuelas psicológicas como depresión, ansiedad y estrés postraumático. Además, el hecho que de muchas de ellas no puedan acceder al aborto terapéutico debido a barreras legales y administrativas, agrava su situación emocional y de salud (González, 2019).

La concepción en etapas de niñez y adolescencia conlleva una influencia notable en su integridad física, emocional y en diversos aspectos de sus vidas, incluyendo lo social, económico y cultural. Dado que esta investigación se enfoca en las barreras que existen para acceder al procedimiento de terminación médica de la gestación en niñas y adolescentes en menores de 14 años que están embarazadas como resultado de una agresión sexual, nos enfocaremos específicamente en las repercusiones que esta situación tiene en su integridad física y psíquica. Esto se debe a que la falta de comprensión de estos aspectos dificulta, en gran medida, el acceso a este procedimiento.

Según una investigación del Ministerio de Salud de Argentina (2016), en naciones de bajos y medianos ingresos como Perú, tienen un riesgo de mortalidad durante el parto que es el doble que el de las mujeres de edad más avanzada. Asimismo, un estudio de Planned Parenthood Federation of America (2016), llevado a cabo en Perú, Guatemala, Ecuador y Nicaragua, analizó las repercusiones en la salud al obligar a menores de 9 a 14 años a tener hijos. Se encontró que muchas menores enfrentaron complicaciones durante su período de gestación, como infecciones en el sistema urinario y reproductor, anemia, náuseas, entre otros. Sumado a ello, el estudio da cuenta de la existencia de múltiples casos en los que se evidenciaron situaciones aún más graves para su salud, como partos prematuros, ruptura de membranas, eclampsia y preeclampsia.

Con respecto a la salud mental, se ha verificado que existen graves consecuencias a nivel mental, emocional y afectivas, tales como una propensión a quitarse la vida y la prevalencia elevada de trastornos depresivos; también, se han encontrado consecuencias sociales, como su habilidad para formar conexiones significativas y desempeñar el papel de madre (OPS & OMS, 2010).

En el Perú, hay evidencia de que existe un grupo considerable de menores de edad es estado de gestación que se han quitado la vida. Tal como indica el MINSA (citado en

Salazar & Diaz, 2022), este constituyó el principal factor de mortalidad en las mujeres embarazadas menores de edad, entre los años 2016 y 2019, excluyendo las complicaciones obstétricas conocidas como "muertes maternas indirectas".

– **Barreras para la interrupción médica del embarazo**

Las barreras para la terminación médica de la gestación incluyen restricciones legales severas que limitan el acceso a servicios seguros, obligando a muchas mujeres a recurrir a métodos inseguros. Incluso donde el aborto es legal, el acceso puede verse dificultado por la falta de proveedores capacitados y de instalaciones adecuadas, especialmente en áreas rurales y con sistemas de salud deficientes. El estigma social y las creencias culturales también juegan un papel importante, ya que pueden desalentar a las mujeres a buscar servicios debido al temor de ser juzgadas. Además, las barreras económicas, como los altos costos de los procedimientos y los gastos adicionales relacionados, pueden hacer que el acceso al aborto seguro sea inalcanzable para muchas mujeres, particularmente en regiones empobrecidas (Singh, Remez, Sedgh, Kwok, & Onda, 2018).

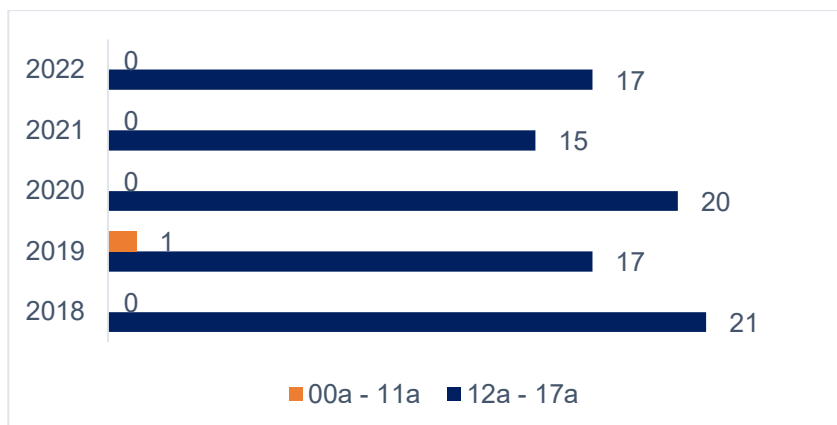
Estas limitaciones en la disponibilidad de servicios de terminación médica de la gestación se traducen en obstáculos para las personas con capacidad de gestar, incluidas las niñas y adolescentes. Situación que se agrava si la concepción se trata del resultado de agresiones sexuales. De esta forma, cuando las mujeres enfrentan dificultades para obtener la atención necesaria, se ven expuestas a graves riesgos para su bienestar. La ausencia de servicios médicos seguros y oportunos aumenta la probabilidad de complicaciones físicas y psicológicas, así como de efectos a largo plazo en su calidad de vida.

En el caso de L.C., el rechazo a su solicitud de terminación de la gestación pese a sus graves lesiones y el riesgo que conllevó para su integridad física y psíquica, evidencia las falencias de la red de salud pública, así como las dificultades para la comprensión de las circunstancias complejas de la concepción como resultado de violencia. Por su lado, la experiencia vivida por Camila refleja una problemática similar. A pesar de su angustia y repetidos deseos de interrumpir el embarazo, no fue informada adecuadamente sobre la posibilidad que tenía de dar por terminada su gestación de acuerdo a ley. Esto señala la falta de políticas efectivas para garantizar de la interrupción médica del embarazo, sobre todo con relación al conocimiento y existencia de la misma.

Asimismo, según información de acceso público solicitada al MINSA (2023, 22 de junio), durante el período comprendido entre 2018 y 2022, se registró solo una intervención médica para la terminación médica de la gestación en una niña de entre 0 y 11 años. Mientras que, en el rango de 12 a 17 años, se reportan 90 abortos terapéuticos, tal como se muestra en el Gráfico N°3. En contraste, según reporta el CNV (2023), durante ese

lapso, se registraron 44 casos de maternidad en niñas menores de 10 años y 6914 casos en niñas mayores de 11, pero menores de 14 años. Esta situación evidencia una discrepancia alarmante entre la disponibilidad de servicios públicos para la terminación de la gestación y la incidencia de embarazos infantiles en Perú.

Gráfico N°3.- Cantidad de abortos terapéuticos realizados en diferentes EESS a nivel nacional entre el 2018 y 2022



Fuente: MINSA (2023, 22 de junio)

Elaboración propia

La situación descrita no solo implica una negativa al derecho a la autodeterminación corporal, además también evidencia los impedimentos que enfrentan las niñas en tales circunstancias para obtener la terminación médica de la gestación como un servicio público accesible. Al respecto, la intervención de las Naciones Unidas y sus recomendaciones al Estado peruano resaltan la necesidad urgente de reformas integrales tanto en la estructura sanitaria como en las leyes vigentes. Estas reformas deben garantizar, no solo el acceso a la terminación legal de la gestación, sino también atención psicológica y apoyo integral para esta población, con el objetivo de salvaguardar y proteger sus derechos humanos básicos.

1.3.2. Proceso de atención a niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual

- **Proceso de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual según el Protocolo de actuación conjunta**

En el año 2019, el gobierno peruano creó el Protocolo de actuación conjunta mediante el Decreto Supremo N.º 008-2019-SA, con el objetivo de establecer lineamientos claros para la colaboración y coordinación entre ambas instituciones en la provisión de los servicios para la atención de víctimas e integrantes del grupo familiar que sufren violencia.

Tabla N°1.- Disposiciones que debe cumplir personal del CEM y EESS para atender víctimas de violación sexual

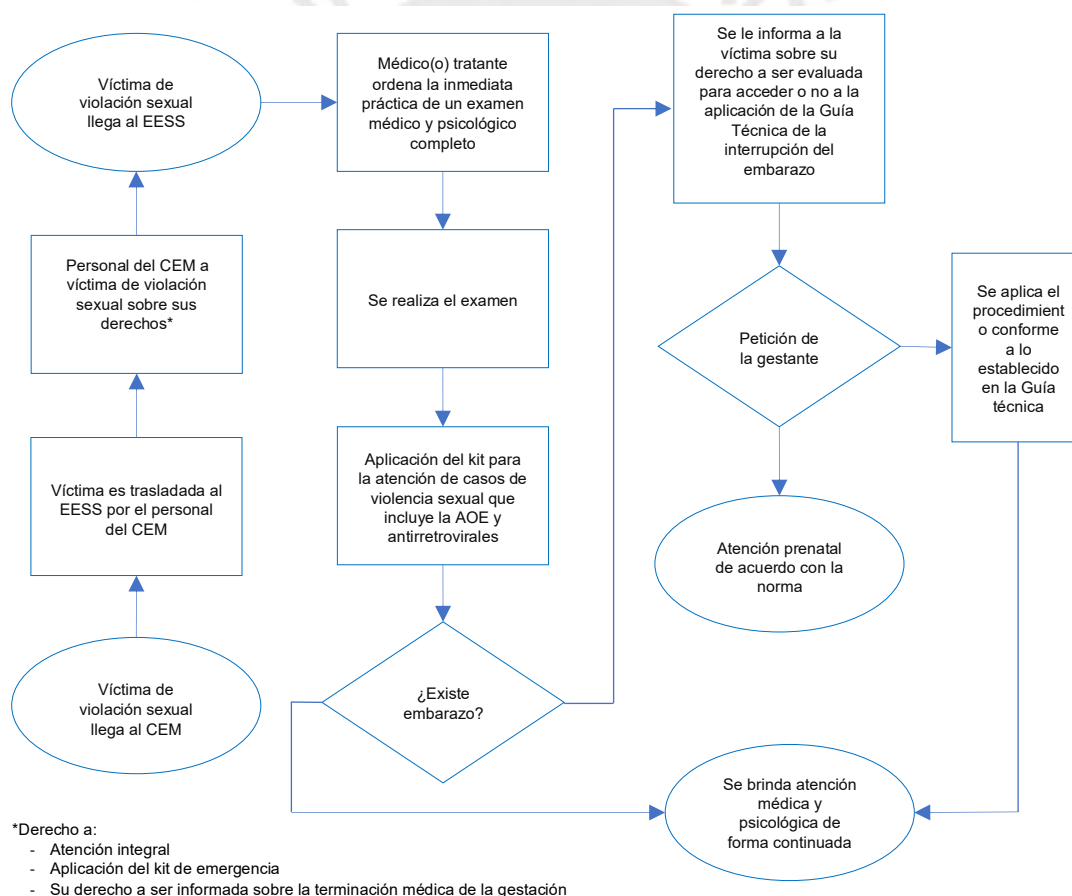
Personal CEM	Personal EESS
<p>1. El personal del Centro de Emergencias (CEM) coordina el traslado de la persona afectada por violación sexual al Instituto de Medicina Legal o al EESS correspondiente para realizar las evaluaciones médicas y psicológicas correspondientes. Se permite la presencia de alguien de confianza durante este proceso.</p> <p>2. Se le comunica sus derechos, que incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Atención médica integral. – Provisión del kit de emergencia. – En situaciones de concepción como resultado de la agresión, la evaluación completa para que se evalúe la posibilidad de tener acceso a la terminación de la gestación de acuerdo a ley. <p>3. Se garantiza el adecuado referimiento al EESS para la identificación de enfermedades de transmisión sexual</p>	<p>1. Al detectar la concepción, el EESS deben instruir a la persona afectada sobre el derecho que le asiste a recibir una evaluación completa, considerando tanto su salud física como mental. Esta valoración definirá si el embarazo representa un peligro para su bienestar u ocasionar daños de por vida, siguiendo las pautas establecidas en la Guía técnica.</p> <p>2. Se requiere llevar a cabo un registro detallado de todos los hallazgos en la historia clínica de la persona afectada para conservar adecuadamente las pruebas relevantes.</p> <p>3. Se debe suministrar a las personas afectadas por agresión sexual, el kit de emergencia correspondiente conteniendo los métodos anticonceptivos de emergencia, antirretrovirales y los exámenes necesarios.</p> <p>4. El EESS debe proporcionar cuidado médico y apoyo emocional constante la persona afectada.</p> <p>5. El proceso de examen médico y psicológico debe realizarse de manera que evite procedimientos invasivos y cualquier acción que pueda revictimizar a la persona afectada, adaptándose al tipo de violencia denunciada y respetando su integridad y dignidad.</p>

Fuente: MINSA (2019)

Elaboración propia

Específicamente en situaciones de agresión sexual, esta normativa establece directrices tanto para el personal del CEM como para el personal de los EESS. Cuando una víctima de violencia sexual se presenta en el CEM, se la traslada de manera oportuna al EESS correspondiente para someterla a un examen médico y psicológico exhaustivo. Además, se le informa sobre el derecho que le asiste a obtener el conjunto de suministros de emergencia, o kit de emergencia, el cual contiene medicamentos de contracepción de urgencia, pruebas para embarazo y enfermedades de transmisión sexual, así como antirretrovirales. Si la agresión tiene como consecuencia un embarazo, ya sea que la víctima acuda primero al CEM o al EESS, se le informa sobre su derecho a una evaluación integral para determinar si su vida está en peligro o si enfrenta un daño grave o permanente para su salud.

Figura N°1.- Diagrama de flujo de la atención a víctimas de violencia sexual según el Protocolo de actuación conjunta



*Fuente: MINSA (2019)
Elaboración propia*

Aunque este protocolo representa un avance en cuanto a la provisión de servicios para las personas violentadas, no cuenta con un enfoque especializado de atención a menores

de edad. Específicamente, no incorpora criterios de atención o evaluación integral adaptados específicamente para niñas y adolescentes, tomando en cuenta sus necesidades particulares. En la práctica, los casos LC y Camila han probado que esta ausencia es perjudicial para dicha población, ya que niñas y adolescentes tienen experiencias y requerimientos específicos que deben abordarse de manera adecuada dentro de cualquier protocolo o política de atención, más aún en situación de violencia sexual.

– **Proceso de atención a la gestante según la Guía técnica**

En el Perú, el aborto médico o terapéutico, no está penado en situaciones que la vida o el bienestar completo de la madre están en peligro debido a complicaciones médicas derivadas del embarazo. En ese sentido, la Guía técnica proporciona orientación sobre cómo determinar si una interrupción del embarazo es médicamente necesaria y cómo llevar a cabo el procedimiento.

De esta forma, tal Guía, se trata de un documento oficial que detalla los protocolos a seguir para atender a mujeres, cuan en pleno ejercicio de derechos, solicitan de manera voluntaria, dar por terminada la gestación a razón de motivos terapéuticos. La Guía técnica proporciona directrices para el personal médico y de salud sobre cómo proceder en 11 casos específicos de circunstancias donde el embarazo de la madre, pone en peligro su bienestar. Del mismo modo, establece los criterios y pasos para evaluar a la paciente, con el propósito de asegurar la autorización debidamente informada, y sobre cómo realizar el procedimiento en conformidad con la ley peruana.

Sin embargo, el Protocolo no asegura de forma adecuada la terminación de la gestación cuando se solicita, mucho menos en menores de edad cuya concepción es resultado de una agresión. Esto porque la Guía no refleja plenamente el espíritu del código penal, cuyo propósito es asegurar el bienestar de la gestante frente a la posibilidad de afectaciones significativas e irreversibles en su salud. Este problema se ha evidenciado en experiencias como las de LC y Camila, quienes enfrentaron demoras en la evaluación de su condición y, posteriormente, les fue negado el acceso al procedimiento por una junta médica que argumentó que podían continuar con sus embarazos.

En este sentido, Marta Rondón (citado en PROMSEX, 2015, 2 de octubre) destaca a las juntas médicas como una barrera significativa. Según señala, no es realmente necesario contar con la opinión de tres personas, aunque sean especialistas. Considera que someter el caso de una mujer ante un comité implica que sean ellos quienes tomen la decisión, en lugar de la afectada, respecto a las consecuencias que podría asumir está dispuesta a asumir en relación con su salud.

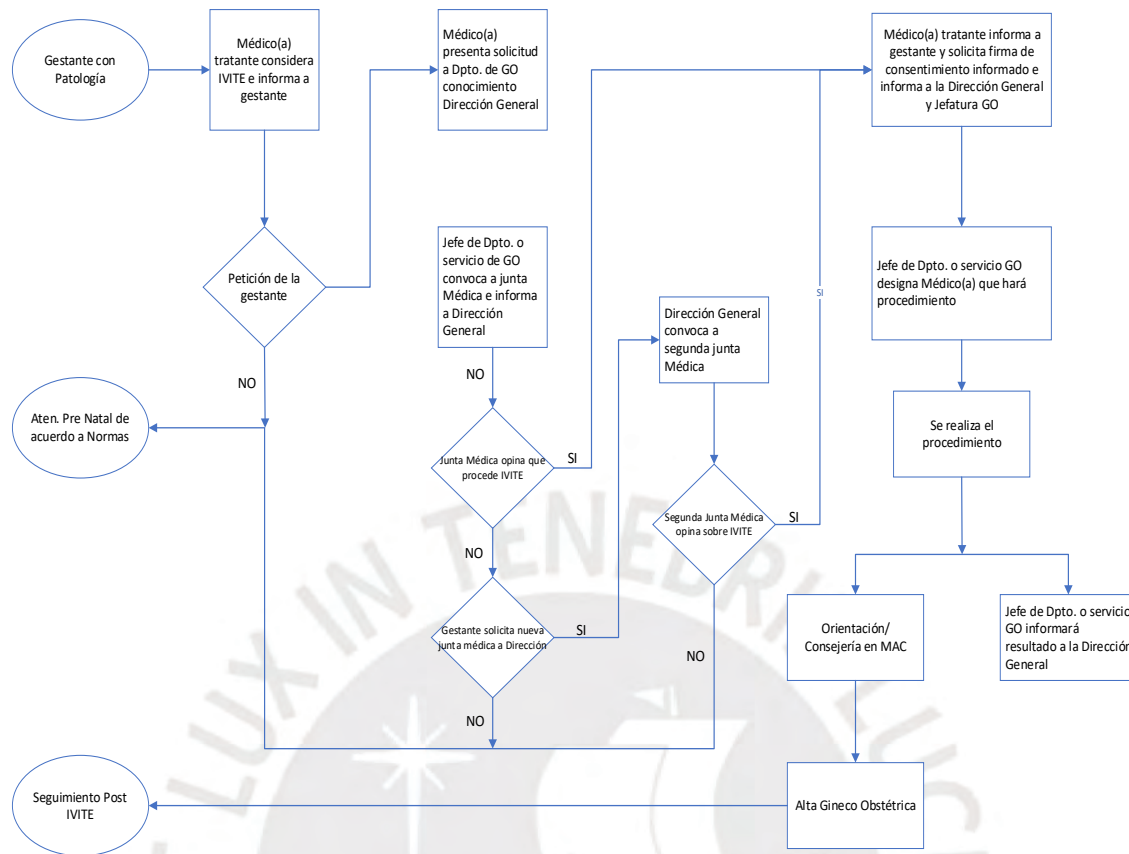
De acuerdo con la Guía, después de que se solicite una evaluación médica, se debe convocar a Junta Médica dentro de un lapso no superior a seis días. Si se concluye que la interrupción terapéutica de la gestación no es aconsejable, la mujer embarazada puede pedir al máximo representante del centro médico que se constituya a nueva Junta Médica con otros especialistas. Esta segunda revisión debe efectuarse en un lapso no mayor a 48 horas. Sin embargo, diversos casos han demostrado que, en primera instancia, se dilata su constitución. Del mismo modo, tras un nuevo petitorio, el escenario es aún peor.

En el caso de Camila, su solicitud para interrumpir la gestación por motivos de riesgo para su salud y vida fue sometida a un proceso burocrático extenso e innecesario. La máxima instancia del nosocomio no tomó una decisión inmediata, sino que remitió la solicitud a otros departamentos: primero al departamento jurídico y luego al responsable del área de servicio de atención materna. Este último, en lugar de evaluar directamente la situación de Camila, solicitó una evaluación adicional, retrasando aún más la resolución del caso. Aunque el nosocomio contaba con los medios para comunicarse con Camila, nunca se le notificó la resolución que diera contestación a su pedido. (CRC, 2021).

En el caso de LC, la junta médica se negó a autorizar la intervención que permitiera la terminación de la gestación, pese a que era un requisito previo para realizar una cirugía mayor que podría haber prevenido el empeoramiento de su estado y la invalidez. Además, se le dio una respuesta 42 días después de presentada la solicitud desestimando su solicitud al determinar que considerar que su salud no corría peligro inminente.

Asimismo, la falta de información desde la parte usuaria y del personal médico resultan, a menudo, en que sean derivadas a atención prenatal tratando su embarazo infantil como si fuera una situación normal. Esto pone en relieve la ausencia de una perspectiva centrada en la infancia en la Guía técnica, ya que, como se muestra en la Figura N°1, no se incluyen criterios de atención o evaluación integral adaptados específicamente para niñas y adolescentes, quienes presentan necesidades específicas.

Figura N°2.- Diagrama de flujo de la atención completa de mujeres embarazadas según la Guía técnica



Fuente: MINSA (2014)

Por otro lado, existe una aparente contradicción entre el Código Penal y las once causales legales de la Guía técnica para la interrupción del embarazo en lo que respecta al concepto de bienestar de la mujer en situación de gestación. Si bien se autoriza la interrupción del embarazo cuando se realiza para prevenir afectaciones en el bienestar de las mujeres, entendiendo que esta referencia engloba tanto la salud mental como la física, las causales de la Guía técnica se enfocan principalmente en las amenazas a la salud en el plano físico.

1.3.3. Partes en el proceso de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual

La provisión completa de cuidados a menores de edad que han sufrido agresión sexual con resultado de gestación, demanda la colaboración concertada de diferentes partes interesadas para asegurar que reciban atención médica completa. En este contexto, intervienen las propias víctimas, sus familiares o representantes legales, personal de los EESS y de los CEM, autoridades gubernamentales, entre otras. Cada parte requiere la participación activa y coordinada para garantizar que las víctimas reciban una atención

completa y adecuada a sus necesidades. A continuación, se describen a cada una de estas partes:

- *Víctimas de agresión sexual menores de 14 años.* Se refiere a las menores que viven una situación de concepción como resultado de dicha violación. Son los principales sujetos de atención en este contexto.
- *Familia y/o representantes legales de las víctimas.* Pueden ser padres, madres, tutores u otros representantes legales de las menores vulneradas.
- *Personal de los EESS.* Incluye profesionales médicos, psicólogos, enfermeras y otros especialistas de atención materna, quienes juntos conforman la Junta médica. Estos profesionales son fundamentales para brindar el apoyo necesario y realizar evaluaciones médicas y psicológicas.
- *Personal de los Centros CEM.* Este personal incluye psicólogos, trabajadores sociales, abogados y otros profesionales capacitados con el objetivo de proveer atención especializada a las personas afectadas por las diversas expresiones de violencia.
- *Autoridades gubernamentales.* Engloba entidades estatales a nivel nacional y regional que están implicadas en la atención de la interrupción legal del embarazo debido a agresión sexual.

1.3.4. Características socioculturales y políticas alrededor de la interrupción médica del embarazo

Antes de la aprobación de la Guía técnica en el año 2014, varios EESS se negaban a realizarlo, principalmente debido a interpretaciones restrictivas sobre la gravedad de las amenazas al bienestar de la mujer embarazada, o por la falta de directrices claras que definieran la ruta de la intervención.

Sin embargo, esta aprobación no ha tenido un impacto significativo dentro del sistema de salud. La situación apenas ha mejorado y la implementación real sigue siendo cuestionable. Según la Defensoría del Pueblo (2021), solo el 29% de los 70 EESS del nivel primario de atención supervisados conocen la Guía técnica. Del mismo modo, solo el 51 % de los 39 EESS del segundo nivel supervisados conocían y proporcionaban información sobre el protocolo, mientras que el 39 % afirmaba no aplicar dicho procedimiento. Incluso, un establecimiento argumentó que la interrupción médica del embarazo no está legalizada en el Perú. Esto resalta la escasa familiaridad del personal médico con la normativa.

Además, a la fecha, se siguen tomando medidas legislativas que buscan restringir el acceso a la terminación médica de la gestación. El ala más conservadora del Congreso

se ha planteado equiparar los derechos de un óvulo recién fecundado con los de una persona gestante mediante la aprobación de proyectos de ley que reconocen los derechos del concebido, que en principio ya estaban parcialmente establecidos. Dichas medidas, si bien no tienen interferencia legal directa en la normativa que regula la aplicación de la Guía técnica, podría generar confusión en la ciudadanía y abrirle paso a obstáculos adicionales para acceder al procedimiento, particularmente en mujeres, cuyas circunstancias socioeconómicas, no les son favorables.

1.4. Marco institucional y normativo relacionado con el problema

Marco normativo nacional

Tabla N°2.- Marco normativo nacional

N.º	Normativa nacional	Descripción
a)	Constitución Política del Perú de 1993	La Constitución Política del Perú de 1993 es el marco jurídico supremo del país. En su artículo 2, inciso 1, establece el derecho a la vida, lo cual incluye la protección de la salud y la vida de las mujeres gestantes. Este marco constitucional puede interpretarse en apoyo al acceso a la interrupción médica del embarazo en casos de violación sexual, como una medida para proteger la salud y el bienestar de las menores de 14 años.
b)	Código de los Niños y Adolescentes	El Código de los Niños y Adolescentes en Perú protege los derechos fundamentales de los menores, enfatizando su derecho a la integridad física, mental y moral. Este código subraya la necesidad de proporcionar atención especial a las víctimas de abuso sexual, asegurando que sus derechos sean plenamente respetados y que reciban la atención médica adecuada, lo cual incluye la posibilidad de la interrupción del embarazo cuando sea necesario
c)	Guía Técnica Nacional (Resolución Ministerial N.º 486-2014-MINSA)	La Guía Técnica Nacional establece procedimientos para la atención integral de la gestante, específicamente para la interrupción voluntaria del embarazo por indicación terapéutica antes de las 22

		semanas. Esta guía es crucial para comprender las barreras legales y administrativas que dificultan el acceso a la interrupción médica del embarazo para menores de 14 años, ya que detalla los criterios y procedimientos que deben seguirse para garantizar el cumplimiento de la ley.
d)	Norma Técnica de Salud sobre Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente (Resolución Ministerial N.º 007-2017-MINSA)	Esta norma técnica especifica la atención integral y diferenciada que debe recibir la gestante adolescente, enfocándose en la protección de su salud física y mental. Proporciona lineamientos para garantizar que las adolescentes embarazadas, especialmente aquellas víctimas de violación reciban un tratamiento adecuado y puedan acceder a servicios de salud que consideren sus circunstancias específicas.
e)	Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de la Salud en la Etapa de Vida Adolescente (Norma Técnica N.º 157-MINSA/2019/DIGIESP, Resolución Ministerial N.º 1001-2019/MINSA)	Esta norma técnica establece un marco para la atención integral de la salud de los adolescentes, incluyendo la atención en casos de embarazo producto de violación. Proporciona directrices para asegurar que los adolescentes reciban un cuidado integral que incluya la posibilidad de interrumpir el embarazo de manera segura y legal.
f)	Protocolo de Actuación Conjunta del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (Decreto Supremo N.º 008-2019-SA)	Este protocolo establece procedimientos de coordinación entre el Centro de Emergencia Mujer y los establecimientos de salud para la atención de víctimas de violencia sexual. Detalla las responsabilidades de cada entidad para asegurar una respuesta integral y oportuna, incluyendo el acceso a la interrupción médica del embarazo cuando sea necesario para proteger la salud física y mental de las menores.

Elaboración propia

Marco normativo internacional

Tabla N°3.- Marco normativo internacional

N.º	Normativa internacional	Descripción
a)	La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)	La CEDAW es un tratado internacional que busca eliminar todas las formas de discriminación contra las mujeres, asegurando la igualdad de derechos y oportunidades en todos los aspectos de la vida. En su Recomendación General N.º 19, la CEDAW reconoce que la violencia contra la mujer, incluida la violencia sexual, es una forma de discriminación que impide gravemente el disfrute de los derechos y libertades de las mujeres. Además, en su Recomendación General N.º 35, señala que forzar a mujeres y niñas a llevar a término un embarazo no deseado puede constituir una forma de tortura. Estos principios son fundamentales para entender el problema del acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo en menores de 14 años, ya que destacan la obligación de los Estados de garantizar servicios de salud reproductiva adecuados.
b)	La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)	La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) es un tratado internacional que establece una amplia gama de derechos para los niños y niñas, garantizando su protección y bienestar en todas las circunstancias. Entre sus disposiciones, la CDN subraya el derecho de los menores a recibir atención médica adecuada y a ser protegidos contra cualquier forma de explotación y abuso (artículos 24 y 34). Estos elementos son cruciales para abordar el problema del acceso limitado a la interrupción médica del embarazo en menores de 14 años víctimas de violación, ya que enfatizan la necesidad de proteger la salud física y mental de las niñas, así como su derecho a vivir libres de violencia y abuso.

Elaboración propia

CAPITULO II: CAUSAS DEL PROBLEMA

2.1. Marco teórico sobre las causas del problema

Los factores causales que inciden en el reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo en menores de 14 años como resultado de violación sexual son múltiples y complejos, y abarcan distintas dimensiones. Ramírez (2022) identifica las barreras estructurales relacionadas con la precariedad del sistema de salud en general, no exclusivamente con el servicio de aborto terapéutico. Además, señala a las barreras sociales y culturales, que incluyen la falta de pertinencia cultural en la atención y el estigma asociado al aborto; y a las barreras políticas y legales, las cuales están vinculadas a un marco normativo restrictivo que regula la interrupción médica del aborto. A su vez, estas barreras están interrelacionadas y se influyen mutuamente.

De otro lado, dentro de las barreras estructurales también se destaca el subregistro de abortos terapéuticos y la falta inicial de una guía técnica específica. A pesar de que el aborto terapéutico es legal desde 1924, no fue hasta el 2014 que aprobó su protocolo. Otro factor relevante es la falta de conocimiento de las mujeres sobre su derecho a solicitar un aborto por razones de salud, lo cual refleja otra barrera relacionada con la falta de información y conciencia que impide que las mujeres ejerzan su derecho. Además, existe resistencia por parte de los profesionales de salud para brindar estos servicios, constituyendo una tercera barrera que afecta la disponibilidad y la calidad de la atención (Távora, et al. 2016).

De esta forma, en la presente investigación nos enfocaremos en abordar las causas normativas y administrativas, así como las causas socioculturales y políticas debido a la naturaleza multidimensional y profundamente interconectada de las barreras que impiden el acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo en menores de 14 años como resultado de violación sexual.

Las causas normativas y administrativas son importantes porque el marco legal y las políticas de salud determinan directamente la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud, incluidos los que tienen que ver con la terminación médica del embarazo. Un enfoque en estas causas permitirá identificar y proponer mejoras en la normativa y en los procesos administrativos, facilitando un acceso más efectivo a este servicio.

De otro lado, las causas socioculturales son esenciales de abordar porque las actitudes y creencias sociales influyen significativamente en la percepción y aceptación del aborto, especialmente en casos de violación sexual. El estigma asociado a la terminación del

embarazo y la falta de pertinencia cultural en la atención de salud crean un entorno hostil y poco acogedor para las menores que necesitan estos servicios.

Finalmente, las causas políticas también juegan un papel central. Las decisiones políticas y las prioridades gubernamentales impactan en la asignación de recursos y en la implementación de programas de salud reproductiva. Un análisis de estas causas permite entender las limitaciones políticas que perpetúan las barreras al acceso y buscar formas de influir en las políticas públicas para que sean más inclusivas y efectivas en la protección de los derechos reproductivos de las menores de 14 años.

2.2. Causas del problema

2.2.1. Causas normativas

- **Falta de mecanismos para abordar de manera específica e integral la violencia sexual contra niñas y adolescentes en casos violación sexual con resultado de embarazo**

En Perú, no existen protocolos y normativas específicas que incluyan procedimientos integrales y multidisciplinarios para la atención de menores víctimas de agresión sexual que hayan resultado en un embarazo infantil (CLADEM, 2016b). Esta omisión es crítica porque deja las víctimas en una situación de vulnerabilidad extrema, sin un marco claro que garantice su protección y atención adecuada. Sin protocolos específicos, los servicios de salud, justicia y apoyo social no pueden coordinarse eficazmente, lo que resulta en una atención fragmentada y a menudo insuficiente para las necesidades complejas de las menores afectadas.

Actualmente, en Perú existe el Protocolo de actuación conjunta como mecanismo para abordar la violencia dirigida hacia mujeres y miembros de la familia. Este mecanismo está diseñado para brindar atención coordinada entre los EESS y los CEM en situaciones de violencia, contemplando disposiciones específicas para el personal de cada instancia (tal como se detalla en el apartado 1.3.6.). Entre estas disposiciones está considerada la provisión de información relacionada a la posibilidad de ser evaluada para obtener la terminación médica de la gestación de acuerdo a ley.

No obstante, aunque este protocolo representa un avance importante, no aborda completamente el desafío que conlleva la problemática de la agresión sexual dirigida a menores de edad, ni ofrece lineamientos claros para situaciones en las que esta violencia resulta en embarazo. Esto genera una barrera adicional en el proceso para obtener la terminación médica de la gestación.

En este contexto, es crucial destacar la importancia crucial de los EESS y los CEM como los primeros puntos a los que acuden las personas vulneradas sexualmente. No obstante, la ausencia de protocolos claros y específicos para abordar estas situaciones en menores de edad constituye un serio obstáculo porque limita la capacidad de estos centros para proporcionar una atención adecuada y coordinada, impidiendo que las menores reciban el apoyo y la intervención oportuna que necesitan para enfrentar las consecuencias de la violencia sexual y el embarazo forzado.

– **Falta de enfoque especializado de atención a niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual en la Guía técnica**

En la sentencia del caso Camila, la CRC (2021) recomendó al Estado peruano modificar la Guía técnica, para contemplar de manera específica su aplicación en niñas, y garantizar una consideración adecuada que contemple el grave peligro que representa la gestación en edades tempranas. El plazo de 180 días para la implementación de esta y otras recomendaciones venció el pasado en diciembre del 2023 sin respuesta alguna. Sobre la inexistencia de este enfoque especializado, Hugo González, delegado del UNFPA para Perú, señala:

Que no haya protocolos para las niñas es porque, éticamente hablando, no deberían existir embarazos en niñas de 11, 12 o 13 años. Las normativas estaban pensadas para lo que normalmente debería ser una mujer que decide embarazarse por decisión propia. En ese caso, entra en la atención normal de los servicios de salud, para lo cual existen protocolos y guías establecidos. (...) No solo es el caso de Perú, sino que también hay otros países que aún carecen de protocolos especializados para niñas, pero tienen una justificación que tiene que ver con la dimensión ética del fenómeno (González, *comunicación personal*, 7 febrero de 2024).

Aunque el Código Penal del Perú establece el consentimiento sexual a partir de los 14 años, la existencia de casos de gestación en menores de esta edad evidencia la necesidad urgente de un enfoque especializado debido a los múltiples riesgos y consecuencias que enfrentan las menores. La gestación a edades tempranas conlleva peligros significativos para su salud física y mental, así como para su desarrollo y bienestar general (sobre este punto se profundizó en el acápite 1.3.1). Asimismo, la falta de protocolos específicos para estas situaciones puede llevar a una atención inadecuada y a la perpetuación de ciclos de vulnerabilidad y desprotección.

De otro lado, un aspecto crucial a tomar en consideración es la causal N.º11 de la Guía, la cual establece que se puede realizar la terminación médica de la gestación cuando exista cualquier otra condición médica materna que represente una amenaza para la

mujer embarazada con relación a su bienestar, siempre y cuando esté respaldada adecuadamente por la Junta Médica. Al respecto, L. Ramírez, especialista legal de Manuela Ramos, considera esta causal como una deficiencia de la Guía:

Es una guía mal elaborada. Lamentablemente, tiene una disposición muy amplia en la causal número 11, lo cual permite que, dentro de los hospitales o establecimientos de salud, sea interpretada de diversas formas y, lamentablemente, muchas veces, no de manera adecuada (Ramírez, comunicación personal, 31 enero de 2024).

Susana Chávez (citado por Gonzáles, M., 2023), quien lidera PROMSEX, señala que es indispensable evitar que las menores de edad en estado de gestación sean tratadas como un adulto en dicho contexto. Enfatiza también en que aprobar una Guía técnica con enfoque de niñez es crucial para evitar casos como los de Camila.

Por todo lo anteriormente mencionado, es esencial que políticas y directrices sanitarias relacionadas a la interrupción médica de la gestación, sean inclusivas y aborden las necesidades específicas de este grupo vulnerable. La falta de atención especializada en la Guía técnica no solo perpetúa el sufrimiento de niñas y adolescentes, sino que también va en contra de sus derechos fundamentales de recibir atención médica integral y cuidado psicológico en un momento tan crítico de sus vidas.

- **La salud mental no se considera como causal de aplicación en la Guía técnica**

Para Marta Rondón (2015) la salud integral de las personas depende en gran medida de la salud mental. De este modo, el trauma emocional es tan relevante como el riesgo físico en situaciones de violencia sexual. Además, es evidente que la concepción producto de vulneraciones sexuales, constituye un elemento importante que incrementa el riesgo de padecer depresión y otros trastornos mentales graves.

Por esta razón, la omisión de la salud mental en la Guía técnica expone a niñas y adolescentes a un mayor sufrimiento emocional al negarles la oportunidad de interrumpir un embarazo resultante de una violación. Del mismo modo, el embarazo no planificado representa una carga que desestabiliza la vida de la mujer en la medida en que interfiere con sus planes y expectativas. Además, conlleva el riesgo de perpetuar o agravar la situación de pobreza, pues afecta las oportunidades educativas y laborales, además de estar asociado con la estigmatización y la violencia.

Sin embargo, la tragedia vivida por L.C. y Camila evidencia omisiones a considerar como el reconocimiento del plano psicológico como una razón legítima para acceder a la terminación médica de la gestación cuando existe de por medio una agresión sexual.

Ambas niñas sufrieron abusos que las llevaron a embarazos traumáticos, lo que les generó angustia y un evidente deterioro de su salud mental. A pesar de la imperativa necesidad de cuidados integrales, incluyendo el aspecto psicológico, las instituciones médicas no reconocieron la urgencia ni la validez de intervenir desde la salud mental; por lo contrario, se limitaron a evaluar el riesgo desde una perspectiva exclusivamente física. Sobre este punto, la Lilia Ramírez, especialista legal del Movimiento Manuela Ramos, señala que:

Nos enfrentamos a la situación de que los psicólogos que trabajan en estos entornos hospitalarios no tienen claridad sobre los problemas de salud psicológicos que pueden surgir como consecuencia de un embarazo producto de violación sexual. Además, (las niñas) deben superar la barrera de tener una cita con un psicólogo, no para ser evaluadas y recibir apoyo en caso de estrés o riesgo de vida, sino para que los psicólogos determinen si la niña está en riesgo de quitarse la vida. Los psicólogos solo consideran a una niña en riesgo si expresa que se va a morir o que se va a matar, pero, si la niña parece tranquila y no muestra signos de querer hacerse daño, entonces, determinan que no hay riesgo y puede continuar con el embarazo (Ramírez, comunicación personal, 31 enero de 2024).

Por su parte, según Matilde Cobeñas (citado por Salazar & Díaz, 2022, 25 de setiembre), quien ocupaba el cargo de Adjunta para la Niñez en la Defensoría del Pueblo en 2022, destacó que eventos tan traumáticos pueden implicar consecuencias graves. Esto se explica en que los cuerpos de las menores no están preparados para la maternidad; de hecho, la edad en sí aumenta la probabilidad de muerte materna. Asimismo, señaló que muchas de estas víctimas experimentan intentos de suicidio, ante lo cual resaltó la importancia de considerar la salud mental en cualquier evaluación médica.

– **Falta de consideración de la opinión de la niña o adolescente y consentimiento de los progenitores o apoderados**

La Guía técnica que regula la aplicación de la interrupción médica del embarazo, para el caso de menores de edad, exige el consentimiento de uno de los padres o de un representante legal, más no la opinión de las menores. La Defensoría del Pueblo (2021), en una supervisión defensorial encontró que en el 41% de los EESS, la junta médica proporciona información a las menores. Sin embargo, este porcentaje disminuye a solo un 28% cuando se evalúa si se toma en cuenta su opinión, considerando su madurez y edad.

Ello evidencia prácticas adultocentristas por parte de los operadores de salud, al priorizar las decisiones y perspectivas de los adultos sobre las de los jóvenes. A su vez niega a

las niñas y adolescentes la autonomía sobre sus propios cuerpos y decisiones reproductivas. La imposición de decisiones por parte de los adultos puede no reflejar los deseos ni el bienestar de las menores, exacerbando el trauma ya significativo de la violación (UNICEF, 2013).

La exigencia de obtener el consentimiento de los padres o tutores puede causar retrasos críticos en el acceso al aborto. Estos adultos, que pueden no comprender plenamente el impacto físico y psicológico de un embarazo no deseado en una menor, podrían oponerse a la interrupción del embarazo. Estos retrasos pueden resultar en abortos realizados en etapas más avanzadas del embarazo, aumentando el riesgo de complicaciones médicas y poniendo en peligro la salud de las menores.

Además, esta situación contribuye a la estigmatización y al aumento del trauma emocional. Cuando las opiniones de las niñas y adolescentes no son respetadas, pueden sentirse invalidadas y desprotegidas, lo cual añade una capa adicional de trauma al impacto de la violación. La falta de apoyo adecuado y la imposición de decisiones pueden afectar negativamente su salud mental y emocional a largo plazo, perpetuando un ciclo de daño y sufrimiento.

De otro lado, la Defensoría del Pueblo (2021) evidenció que el 64% de los EESS supervisados, exige el consentimiento de ambos progenitores, cuando la norma solo requiere el consentimiento de uno de los padres o de un apoderado. Este requisito adicional no solo es innecesario según la normativa vigente, sino que también complica el proceso para las menores, especialmente en situaciones donde uno de los progenitores puede no estar disponible, no estar de acuerdo, o en casos de familias monoparentales.

La falta de consideración de la opinión de las menores y la exigencia del consentimiento de ambos progenitores o apoderados introducen barreras adicionales que retrasan o impiden el acceso oportuno a la interrupción médica del embarazo. En particular, la necesidad de obtener el consentimiento de ambos progenitores puede ocasionar retrasos críticos en la intervención. Estos retrasos pueden resultar en la realización de la terminación médica del embarazo en etapas más avanzadas, lo que incrementa el riesgo de complicaciones médicas y pone en peligro la salud física de las menores.

2.2.2. Causas administrativas

– Falta de conocimiento y capacitación del personal de salud

En el contexto de asistencia a poblaciones vulnerables, es crucial que todos los trabajadores de salud involucrados en su atención estén plenamente informados sobre las normativas y los protocolos establecidos para abordar esta situación delicada, sin embargo, esto no siempre es así. Al respecto, la Defensoría del Pueblo (2021) supervisó

109 EESS ubicados en distintas regiones como Cusco, San Martín, Piura, La Libertad, Lima, Loreto, Junín, entre otras. En el informe de esta supervisión, se destacó que el 71% (50) de los EESS de nivel I, así como el 49% (19) de nivel II, no estaban al tanto de la Guía técnica, aun cuando esta normativa llevaba más de 7 años en vigencia. Esta falta de conocimiento representa un desafío significativo para que las personas puedan ejercer sus derechos en materia de salud reproductiva. L. Ramírez confirma ello:

Existe una gran desinformación por parte de los operadores de salud sobre la Guía técnica. (...) Además, muchos también desconocen lo dispuesto por el Código Penal en relación con que el consentimiento sexual se da a partir de los 14 años y, por tanto, si una menor de entre 0 y 14 años queda en estado de gestación, se infiere que ha sido víctima de violación (Ramírez, comunicación personal, 31 enero de 2024).

Esta brecha en el conocimiento representa un obstáculo importante para la adecuada provisión de servicios y el ejercicio de derechos en materia de salud reproductiva, exponiendo a las víctimas a riesgos adicionales y limitando su acceso a la atención necesaria.

En relación con la composición de la junta médica, la Defensoría del Pueblo (2021) observó que el 44 % (17) de los EESS del nivel II que formaron parte de la supervisión, indicó que profesionales de distintas áreas como trabajo social u obstetricia participaban de la junta médica. Esto sugiere un desconocimiento sobre los requisitos para constituir una junta médica, ya que, según lo establecido en la Guía técnica, únicamente los médicos pueden formar parte de ella. La falta de comprensión de los requisitos y procedimientos establecidos en la Guía técnica no solo compromete la calidad de la atención, sino que también puede tener implicaciones legales y éticas graves

Este desconocimiento de la Guía técnica se debe, en parte, a la falta de actividades de capacitación desde su aprobación en 2014. Según información de acceso público solicitada al MINSA (2023, 26 de junio), en Lima, únicamente 196 médicos ginecólogos, residentes e internos de medicina de los principales hospitales de Lima recibieron capacitación en los nueve años de existencia de la norma. En la Tabla N°2 se aprecia la distribución de profesionales capacitados en los diferentes hospitales.

Tabla N°4.- Número de profesionales médicos de los hospitales de Lima capacitados entre el 2014 y 2023

Hospitales en Lima	Fecha de capacitación	Número de profesionales
1. Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP)	3 de agosto de 2018	46
2. Hospital Arzobispo Loayza	20 y 21 de agosto de 2018	40
3. Hospital María Auxiliadora	28 y 29 de agosto de 2018	20
4. Hospital Edgardo Rebagliati	27 de setiembre de 2018	26
5. Hospital Dos de Mayo	7, 10, y 14 de enero de 2018	39
6. Hospital Santa Rosa	4 de marzo, 2019	25
Total		196

Fuente: MINSA (2023, 26 de junio)

Por otro lado, en los principales hospitales regionales del país, donde existe mayor incidencia de casos donde el personal médico ha dado negativas no fundamentadas a las solicitudes de terminación médica de la gestación, las capacitaciones empezaron tres años después de aprobada la Guía técnica. Como se puede ver en la Tabla N°3, las capacitaciones en cada hospital se realizaron en un periodo de dos años. Así entre el año 2017 y el año 2019, se capacitaron solo un total de 250 profesionales médicos.

Tabla N°5.- Número de profesionales médicos de hospitales regionales capacitados entre el 2014 y 2023

Hospitales en Regiones	Fecha de capacitación	Número de profesionales
1. Hospital Belén de Trujillo	2017-2018	25
2. Hospital Regional de Trujillo	2017-2018	25
3. Hospital Lorena del Cusco	2017-2018	25
4. Hospital Regional del Cusco	2017-2018	25
5. Hospital El Carmen de Huancayo	2017-2018	25
6. Hospital Regional de Ica	2017-2018	25
7. Hospital Regional de Puno	2018 - 2019	25
8. Hospital regional de Iquitos	2018 - 2019	25
9. Hospital Regional de Cajamarca	2018 - 2019	25
10. Hospital Regional de Pucallpa	2018 - 2019	25
Total		250

Fuente: MINSA (2023, 26 de junio)

La información presentada pone de manifiesto la falta de implementación efectiva de la Guía desde su aprobación en 2014. La insuficiente capacitación del personal médico se evidencia en el bajo número de profesionales capacitados en un periodo de nueve años. En este contexto, el desconocimiento proveniente de los operadores de salud en relación a los procedimientos establecidos en la Guía técnica se configura como una barrera más que conduce a malas prácticas.

Esta situación tiene un impacto directo en la capacidad de las menores de edad para acceder a una atención médica integral para salvaguardar tanto su bienestar físico como mental. Del mismo modo se constituye como una vulneración de sus derechos fundamentales al negarles la oportunidad de una intervención médica de calidad que considere su bienestar integral en circunstancias de extrema fragilidad.

– **Falta de acceso a la información oportuna desde la parte usuaria**

Los casos de L.C. y Camila revelan cómo la imposibilidad de acceder de forma oportuna a información adecuada representa una barrera para la terminación médica de la gestación en menores de edad en estado de gestación como resultado de una agresión sexual. Ambas menores no fueron informadas adecuadamente sobre sus derechos en relación con la interrupción médica del embarazo, lo que les impidió tomar las decisiones informadas necesarios para interrumpir la gestación. A pesar de manifestar su deseo de no continuar con la gestación y de estar con el tiempo limitado debido al desarrollo diario de la gestación y a los plazos establecidos para la terminación de la misma (22 semanas), no se les proporcionó la información pertinente sobre sus opciones y derechos.

Las situaciones presentadas destacan cómo la falta de información precisa y oportuna desde la parte usuaria, junto con las barreras burocráticas y las dilaciones en los procesos médicos, se convierten en factores críticos que impiden que niñas y adolescentes cuenten con una atención integral. Al respecto, es preciso señalar que, la ausencia de información adecuada y la lentitud en la respuesta del sistema de salud también representan violaciones a sus derechos fundamentales debido a que se les niega la posibilidad de adoptar elecciones bien fundamentadas a cerca de su vida y futuro. La experiencia de acompañamiento a casos de víctimas que viven esta situación de la especialista L. Ramírez esboza este panorama:

Lamentablemente, la percepción del aborto como delito está arraigada en la cultura, lo que conlleva a que muchas personas desconozcan que existe el aborto terapéutico, y que, por ende, no lo soliciten. Si los médicos no informan a la familia o a la niña sobre esta opción, es poco probable que lo soliciten. Además, muchas veces las madres (de las víctimas) han experimentado un ciclo de violencia y embarazo a una edad temprana, lo

que dificulta aún más el proceso de acompañamiento a las menores (Ramírez, comunicación personal, 31 enero de 2024).

Al respecto, la perspectiva de L. Ramírez añade una dimensión cultural y social a este problema (la cual se abordará a profundidad en el acápite 2.2.3). La percepción cultural del aborto como un delito y el desconocimiento sobre la existencia del aborto terapéutico contribuyen a que las familias y las menores no soliciten esta opción cuando es necesaria. Además, las experiencias de violencia y embarazo temprano en las madres de las víctimas pueden complicar aún más el proceso de apoyo y acompañamiento, exacerbando la falta de información y el acceso limitado a servicios adecuados.

Asimismo, Amadea Huamaní Palomino (citado por Salazar & Diaz, 2022, 25 de setiembre), quien en ese momento ejercía como coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de la región Ayacucho, ejemplificó la falta de conocimiento que existe en la parte usuaria respecto al derecho que les asiste, en la experiencia de una mujer enferma de cáncer y con una gestación de por medio, quien desconocía su derecho a interrumpir su embarazo debido al mal que padecía. Esta falta de información la llevó a no buscar un tratamiento oncológico oportuno y, lamentablemente, falleció.

Así, la burocratización y las dilaciones en los procedimientos médicos representan barreras adicionales que agravan la situación. Los retrasos en la tramitación y la complejidad de los procedimientos pueden llevar a que se agoten los plazos legales para la terminación médica, dejando a las víctimas sin opciones viables y aumentando su sufrimiento (Ochoa & Salazar, 2019).

2.2.3. Causas sociales y culturales

– Barreras culturales

Las barreras culturales influyen en la formulación de normativas referidas a la atención médica, así como en la posibilidad de acceder a los mismos. La Guía técnica en particular, se ha elaborado con una perspectiva centralista que ignora la variedad de situaciones y entornos de salud en las diferentes regiones del territorio peruano (Ramírez, 2022). Ello dificulta la aplicación de la Guía técnica en contextos regionales, ya que no se consideran factores como la atención en lengua originarias, las capacidades de los establecimientos o la lejanía de ciertas zonas.

La falta de atención a las lenguas originarias y las diferencias culturales en la Guía técnica también contribuye a las barreras para acceder al aborto. En regiones donde se hablan lenguas diferentes al castellano, la ausencia de información y servicios en el idioma local puede ser un impedimento crucial. Los pacientes que no dominan el idioma oficial pueden

enfrentar dificultades para comprender sus derechos, las opciones disponibles y los procedimientos necesarios, lo que puede llevar a una falta de acceso efectivo a los servicios.

Además, un problema fundamental que afecta a las mujeres en general incluyendo a las menores de edad, es la escasez de servicios sanitarios áreas rurales. Ellas enfrentan obstáculos adicionales debido a las distancias y a la falta de recursos económicos para trasladarse a otros EESS o para acceder a otras alternativas de atención médica. Esta situación las expone a embarazos infantiles forzados y las hacen vulnerables a ser discriminadas por razones de clase, género y etnia.

De otro lado, las creencias culturales y religiosas sobre el aborto pueden influir en la aceptación y aplicación de las normativas de salud (Salud con Lupa, 2024). En algunas comunidades, las percepciones negativas o estigmatizantes sobre el aborto pueden crear resistencia tanto en los profesionales de salud como en los pacientes. Esto puede resultar en una falta de disposición para proporcionar o recibir servicios relacionados con la interrupción del embarazo, incluso cuando la normativa lo permita.

Finalmente, las mujeres que pertenecen a grupos históricamente excluidos, como las indígenas, las afrodescendientes, las lesbianas, las bisexuales y las transgénero, enfrentan barreras adicionales al acceso a la interrupción del embarazo debido a la discriminación interseccional. Estas mujeres tienen menos acceso a servicios de salud de calidad y enfrentan mayores obstáculos para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos (CIDH, 2019).

– **Estigmas sobre el aborto**

En el Perú, según la Encuesta de Sexualidad, reproducción y desigualdad de género, realizada por PROMSEX y Manuela Ramos (2022), un 61 % de peruanos y peruanas está de acuerdo con una ley que legalice la interrupción del embarazo en situaciones de agresión sexual. A pesar de esto, la estigmatización en torno a la terminación del embarazo sigue siendo un obstáculo significativo para su acceso. Esta estigmatización está presente en varios niveles, desde lo individual hasta lo institucional, y puede implicar graves repercusiones para quienes buscan la terminación médica de la gestación.

El estigma del aborto se define como una percepción compartida de que esta práctica es moralmente incorrecta o socialmente inaceptable (Planned Parenthood, s.f.). Así, se genera una atmósfera de incomodidad en relación con la terminación de la gestación, lo que contribuye a la desinformación sobre el tema. Esta desinformación y estigma se utilizan para construir y mantener barreras al acceso al aborto, como leyes restrictivas, limitaciones institucionales y representaciones engañosas en los medios de

comunicación. Además, aquellos en contra del aborto aprovechan este vacío de información para difundir desinformación.

Las barreras culturales también están influenciadas por el estigma generalizado en torno al aborto y los roles de género, especialmente en relación con la maternidad. En este contexto, la asistencia prestada a menores de edad en diversos servicios sanitarios es adultocéntrica y se encuentra impregnada de estereotipos de género. Por ello, es frecuente que, al buscar ayuda médica, las menores de edad vulneradas sexualmente que buscan la interrupción médica del embarazo sean tratadas de la misma manera que las mujeres adultas, sin tener en cuenta su fase de desarrollo.

Del mismo modo, en la sociedad peruana, se encuentran muy arraigadas las concepciones estereotipadas en torno a la maternidad, las que, a su vez, se convierten en barreras significativas para la interrupción médica del embarazo. La maternidad se percibe como un papel fundamental e inherentemente ligado a la identidad femenina bajo la idea de que todas las mujeres deben aspirar a ser madres. Esta visión ignora las circunstancias individuales, y las realidades complejas de las niñas y adolescentes que enfrentan embarazos forzados, especialmente aquellos resultantes de violencia sexual. La especialista de la organización Acción por la Igualdad, Amire Ortiz, así lo expresa:

En el caso de la maternidad, se la considera como una situación natural, como algo inherente al ser mujer y ser madre, independientemente de las condiciones o circunstancias que llevaron al embarazo. Incluso en los controles y cuidados durante el proceso gestacional, la maternidad se percibe como algo intrínseco y no cuestionable. Se asume que las mujeres son destinadas a ser madres, incluso en casos de embarazos infantiles o de adolescentes. Esta naturalización de la maternidad refleja la normalización de la violencia dentro de nuestra sociedad (Ortiz, comunicación personal, 01 febrero de 2024).

2.2.4. Causas políticas

- **Iniciativas de sociedad civil contra la implementación la interrupción médica del embarazo**

En el Perú, el debate sobre la reglamentación de la interrupción médica del embarazo ha estado presente desde 1995, luego de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. No obstante, no se convirtió en un tema político hasta el 2005, tras la experiencia vivida por Karen Llantoy, quien demandó al Perú, tras negarle la interrupción médica del embarazo. Ella obtuvo un fallo favorable de parte de la instancia internacional a la que recurrió. Producto de ello el caso se hizo mediático, pero a pesar de la presión social, los Gobiernos

de aquel entonces no lograron concretar una propuesta de protocolo debido a que no era una prioridad para sus administraciones. El debate resurgió en 2014 con la presentación de la Iniciativa Legislativa Ciudadana "Déjala Decidir", aunque fue archivada en el Congreso. Sin embargo el Gobierno de Ollanta Humala concretó la aprobación de la Guía técnica en ese mismo año (Leiva, 2016).

A pesar de representar un avance, la implementación de la Guía técnica en Perú enfrentó obstáculos debido al conservadurismo político y la resistencia de grupos contrarios a permitir la interrupción de la gestación en todas sus formas. Bajo argumento de defensa de los derechos del concebido, en el mismo año de la aprobación del protocolo, la ONG ALA Sin Componenda interpuso una demanda de amparo en contra del MINSA. Sin embargo, esta demanda fue archivada definitivamente por el Poder Judicial en 2020 (PROMSEX, 2020). Sumado a ello, en 2018, otra organización buscó impugnar la validez constitucional de la Guía técnica, pero en marzo de 2023, el Poder Judicial también declaró infundada esta demanda.

El efecto acumulativo de estos conflictos ha generado un ambiente de confusión y desconfianza tanto para los proveedores de servicios sanitarios como para las usuarias. Las continuas demandas y la falta de una resolución definitiva han generado un clima de temor respecto al cumplimiento de la normativa, afectando la disposición de los profesionales de salud a proporcionar servicios de interrupción médica del embarazo de acuerdo a la ley. Además, la inseguridad jurídica ha dificultado la orientación y el acceso efectivo a estos servicios, generando un contexto donde los derechos de las personas a solicitar la interrupción del embarazo se ven comprometidos por la incertidumbre legal y la resistencia social.

– **Iniciativas legislativas en contra de la interrupción médica del embarazo**

El Congreso que ocupa el cargo por el periodo 2021-2026, viene promoviendo proyectos de ley que otorgan derechos al embrión desde el momento de la concepción (El Peruano, 2023). Los grupos conservadores, representados por partidos políticos como Renovación Popular, Fuerza Popular, Perú Libre y Avanza País, se oponen firmemente a las iniciativas que buscan promover los derechos de las mujeres en toda su amplitud, argumentando que lo hacen en pro de "defender la vida". Esta tendencia legislativa refleja una profunda división en la sociedad peruana y en el ámbito político respecto a los derechos reproductivos y la definición del inicio de la vida.

Este debate pone de manifiesto la profunda tensión que existe en la sociedad peruana entre quienes priorizan la "defensa de la vida" desde la concepción y quienes abogan por la autonomía corporal y los derechos reproductivos de las mujeres. Al respecto, organizaciones internacionales han expresado su desaprobación, pues esta equiparación

de derechos va en contra de recomendaciones que buscan una protección gradual del feto (Díaz & Ramírez, 2021). De esta forma, el reconocimiento al embrión como persona desde la concepción pueden tener consecuencias negativas para la salud pública y los derechos de las mujeres y niñas, al dificultar el acceso a servicios de interrupción médica del embarazo.

Aunque muchos de estos proyectos legislativos pueden tener un carácter más declarativo que práctico, su existencia y posible aprobación podrían dificultar el acceso a servicios de interrupción médica del embarazo. La restricción de estos servicios puede llevar a que las personas embarazadas se enfrenten a mayores riesgos de salud, a que busquen métodos inseguros o a que enfrenten mayores barreras para tomar decisiones informadas sobre su embarazo. Además, el clima legislativo restrictivo puede desalentar a los proveedores de salud de ofrecer estos servicios, reduciendo aún más el acceso.



CAPÍTULO III: DISEÑO DEL PROTOTIPO

3.1. Desafío de innovación

Considerando las repercusiones del problema, la capacidad de la organización para realizar cambios y el marco normativo en el que se opera, la causa principal que surgió del análisis para abordar el problema de las barreras para la interrupción médica del embarazo como resultado de agresiones sexuales en menores de 14 años entre los años 2018 y 2022, es la falta de mecanismos para abordar de manera específica e integral la violencia sexual contra niñas y adolescentes en casos que conduce a una gestación forzada. En el Anexo N°6 se puede visualizar la puntuación de cada causa por cada dimensión.

La selección de esta causa se debe, en primera instancia, a que es esencial abordar la falta de mecanismos específicos e integrales para enfrentar la concepción en situaciones de vulneración sexual que involucra a menores de edad. Los CEM y los EESS son los primeros puntos de contacto para las víctimas de violencia, lo que constituye una oportunidad crucial para proteger sus derechos humanos y garantizar un acceso integral a la atención médica. Esto implica proporcionar cuidado para el daño físico y emocional derivado de la violencia sufrida, incluyendo la posibilidad de poder acceder al procedimiento de interrupción médica del embarazo.

En este contexto, es necesario actualizar el Protocolo de actuación conjunta con el fin de incluir directrices específicas para la atención de menores de edad embarazadas a consecuencia de agresiones sexuales. Esto permitirá brindar un apoyo más efectivo y sensible a este grupo vulnerable, asegurando que reciban la atención y el acompañamiento necesarios durante todo el proceso de atención médica y judicial.

De esta forma el planteamiento del desafío de innovación respondería a la siguiente pregunta:

¿Cómo podemos mejorar los mecanismos legales para enfrentar el reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años en situaciones de riesgo para su vida y salud física y emocional?

3.2. Experiencias previas para hacer frente al desafío de innovación

Las leyes y normas relacionadas con la interrupción médica del embarazo, varían ampliamente en América Latina y están en constante cambio. Algunos países latinoamericanos permiten la terminación médica de la gestación en ciertas

circunstancias, en donde la vida y el bienestar de la madre corren riesgo, y también en situaciones de agresión sexual.

Colombia se destaca por tener el límite gestacional más alto para el aborto, legalizado hasta la semana 24 desde febrero de 2022. En Argentina, el aborto está legalizado hasta la semana 14 y en Uruguay y Cuba hasta la semana 12. México ha reconocido constitucionalmente el aborto, garantizando su acceso en centros de salud públicos. Sin embargo, en otros países latinoamericanos, las restricciones y obstáculos para acceder al aborto son numerosos, incluso cuando es resultado de agresión sexual o haya peligro para la vida. En países como Perú, Guatemala, Costa Rica, Venezuela y Paraguay, el aborto solo se autoriza en circunstancias donde el bienestar de la gestante corre peligro y se impone castigo de prisión a quienes practican el aborto y a quienes lo realizan. En Bolivia, Chile, Ecuador y Panamá, la terminación de la gestación está permitida cuando es resultado de agresión sexual (Planned Parenthood, 2023).

Sin embargo, no hay evidencia de países que hayan implementado protocolos específicos que se centren en las necesidades de las menores de edad vulneradas sexualmente. Una investigación realizada por CLADEM (2016b) en distintos países de la región, incluido Perú, confirmó esta ausencia de normativas o directrices elaboradas específicamente con la finalidad de afrontar la problemática que engloba las vulneraciones sexuales en menores de edad.

No obstante, dentro del ámbito de esta investigación, cuyo enfoque radica en abordar la falta de mecanismos específicos e integrales para atender las agresiones sexuales en menores de edad, especialmente cuando tiene como resultado una gestación, se han analizado experiencias que, a pesar de sus limitaciones, muestran cierto progreso en lo relativo a la accesibilidad de la terminación terapéutica de la gestación. A continuación, se describen tres experiencias de Guatemala, Chile y Argentina, respectivamente.

- a) “Protocolo de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual” del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala que incluye la atención a menores embarazadas.

En Guatemala se enfrenta una situación similar a la de Perú. La interrupción del embarazo solo está permitida cuando la vida de la gestante corre peligro, y existen diversas barreras que dificultan el acceso a este derecho. Entre estas barreras se encuentra la objeción de conciencia por parte de los profesionales de la salud, la cual no debería ser un impedimento para proporcionar el servicio en situaciones donde la vida de la mujer está en riesgo (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, 2019).

Sin embargo, dicho país cuenta con un “Protocolo de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual” proporciona un marco integral para la atención de personas afectadas por violencia sexual, con directrices específicas para menores embarazadas. Este protocolo promueve una atención multidisciplinaria, abarcando aspectos médicos, psicológicos y legales, asegurando un apoyo coordinado y efectivo a las víctimas.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, en colaboración con otras entidades y organizaciones, es responsable de su implementación en hospitales y centros de salud especializados. El protocolo destaca por su enfoque integral, intervenciones multidisciplinarias y formación continua del personal. Su innovación radica en la coordinación de diversas áreas de atención y directrices especializadas para menores embarazadas, proporcionando una respuesta más completa y sensible.

No obstante, al igual que en Perú, según Amnistía Internacional (2018), el hecho de que el aborto este prohibido incluso en situaciones de agresiones sexuales, el estigma y la desinformación contribuyen a la discriminación y a la negación de cuidados médicos esenciales, poniendo en riesgo la vida y los derechos de mujeres y niñas.

b) “Protocolo para la atención integral de salud en agresión sexual aguda” del Ministerio de Salud de Chile que incluye directrices específicas para la atención de menores embarazadas

El Ministerio de Salud de Chile (2023) establece el “Protocolo para la atención integral de salud en agresión sexual aguda”, el cual contempla directrices para la atención especializada de víctimas de agresiones sexuales, con un enfoque particular en menores embarazadas. Implementado por el Ministerio de Salud de Chile, este protocolo asegura una atención médica, psicológica y legal coordinada en hospitales y centros de salud.

El protocolo destaca por su enfoque integral, combinando atención médica, psicológica y legal en un solo marco. Incluye directrices específicas para menores embarazadas y capacitación continua para el personal de salud, lo que lo convierte en una herramienta innovadora en la respuesta a casos de violencia sexual.

Si bien desde el 2017, en Chile está permitida la interrupción del embarazo en tres causales que incluyen situaciones de violación, al ser una norma reciente los desafíos de acceso persisten ya que se deja a la mayoría de los abortos en la clandestinidad. Esto impulsa a muchas mujeres y niñas a recurrir a métodos inseguros debido a la falta de una ley que permita el aborto por decisión personal. Además, el acceso a medicamentos abortivos es limitado y se realiza de manera clandestina, exponiendo a las mujeres a riesgos de salud sin supervisión médica adecuada (Laborde,2024).

- c) *“Protocolo de actuación para la atención integral de las víctimas de violencia sexual” del Ministerio de Salud de Argentina con procedimientos claros para la atención de menores embarazadas víctimas de agresión sexual*

En Argentina, el “Protocolo para la atención Integral de las víctimas de violencia sexual” establecido por el Ministerio de Salud, establece procedimientos claros para la atención de menores embarazadas víctimas de agresión sexual. Este protocolo tiene un enfoque particular en las menores embarazadas, asegurando que reciban un apoyo integral durante todo el proceso de atención y recuperación. Se establece una serie de procedimientos claros y definidos que incluyen la intervención médica, psicológica y social, así como la coordinación con otros servicios esenciales como la justicia y la protección infantil (Ministerio de Salud de Argentina, 2021).

Este protocolo es innovador debido a su enfoque integral y estandarizado, que asegura una respuesta uniforme en todo el país. La inclusión de procedimientos específicos para menores embarazadas y la capacitación continua del personal de salud son componentes clave. Estos elementos destacan el protocolo por su adaptación a las necesidades especiales de las víctimas. Los resultados han sido positivos, con una mejora en la calidad de la atención para las víctimas y una mayor eficacia en la respuesta del sistema de salud.

En Argentina, la interrupción del embarazo es legal desde el 2020, sin embargo, desde que Javier Milei asumió la presidencia de Argentina en diciembre de 2023, ha surgido una preocupación significativa respecto a la posible revisión o reforma de la ley de aborto legal, ya que ha expresado su oposición a la ley y ha planteado la posibilidad de introducir cambios que podrían restringir el acceso al aborto (Cañas, 2024). Estas propuestas podrían limitar la protección legal y el acceso a servicios seguros, generando incertidumbre sobre el futuro de los derechos reproductivos en el país.

3.3. Proceso de la conceptualización y prototipado

3.3.1. Proceso de conceptualización

En la fase de conceptualización, se llevó a cabo una lluvia de ideas que permitió generar ideas pertinentes para abordar la causa seleccionada que afecta el acceso a la terminación de la gestación en menores de entre 0 y 14 años vulneradas sexualmente. Estas ideas se detallan en la siguiente tabla.

*Tabla N°6.- Generación de ideas de innovación para abordar
la causa seleccionada*

Nombre de la idea	Descripción de la idea	Fuente o autor de la idea
<i>Guía básica dirigida a la ciudadanía y operadores de salud para el ejercicio del derecho a la terminación médica de la gestación en niñas y adolescentes</i>	Documento informativo que proporciona detalles sobre la terminación legal y médica de la gestación. Esta guía suele incluir información sobre los procedimientos legales, los pasos a seguir para acceder al aborto por razones médicas, los derechos de confidencialidad de la paciente, los riesgos asociados, los cuidados posteriores y los recursos disponibles para apoyo emocional y médico. Su objetivo es brindar a las personas una comprensión clara y precisa de cómo obtener el servicio de la terminación médica del embarazo de manera legal y segura, así como de los recursos disponibles para obtener apoyo durante este proceso.	Ecuador
<i>Normativa para abordar la agresión sexual contra menores de edad, especialmente en casos de embarazos producto de violación</i>	La normativa específica e integral para abordar la vulneración sexual contra menores de edad, particularmente en casos que resultan en una gestación, contemplan la implementación de protocolos de actuación actualizados y claros para guiar al personal del CEM y de los EESS en la identificación y atención de estas víctimas. Estos protocolos proporcionarán directrices claras para garantizar una atención sensible y efectiva.	Especialistas
<i>Capacitaciones a los operadores de salud sobre la Guía técnica</i>	Las capacitaciones dirigidas a operadores de salud sobre la Guía técnica deben ser diseñadas con un enfoque integral y comprensivo. Estas sesiones abordarán aspectos legales, médicos, éticos y psicológicos relacionados con el procedimiento. Además, se incluirá la formación en la comunicación empática y libre de prejuicios. Las	Especialistas

capacitaciones pueden incorporar estudios de casos, simulaciones de situaciones clínicas y sesiones interactivas para garantizar la comprensión y aplicación efectiva del protocolo.

Implementación de un módulo de orientación sobre la interrupción médica del embarazo en hospitales de zonas con mayor incidencia de violencia sexual

En hospitales de zonas con alta incidencia de agresiones sexuales, la puesta en marcha de un módulo de orientación sobre la interrupción médica del embarazo es esencial. Este módulo incluiría capacitación para el personal médico, protocolos claros, garantizando confidencialidad y acceso rápido a servicios de salud reproductiva, incluida la terminación médica de la gestación.

Especialistas

Elaboración propia

Al enfocarnos en categorías de ideas, la generación de normativas ha obtenido más puntaje. Esto se debe a que, una normativa específica e integral para abordar las agresiones sexuales que tiene como víctimas a menores de edad, particularmente en casos que resultan en una gestación forzada, es crucial para garantizar la protección y el acceso a la atención médica necesaria en estos casos tan sensibles. Esta normativa debe establecer protocolos claros y actualizados para guiar a los operadores sanitarios en la atención de víctimas menores de edad, asegurando una respuesta sensible y efectiva a sus necesidades.

Tabla N°7.- Priorización de ideas

Grupos de ideas	directiv e	Practicabilida d	Posibilida d	Influenci a	Innovación	TOTAL
<i>Instrumentos escritos</i>	x	x	X	x		4
<i>Generación de normativas</i>	x	x	x	x	x	5
<i>Capacitaciones</i>	x			x		2

Elaboración propia

Así, se procedió a desarrollar un esbozo inicial de intervención para abordar la interrupción médica de la gestación, producto de agresión sexual, en niñas y adolescentes

menores de 14 años. Esta solución se presenta como una actualización del Protocolo de actuación conjunta con la integración de disposiciones específicas para abordar la situación de las menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual

Su propósito es proporcionar directrices claras sobre la atención especializada de niños, niñas y adolescentes en casos de violación con consecuencia de embarazo para garantizar una atención integral, sensible y especializada que responda adecuadamente a las necesidades específicas de estos grupos vulnerables

Tabla N°8.- Bosquejo inicial del concepto de innovación

Denominación de la

solución

Actualización del Protocolo de actuación conjunta

Grupo favorecido por la solución	Niñas y adolescentes en situación de gestación como resultado de agresión sexual.
Explicación de la solución	La solución consiste en actualizar y mejorar el protocolo existente entre los CEM y los EE. SS. para incluir disposiciones específicas que aborden la situación de las menores de edad víctimas de violencia sexual que resultan en embarazo. Esta actualización implicará la creación de un marco legal y operativo integral y multidisciplinario que garantice la protección y atención adecuada de estas menores. Incluirá procedimientos claros para la evaluación médica y psicológica, acceso a la interrupción médica del embarazo cuando sea necesario.
Breve explicación de la ventaja proporcionada	Esta actualización proporcionará un enfoque coordinado y especializado para atender a menores de 14 años en situaciones de embarazo forzado, asegurando que reciban una atención integral que cubra sus necesidades médicas, psicológicas y sociales. Al contar con procedimientos claros y específicos, se mejorará significativamente el acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo cuando sea necesario, reduciendo los riesgos para su vida y salud. Además, fortalecerá la capacidad de los profesionales de salud y de los CEM para trabajar juntos de manera más eficiente y sensible, garantizando que las menores reciban el apoyo y la protección que necesitan en un momento tan crítico.

Elaboración propia

3.3.2. Maduración del concepto

Como parte del proceso de iteración una vez hecha la conceptualización, aplicando la estrategia de presentación rápida y efectiva, en dos rondas de entrevistas, se presentó el bosquejo inicial del concepto mediante entrevistas a distintos actores interesados en la innovación, entre especialistas, ex tomadores de decisión, personal de salud y posibles usuarios, considerando elementos basados en Sánchez et al. (2013), los cuales se muestran en detalle en el Anexo N.º4. Luego de esta presentación se identificaron algunas oportunidades de mejora al bosquejo inicial del concepto con relación a:

- **La importancia de un enfoque que considere la salud mental**, para, además de proveer información médica y legal, incorporar recursos y apoyo para garantizar el bienestar emocional de las menores de edad afectadas y sus familias. Esto podría incluir asesoramiento psicológico y recursos de apoyo emocional.
- **Integración de un enfoque de no revictimización** considerando una serie de medidas que aseguren un trato respetuoso y sensible a las menores que se encuentran en estado de gestación como resultado de agresión sexual, mediante la incorporación de disposiciones de atención que minimicen el riesgo de revictimización, de comunicación empática, reconocimiento de traumas y manejo sensible de casos de violencia sexual.

Así, se consideró necesario integrar un enfoque de salud mental y de no revictimización en las disposiciones para la atención especializada de menores que enfrentan un embarazo como resultado de violación. Esta incorporación queda reflejada en el prototipo de baja resolución de la actualización del Protocolo de Actuación Conjunta, como se detalla en la Tabla 9.

Tabla N°9.- Prototipo de baja resolución de la actualización del Protocolo de actuación conjunta

Denominación *Actualización del Protocolo de actuación conjunta*
de la solución

Grupo favorecido por la solución	Menores de edad vulneradas sexualmente, especialmente aquellas en estado de gestación.
Objetivo	El objetivo principal es agregar disposiciones específicas en el protocolo existente para abordar las situaciones de agresión sexual en menores de edad, especialmente con resultado de embarazo forzado, garantizando su acceso a información sobre la

posibilidad de acceder al procedimiento de interrupción médica del embarazo cuando sea necesario.

Explicación de la solución

La solución implica la revisión y actualización del Protocolo de actuación conjunta para incluir disposiciones claras y detalladas sobre como afrontar situaciones de agresión sexual con resultado de gestación en menores de edad, con un enfoque especializado acorde a las necesidades de este grupo etario. Esto incluiría procedimientos específicos para la evaluación de la terminación médica de la gestación, en caso se requiera, atención médica y psicológica.

Breve explicación de la ventaja proporcionada

La actualización del protocolo garantizará una atención más efectiva y sensible a las necesidades de las menores de edad vulneradas sexualmente, asegurando su atención integral y la oportunidad de acceder a la terminación médica de la gestación cuando sea necesario. Esto contribuirá a proteger sus derechos reproductivos y de salud.

Elaboración propia

3.3.2. Proceso de prototipado

El problema público identificado es el limitado acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo para menores de 14 años como resultado de violación sexual. Para abordar este problema, se llevó a cabo un análisis exhaustivo del contexto normativo que rodea la situación. En la fase siguiente, se identificaron y detallaron las causas subyacentes del problema dentro del marco causal, permitiendo una comprensión integral de los factores que contribuyen a la situación actual.

Seguidamente, se estableció como area de enfoque para la innovación “la falta de mecanismos específicos e integrales para atender la violencia sexual contra niñas y adolescentes, especialmente cuando resulta en embarazos forzados”. Con el desafío definido, se llevaron a cabo la creación y selección de propuestas, optando por el desarrollo de normativas.

En la fase de conceptualización, se delineó la solución, para posteriormente generar un bosquejo inicial del concepto donde se planteó la actualización del Protocolo de actuación conjunta con la incorporación de directrices claras de atención especializada de niños, niñas y adolescentes que enfrentan situaciones de abuso con consecuencia de concepción, dirigidas al personal del CEM y EESS.

Posteriormente, como parte del proceso de iteración y maduración del concepto, este bosquejo inicial fue presentado en una **primera ronda de entrevistas de campo** a actores interesados con ayuda de la técnica de Elevator Pitch. Así fue posible que pudieran brindar aportes e identificar oportunidades de mejora en relación con la inclusión de un enfoque en salud mental y de no revictimización.

Así, procedió con el diseño de un prototipo preliminar de la innovación el cual se sometió a validación en una **segunda ronda de entrevistas de campo** con especialistas, tomadores de decisión y posibles usuarios. En esta etapa, se generaron más aportes en relación con, la generación de condiciones base para el desarrollo de la innovación, a fin de asegurar su efectividad y adecuación a las necesidades reales del contexto. Además, se generaron contribuciones sobre el tipo de información que debe proveer el protocolo actualizado, destacando la importancia de que sea clara y sencilla. Los aportes también fueron respecto a la forma en que se debe brindar la información, destacando la necesidad de que sea clara, sencilla y accesible.

Finalmente, basándonos en estas últimas observaciones, se ha propuesto una intervención dirigida a abordar el reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años. Esta intervención consta de la actualización del Protocolo de actuación conjunta, incorporando disposiciones específicas de atención a menores de edad acorde a sus necesidades y derechos, a fin de abordar las situaciones de agresión sexual en este grupo etario, en particular cuando resulta en embarazo forzado. De esta forma se pretende garantizar que estas poblaciones vulnerables puedan acceder a procedimientos que les permita decidir con fundamento.

3.4. Concepto y prototipo final de la innovación

3.4.1. Condiciones base para el desarrollo de la innovación

Para asegurar la efectividad de intervenciones propuesta, se proponen las siguientes condiciones base.

- Actualización de la Guía técnica con la incorporación de un enfoque especializado que considere la atención a menores de edad en sus diferentes etapas (niñez y adolescencia) que se encuentren en estado de gestación resultado de agresiones sexuales, según las normas internacionales de derechos fundamentales y salvaguardando el interés superior del niño.
- Creación de un sistema de registro unificado que recoja datos precisos y actualizados de atención en EESS a menores de edad vulneradas sexualmente, con un enfoque especial en aquellas que estén embarazadas como resultado de

dicho acto. Este sistema debe categorizar la información por grupos de edad, abarcando todos los EESS de todo el país.

- Capacitación al personal sanitario sobre su responsabilidad en proporcionar información precisa a las niñas y adolescentes que enfrentan embarazos derivados de agresiones sexuales, sobre el derecho que les asiste para ser evaluadas exhaustivamente y obtener la terminación médica de la gestación con pleno conocimiento de sus implicaciones.

La implementación de estas medidas es crucial como paso previo para cualquier otra iniciativa dirigida a abordar el problema público alrededor de la aplicación de la terminación médica de la gestación en menores de edad, especialmente en casos de agresiones sexuales. Estas medidas no solo establecen una base legal y ética sólida, sino que también mejorarán la calidad y efectividad de las intervenciones, prevendrán errores y riesgos potenciales, y generarán confianza y legitimidad en las acciones posteriores. Al garantizar un enfoque integral y respetuoso del derecho que asiste a las personas en las etapas de niñez y adolescencia.

3.4.2. Concepto final de innovación

El proceso culminó con la materialización del concepto definitivo de la innovación. La actualización del Protocolo de actuación conjunta se presenta como una solución para brindar atención especializada a niñas y adolescentes con embarazos forzados por violación sexual. Así, la actualización del Protocolo de actuación conjunta se centra en incorporar disposiciones específicas para la atención especializada de menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual, acorde a sus necesidades.

Tabla N°10.- Prototipo de baja resolución de la actualización del Protocolo de actuación conjunta

Denominación Actualización del Protocolo de actuación conjunta

Descripción	La solución consiste en una actualización del Protocolo de actuación conjunta con énfasis en la incorporación de disposiciones específicas y especializadas para afrontar la situación de las menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual, acorde a su etapa de vida. A la vez de garantizar la terminación médica del embarazo cuando sea necesario, así como la provisión de servicios legales, psicológicos y médicos.
--------------------	--

Beneficiarias de la solución	La solución está dirigida principalmente a menores de edad en estado de gestación producto de agresión sexual, así como a la ciudadanía en general que pueda requerir información sobre a la terminación médica de la gestación.
Propósito	Establecer lineamientos y disposiciones específicas dirigidas al personal del CEM y EESS para garantizar una atención integral y especializada a las menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual, asegurando su atención integral y la terminación médica de la gestación cuando sea necesario. De esta forma se proporciona un marco claro para la actuación del personal de la ruta de atención.
Indicadores de rendimiento para determinar el éxito de la propuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Número de casos atendidos de manera integral y eficaz en la ruta de actuación conjunta. - Índice de satisfacción de las víctimas con la atención recibida. - Cantidad de interrupciones medicas realizadas a partir de la atención recibida en el marco del protocolo. - Cantidad de nacidos vivos en menores de 14 años.
Valor añadido	Brinda lineamientos de atención específica y adecuada a las necesidades de menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual, garantizando su atención integral y protegiendo sus derechos reproductivos.
Innovación	La propuesta es innovadora porque incorpora disposiciones específicas adaptada a las necesidades de un grupo vulnerable que requiere una atención diferenciada.
Riesgos asociados	<ul style="list-style-type: none"> - Riesgos internos: Resistencia al cambio por parte del personal médico y de atención, falta de recursos para la implementación efectiva del protocolo actualizado. - Riesgos externos: Presión de grupos opositores a la interrupción médica del embarazo, falta de apoyo político la implementación.
Impacto	Mejora la calidad en los servicios prestados y protección de los derechos de las menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual.
Acciones de los usuarios	Solicitar la atención conforme al protocolo actualizado.

Acciones de la organización	Las principales acciones del MINSA y del MIMP incluyen la actualización y difusión del protocolo, la capacitación del personal médico y de atención, la coordinación y comunicación efectiva entre los CEM y EESS, así como la supervisión y análisis de cómo se lleva a cabo el protocolo en la práctica.
Colaboradores internos	Los aliados estratégicos internos incluyen al MIMP, MINSA, CEM, EESS.
Colaboradores externos	Los aliados estratégicos externos incluyen a organizaciones internacionales de salud, de derechos humanos y de derechos de las mujeres.

Elaboración propia

3.4.3. Prototipo de alta resolución

La actualización del Protocolo de actuación conjunta plantea la incorporación de disposiciones específicas para abordar la situación de las menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual, garantizando su atención integral, acorde a las necesidades específicas de su etapa de vida. Las disposiciones planteadas están basadas en la “Guía de Buenas Prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos” elaborada por Berlinerblau (2013) para UNICEF en colaboración con la Junta Federal de Cortes y Superiores Tribunales de Justicia de las Provincias Argentinas. En los lineamientos planteados se ha hecho especial énfasis en la provisión de información sobre la posibilidad de ser evaluadas para obtener la terminación médica de la gestación. Así se propone la incorporación de la siguiente actualización:

Actualización del “Protocolo de Actuación entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE. SS.) para la atención a las víctimas de violencia” que integra disposiciones específicas para abordar la situación de las menores de edad que se encuentren atravesando una situación de gestación como resultado de agresión sexual

El abordaje de violencia en niños, niñas y adolescentes (NNyA) vulnerados sexualmente requiere una perspectiva que garantice el respeto a su dignidad y derechos dentro del proceso penal. En este sentido, es crucial proteger su bienestar, minimizar el estrés experimentado durante todo el proceso y asegurar que se aprovechen al máximo las ocasiones para recopilar pruebas confiables que sirvan para

el proceso de justicia, garantizando la protección y promoción de su bienestar en todo el proceso de intervención, teniendo en cuenta los siguientes lineamientos:

- Interés superior del niño: Los intereses de los NNyA deben ser siempre considerados como prioritarios, respetando su dignidad, igualdad y libertad, y teniendo en cuenta sus ideas y puntos de vista en todo momento.
- Derecho a un trato digno: Es fundamental tratar a los NNyA con cuidado y sensibilidad, considerando su condición individual, nivel de madurez y edad entre otros aspectos, en cualquier intervención que se realice.
- Protección de la salud: Siempre se debe dar prioridad al bienestar y la integridad física y mental de los NNyA en todo momento, en especial en situaciones de de gestación como resultado de agresión sexual. Dada la urgencia asociada al avance de la gestación y los plazos establecidos para los procedimientos de la terminación médica de la gestación (hasta las 22 semanas), se debe actuar con prontitud para proporcionar atención integral y oportuna.
- Evitar la revictimización: Es fundamental tratar a los NNyA con dignidad y respeto, minimizando cualquier intromisión en su vida privada y reduciendo al mínimo las intervenciones a las que se ven expuestos, evitando así cualquier intervención innecesaria.
- Protección de la confidencialidad: Es imperativo preservar la privacidad de los NNyA, garantizando que cualquier información se mantenga en la confidencial durante todo el proceso. Se deben tomar medidas para evitar la divulgación de datos que puedan identificarlos o ser utilizados de manera inapropiada.

Además, se destaca la importancia de garantizar el derecho de la NNyA a:

- Ser escuchado(a)
- Crear condiciones adecuadas para que pueda expresarse libremente.

Tabla N°11.- Disposiciones que debe cumplir personal del CEM y EESS para atender víctimas de violación sexual en casos específicos violencia sexual contra niñas y adolescente especialmente cuando resulta en embarazos forzados

Personal CEM	Personal EESS
<p>Primera intervención:</p> <p>a. Después de que se haya presentado la denuncia la NNyA debe recibir atención inmediata y</p>	<p>Primera intervención:</p> <p>1. Una vez la NNyA haya llegado o haya sido transferida al EESS debe recibir atención inmediata y especializada.</p>

especializada. Esta atención debe ser proporcionada por un **profesional de la salud mental**, o un equipo de profesionales, con capacitación específica en el cuidado de víctimas menores de edad, y preferiblemente del mismo género que la NNyA.

Es imprescindible contar con un equipo especializado y disponible en todo momento para realizar esta tarea de manera adecuada.

b. Informar a la víctima y a su apoderado(a) sobre su derecho a:

- Acceso a una atención integral.
- Utilización del kit de atención para casos de violencia sexual, el cual incluye la anticoncepción de emergencia y antirretrovirales.
- En caso de gestación como resultado de la agresión sexual, el derecho a una evaluación completa por parte del EESS para acceder al procedimiento de interrupción médica del embarazo.

c. El personal del CEM debe asegurar el traslado inmediato y cuidadoso de la NNyA al Instituto de Medicina Legal o al EESS para una evaluación médica y completa. Se debe permitir en todo momento que estén acompañadas por una

Esta atención debe ser proporcionada por un **profesional de la salud mental**, o un equipo de profesionales, con capacitación específica en el cuidado de víctimas menores de edad, y preferiblemente del mismo género que la NNyA.

Es imprescindible contar con un equipo especializado y disponible en todo momento para realizar esta tarea de manera adecuada

2. El personal de los EE. SS. debe realizar una evaluación integral y diferenciada para NNyA, especialmente en casos de embarazo producto de violación sexual, teniendo en cuenta su edad, madurez emocional y etapa de desarrollo físico.
3. En caso de gestación producto de la violación sexual, se debe informar a la NNyA y a sus apoderados sobre los riesgos físicos y mentales de llevar a término una gestación de ese tipo.
4. Se debe informar a NNyA y a sus representantes legales sobre el derecho que les asiste a ser evaluadas de manera integral para acceder al procedimiento de la terminación médica de la gestación, de acuerdo con la Guía técnica correspondiente, en caso de que el

<p>persona de confianza durante todo el proceso.</p> <p>d. El personal del CEM debe coordinar estrechamente con el EE. SS. para asegurar una referencia oportuna y adecuada de la NNyA, garantizando una evaluación y atención médica integral, adaptada a su edad y etapa de desarrollo.</p>	<p>embarazo ponga en riesgo su vida o genere un mal grave o permanente en su salud.</p> <p>5. El personal de los EE. SS. debe brindar una atención médica y psicológica sensible y especializada, adaptada a la edad y necesidades específicas de las niñas y adolescentes menores de 14 años, asegurando la completa documentación de todas las observaciones en el historial médico, preservando las pruebas y garantizando la confidencialidad.</p>
---	--

Disposiciones generales para la acción del personal del CEM y de los EESS

- **Actitud del personal del CEM y de los EESS:** El/la profesional debe adoptar una actitud receptiva, enfocándose en escuchar activamente a la NNyA afectada y realizando únicamente algunas preguntas abiertas relacionadas con el incidente.
- **Espacio de atención:** La interacción debe tener lugar en un entorno físico especialmente designado que garantice la privacidad y el respeto a la intimidad y dignidad de la NNyA.
- **Contención:** Es fundamental proporcionar contención psicológica y emocional a la NNyA, además de evaluar el riesgo de una posible reincidencia de la agresión y sugerir acciones para garantizar su seguridad tanto física como mental.
- **Prohibición de indagar:** Sin importar las particularidades de cada situación y el contexto jurisdiccional, es crucial evitar interrogar a la NNyA en la etapa inicial de atención, tanto en el CEM, como en el EESS. Se debe limitar la búsqueda de información a lo mínimo necesario para realizar la atención, determinando la naturaleza del hecho y su contexto.

Únicamente se podrían realizar preguntas relativas a qué ocurrió, cómo, cuándo, quién estuvo involucrado y dónde. Es recomendable que las

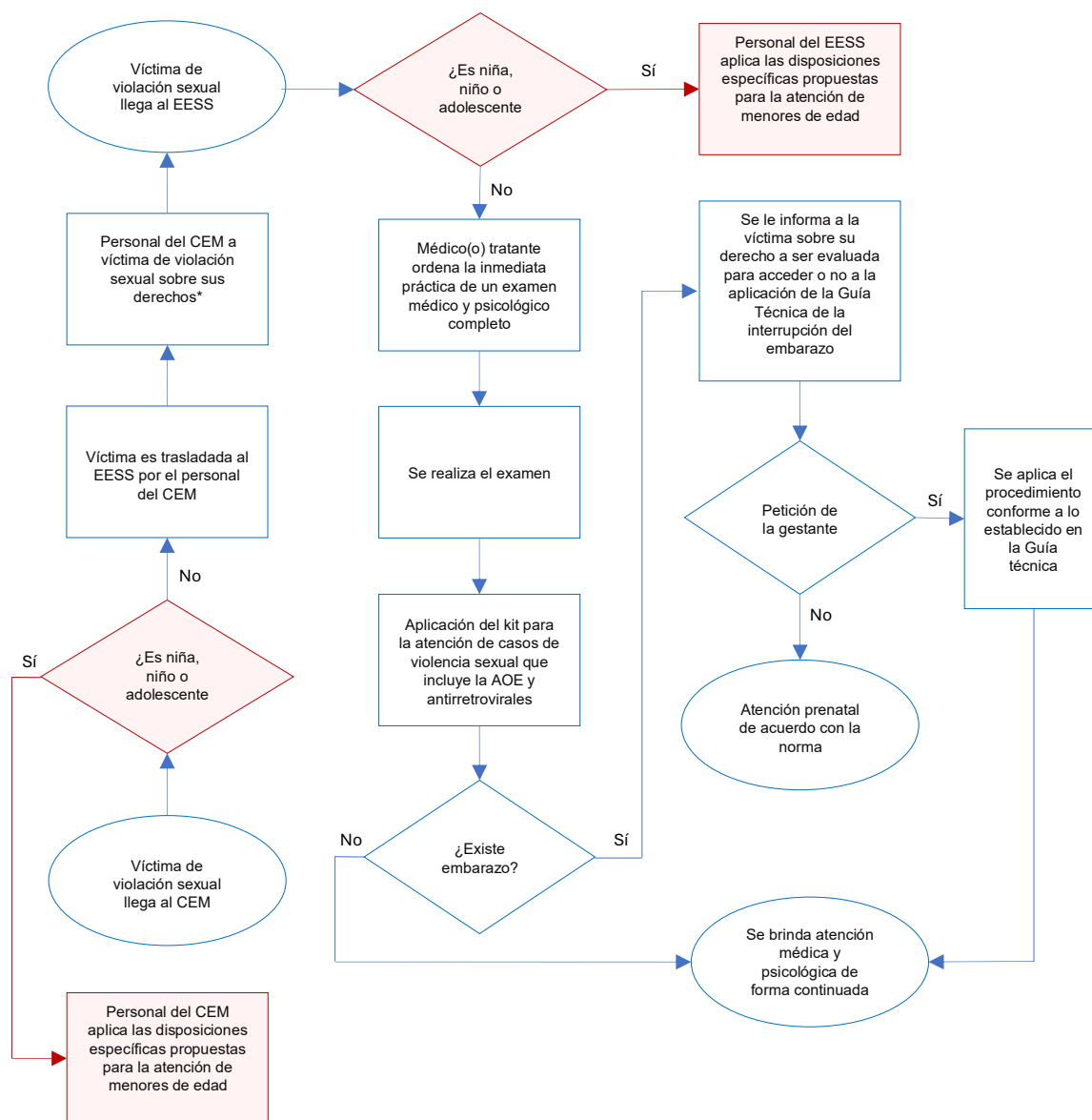
interrogantes se dirijan principalmente a la persona adulta que acompaña la denuncia, a no ser que la NNyA decida compartir su testimonio de manera espontánea.

- **Contacto con otras personas:** Durante esta fase, es fundamental garantizar que la NNyA, sea en compañía o no, no esté en presencia de personas desconocidas dentro de la institución o entidad. Esto cobra especial relevancia cuando la NNyA o el adulto a su cargo están compartiendo detalles sobre el presunto incidente.
- **Relato espontáneo:** si la NNyA divulga espontáneamente información a un oficial de policía u otro funcionario, este debería abstenerse de interrumpirla y registrar exhaustivamente sus declaraciones. Estos relatos pueden ser cruciales para la investigación, por lo que es esencial preservar con precisión las palabras exactas utilizadas por la NNyA. Aun así, esta práctica no altera la sugerencia previa de evitar cualquier interrogatorio directo a la NNyA en este contexto.

Elaboración propia

Con la integración de disposiciones específicas en el Protocolo de actuación conjunta, en relación con el procedimiento que debe cumplir el personal del CEM y los EE.SS. para atender a víctimas de violación sexual, especialmente en casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes que resultan en embarazos forzados, el flujo de atención en estos establecimientos cambiaría significativamente. De esta forma, como se aprecia en la Figura 3, la atención sería de forma diferenciada cuando se reciban menores de edad, y no se les brindaría el mismo trato que a las personas adultas.

Figura N°3.- Diagrama de flujo de la atención a víctimas de violencia sexual según el Protocolo de actuación conjunta con la actualización que integra disposiciones específicas para la atención de menores de edad



- Derecho a:
- Atención integral
 - Aplicación del kit de emergencia
 - Su derecho a ser informada sobre la terminación médica de la gestación

Elaboración propia

La actualización del Protocolo de actuación conjunta es fundamental para abordar de manera efectiva la situación de las menores de edad que atraviesan una gestación como resultado de agresión sexual. La implementación de estas disposiciones específicas no solo garantiza el cumplimiento de los derechos y la dignidad de las niñas y adolescentes, sino que también promueve un entorno seguro y respetuoso durante todo el proceso de atención y justicia. Para ello, es crucial que el personal del CEM y de los EESS cuente con la capacitación adecuada sobre esta actualización y los recursos necesarios para

proporcionar una atención integral y sensible a estas víctimas. Además, la formación continua y el adecuado reclutamiento de personal capacitado son esenciales para asegurar que cada intervención se realice con el máximo respeto y eficacia, contribuyendo a la protección integral y al bienestar de las víctimas, y asegurando que cada caso se maneje con la sensibilidad y profesionalismo necesarios.



CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LA DESEABILIDAD, FACTIBILIDAD Y VIABILIDAD DEL PROTOTIPO

4.1. Análisis de deseabilidad

La violencia sexual contra niñas y adolescentes es un problema grave que tiene implicaciones profundas y duraderas para la salud física, mental y emocional de las víctimas. Cuando esta violencia resulta en embarazos forzados, las complicaciones se agravan, requiriendo un enfoque especializado y diferenciado para su manejo. La actualización del "Protocolo de Actuación entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE.SS.)" para incluir disposiciones específicas para menores de edad es una respuesta necesaria para abordar estas situaciones de manera efectiva acorde a sus necesidades especiales.

Para los actores de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del Viceministerio de Salud Pública del MINSA, quienes estarán a cargo la implementación de la actualización del Protocolo de actuación conjunta, la propuesta de innovación tiene el potencial de mejorar significativamente los resultados de atención para las menores de edad víctimas de violencia sexual. Según manifestaron ex tomadores de decisión entrevistados, la atención diferenciada contribuirá a mejorar el acceso a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años. Ello a su vez, ayudará a reducir las secuelas físicas y psicológicas, disminuirá la incidencia de complicaciones relacionadas con el embarazo infantil y adolescente, y proporcionará un apoyo integral para su recuperación y bienestar a largo plazo (Atencio y Gonzáles, comunicación personal, 07 febrero de 2024).

Del mismo modo, para las Direcciones Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales, y las direcciones de los hospitales, estas propuestas representan una oportunidad para mejorar la calidad de la atención y los servicios que brindan a las usuarias menores de edad en situación de embarazo producto de violación sexual. La actualización del Protocolo de Actuación proporcionará pautas claras y específicas para el abordaje de estos casos, lo que contribuirá a poder brindar una atención efectiva y adecuada. Sin embargo, puede haber cierta resistencia por parte de los operadores de salud, por lo que es crucial brindar la capacitación y el apoyo necesario para implementar estas nuevas disposiciones de manera efectiva.

De otro lado, las usuarias menores de 14 años, al ser el principal beneficiario de la actualización del protocolo, su influencia en el proceso de implementación es alta debido a que su bienestar es el objetivo central de la propuesta de innovación. La deseabilidad

también es alta porque estas disposiciones pueden significar un cambio significativo en su calidad de vida y protección de derechos. Del mismo modo, los apoderados tienen un papel crucial en la toma de decisiones y en la defensa de los derechos de las menores. Su influencia es alta porque pueden impulsar o detener la implementación de medidas según su aceptación o rechazo.

Finalmente, las organizaciones feministas tienen gran influencia y deseabilidad en la propuesta, por su capacidad de movilización generación de conciencia y presión social sobre temas de violencia de género y derechos reproductivos. Forman parte de amplias redes de colaboración con organizaciones no gubernamentales, instituciones académicas, y organismos internacionales, lo que les otorga un mayor poder de influencia en la agenda pública y en la formulación de políticas. Además, su profundo conocimiento y experiencia en estos temas les permiten participar de manera efectiva en el diseño e implementación de normativas, ofreciendo recomendaciones basadas en evidencia y mejores prácticas internacionales. Además, consideran altamente deseable la actualización del protocolo porque se alinea con su misión de proteger y promover los derechos de las víctimas de violencia de género.

Tabla N°12.- Análisis de deseabilidad de la propuesta de innovación

Actor	Nivel de Influencia	Nivel de deseabilidad
<i>Usuaris menores de 14 años en estado de gestación producto de violación sexual</i>	Alto	Alto
<i>Apoderados(as) de usuarias</i>	Alto	Alto
<i>Operadores de salud</i>	Medio	Medio
<i>Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública</i>	Alto	Medio
<i>Direcciones Regionales de Salud de los Gobiernos Regionales</i>	Alto	Medio
<i>Dirección de hospitales</i>	Alto	Medio
<i>Organizaciones feministas</i>	Alto	Alto

Elaboración propia

4.2. Análisis de factibilidad

El análisis de factibilidad para la propuesta de intervención aborda varios aspectos clave para determinar la viabilidad de implementar la actualización del Protocolo de actuación conjunta. En primer lugar, se evalúa la capacidad del equipo de trabajo de la organización para llevar a cabo la solución planteada. Para ello, se considera la necesidad de contar con capacidades que incluyen conocimientos en la normativa relacionada con la interrupción médica del embarazo, la atención en violencia sexual y la atención especializada a menores en estos casos, así como habilidades de coordinación interinstitucional para establecer colaboraciones efectivas con entidades gubernamentales y organizaciones de la sociedad civil.

Asimismo, es crucial considerar el contexto político actual, especialmente debido a la presencia de contrarreformas en materia de salud sexual y reproductiva en el Congreso de la República de Perú, las cuales podrían limitar la implementación de la intervención planteada. En noviembre de 2023 el Congreso aprobó una ley que reconoce derechos al concebido, lo cual representa un retroceso significativo para los derechos de las mujeres, particularmente para las más vulnerables, como las niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual. Aunque esta ley no afecta directamente a la Guía técnica al ser de naturaleza declarativa, existe el riesgo de que pueda ser malinterpretada por el personal de salud y la ciudadanía.

Además de ello, el panorama político en constante cambio genera incertidumbre y dificulta la gobernabilidad en el país y en cada uno de los diferentes sectores, incluidos salud y mujer. Esto subraya la necesidad de abordar cualquier barrera normativa mediante el diseño de estrategias para cumplir con las regulaciones existentes y establecer protocolos claros que garanticen el cumplimiento ético y legal en todas las etapas del proyecto.

4.3. Análisis de viabilidad

La implementación de la actualización del “Protocolo de Actuación entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE. SS.) para la atención a las víctimas de violencia” con la incorporación de disposiciones específicas para abordar la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes (NNyA), especialmente cuando resulta en embarazo forzado, se estima necesaria una inversión de 40 mil de soles para la contratación de una consultoría especializada en el desarrollo de dicha actualización. Este presupuesto vendrá del programa presupuestal asignado a la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública.

El análisis de viabilidad de la propuesta ha considerado varios aspectos clave. Primero, la pertinencia de las intervenciones se ha confirmado, asegurando que las nuevas

disposiciones sean adecuadas y efectivas para abordar las necesidades específicas de las NNyA en situaciones de violencia sexual. Segundo, se ha evaluado la factibilidad técnica y operativa, concluyendo que los recursos y capacidades existentes en la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA son suficientes para implementar los cambios propuestos sin mayores contratiempos. Tercero, la viabilidad financiera ha sido determinada positivamente, estableciendo que el presupuesto asignado es adecuado y hay disponibilidad de fondos adicionales en caso de ser necesario.

Además, el análisis ha mostrado que el potencial impacto en la población objetivo es significativo. Las nuevas disposiciones mejorarán el acceso a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años, abordando una necesidad crítica en esta población vulnerable. Se ha incluido la planificación de campañas de difusión permanentes para informar y educar a la ciudadanía y a los profesionales de salud sobre los cambios en el protocolo.

También se ha previsto la capacitación del personal de salud y de los CEM para asegurar una implementación efectiva y sensible a las necesidades de las víctimas. Esto no solo salvaguarda sus derechos, sino que también contribuirá a promover su bienestar y autonomía en materia de salud reproductiva, ofreciendo un soporte integral en momentos de extrema vulnerabilidad. La actualización del protocolo representa un avance crucial en la protección y apoyo a las víctimas de violencia sexual, fortaleciendo la respuesta institucional y garantizando un trato digno y adecuado a quienes más lo necesitan.

De otro lado, el análisis ha identificado a la objeción de conciencia, conocida como el derecho que permite a los profesionales de la salud negarse a participar en procedimientos de interrupción médica del embarazo, alegando que estos van en contra de sus convicciones (Clacai, n.d.), como un factor que podría afectar la implementación de la actualización del protocolo, especialmente en los EESS. Al respecto, la objeción de conciencia debe ser gestionada de manera que no impida el acceso a servicios esenciales para las víctimas. Se deben establecer mecanismos para garantizar que las objeciones no comprometan el acceso a la atención necesaria y se proporcione una alternativa adecuada y oportuna para las víctimas. Esto incluye la elaboración de protocolos para el redireccionamiento de casos a otros profesionales o centros de salud que puedan ofrecer los servicios requeridos sin demoras innecesarias.

Finalmente, las iniciativas legislativas que buscan restringir o prohibir la interrupción médica del embarazo también pueden influir significativamente en la viabilidad de la actualización del protocolo. Estas iniciativas pueden incluir propuestas para limitar el acceso a servicios de interrupción médica, lo cual podría crear obstáculos adicionales

para las víctimas de violencia sexual. Es crucial considerar el contexto legislativo y anticipar posibles desafíos legales y políticos. La estrategia debe incluir la incidencia en políticas y leyes que garanticen el acceso a la atención integral y la interrupción médica del embarazo en casos de violencia sexual, así como la preparación para enfrentar posibles cambios legislativos que puedan afectar la implementación de la actualización del protocolo.



Conclusiones

El panorama desgarrador de los casos de L.C. y Camila contra Perú destaca la urgente necesidad de abordar la deficiente atención y apoyo brindados a niñas y adolescentes embarazadas como resultado de violación sexual. Estos casos, tristemente representativos de la realidad, ilustran las graves consecuencias del problema público que representan las barreras para la interrupción médica del embarazo en este grupo poblacional específico y la negligencia en la protección de los derechos fundamentales de estas poblaciones vulnerables. A su vez, nos urgen a profundizar en los factores que limitan este acceso y en las deficiencias del sistema de salud peruano en la protección de los derechos de las niñas y adolescentes afectadas.

De esta forma, se determinó que las causas normativas y administrativas, las barreras sociales y culturales, así como los obstáculos políticos, contribuyen a perpetuar esta situación de vulnerabilidad y sufrimiento. Dentro de las causas **normativas existen** omisiones respecto al enfoque especializado en la atención a niñas y adolescentes embarazadas por violación sexual, así como la falta de reconocimiento de la salud mental como un criterio válido para acceder a la interrupción médica del embarazo, reflejan graves deficiencias en el sistema de salud peruano en la protección de los derechos fundamentales de estas poblaciones vulnerables. Del mismo modo, la ausencia de un enfoque específico para niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual en las directrices de la Guía técnica limita su acceso a la atención médica y psicológica adecuada, exponiéndolas a mayores riesgos físicos y emocionales. Esta situación no solo perpetúa su sufrimiento, sino que también constituye una violación de sus derechos humanos al negarles la posibilidad de una intervención médica integral que contemple su bienestar y sus necesidades específicas.

Las **causas administrativas**, como la falta de conocimiento y capacitación del personal de salud, conduce a decisiones erróneas y retrasos en la atención, lo que impide la interrupción médica del embarazo dentro de los plazos permitidos en niñas y adolescentes que lo requieran, afectando gravemente su salud física y mental. Del mismo modo, la burocratización y las dilaciones en los procedimientos médicos también contribuyen a la negación de este derecho, generando obstáculos adicionales y barreras significativas para la interrupción médica del embarazo.

A su vez, la falta de acceso a información adecuada desde la parte usuaria, como otra de las causas administrativas que impiden el acceso al procedimiento de interrupción médica del embarazo, limita su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud y su futuro. La falta de información de sus derechos en términos de interrupción del embarazo

en casos de violación, junto con la persuasión para continuar con el embarazo y las trabas burocráticas, perpetúan la vulneración de los derechos fundamentales de las niñas y adolescentes.

Las **causas sociales y culturales**, como la falta de reconocimiento de la diversidad de realidades y contextos sanitarios, la falta de disponibilidad de servicios de salud en áreas rurales y los estigmas en torno al aborto, también representan obstáculos significativos para el acceso a la interrupción médica del embarazo en esta población. Del mismo modo, las **causas políticas** que obstaculizan el acceso a la interrupción médica del embarazo en menores de 14 años víctimas de violación en Perú son multifacéticas y complejas. Desde la falta de priorización política hasta la influencia de grupos conservadores, diversas fuerzas han contribuido a dificultar el acceso a servicios de interrupción del embarazo. La polarización en el Congreso, las iniciativas legislativas restrictivas y la equiparación de derechos al concebido con los derechos de la gestante, representan desafíos adicionales que impactan negativamente en los derechos reproductivos de las niñas y adolescentes en situaciones de extrema vulnerabilidad.

De esta forma, al priorizar las causas que deben afrontarse para resolver el problema público en cuestión mediante el **desafío de innovación**, se identificó a la carencia de mecanismos específicos e integrales para enfrentar la violencia sexual contra niñas y adolescentes, especialmente cuando resulta en embarazos forzados. Así, la propuesta de innovación planteada se presenta como una actualización del Protocolo de actuación Conjunta entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EE. SS.). Esta actualización tiene como objetivo reforzar la respuesta institucional ante la violencia sexual, especialmente en casos de niñas y adolescentes que enfrentan embarazos forzados, subrayando la importancia de informar a las menores sobre la posibilidad de evaluación para la interrupción médica del embarazo.

Esto se logra mediante la incorporación de disposiciones específicas que guíen la actuación del personal de estas instituciones, asegurando el respeto por los derechos y la dignidad de las menores. Además, se prioriza el interés superior del niño, garantizando un trato digno para evitar la revictimización y preservar su privacidad. Todo ello se llevará a cabo mediante una atención inmediata y especializada, adaptada a las necesidades particulares de esta población. Dado que los CEM y los EE.SS. son los primeros puntos de contacto para las víctimas de violencia sexual, esta propuesta ofrece una oportunidad crucial para abordar tanto el daño físico como emocional derivado de la violencia sufrida, incluyendo el acceso al procedimiento de interrupción médica del embarazo cuando sea necesario.

Recomendaciones

Es importante destacar que la implementación de la propuesta de innovación planteada requiere de condiciones base previas para abordar de manera efectiva el problema planteado. En primer lugar, se destaca la necesidad de actualizar la Guía técnica, incorporando un enfoque especializado que considere los estándares internacionales de derechos humanos y el interés superior de las víctimas menores de edad.

Además, se propone la creación de un sistema de registro unificado que recopile datos precisos sobre la atención brindada a estas víctimas en los establecimientos de salud, con especial énfasis en aquellas que enfrentan embarazos como resultado de la violación. Este sistema permitiría categorizar la información por grupos de edad y abarcaría todos los establecimientos de salud a nivel nacional.

Por último, se subraya la importancia de capacitar al personal de salud sobre su responsabilidad de proporcionar información precisa y completa a las niñas y adolescentes afectadas, incluyendo su derecho a una evaluación exhaustiva para considerar la posibilidad de acceder a la interrupción médica del embarazo, con pleno conocimiento de sus implicaciones. Al abordar la salud física y mental de estas víctimas de manera diferenciada y especializada, junto con la identificación del riesgo particularmente alto para sus vidas, estas medidas establecen una base sólida para el éxito del proceso de intervención y la protección efectiva de los derechos de las niñas y adolescentes afectadas por la violencia sexual.

Referencias bibliográficas

- Amnistía Internacional. (2018, 6 de setiembre). Guatemala: Ley discriminatoria pone en riesgo la vida y los derechos de miles de mujeres, niñas y personas LGBTI. *Amnistía Internacional*. <https://amnistia.org.ar/guatemala-ley-discriminatoria-pone-en-riesgo-la-vida-y-los-derechos-de-miles-de-mujeres-ninas-y-personas-lgbti/>
- Berlinerblau, V. (2013). Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as, adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos: protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. UNICEF <http://biblioteca.corteidh.or.cr/tablas/r31457.pdf>
- Cañas, A. (2024, 21 de julio). Milei presenta un proyecto para derogar la ley del aborto seguro: Incluye penas de cárcel a las mujeres. AS. <https://as.com/actualidad/politica/milei-presenta-un-proyecto-para-derogar-la-ley-del-aborto-seguro-incluye-penas-de-carcel-a-las-mujeres-n/>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX (2015, 2 de octubre). ¿Cómo se está cumpliendo el protocolo del aborto terapéutico?. <https://promsex.org/como-se-esta-cumpliendo-el-protocolo-del-aborto-terapeutico/#:~:text=El%20Protocolo%20para%20el%20aborto,un%20mal%20grave%20y%20permanente.>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX & Manuela Ramos. (2022). Sexualidad, reproducción y desigualdades de género, encuesta 2022. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2023/03/Sexualidad-reproduccion-y-desigualdad-de-genero-Encuesta-2022.pdf>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos – PROMSEX. (2020, 28 de setiembre). Poder Judicial archiva definitivamente la demanda de amparo interpuesta contra el Protocolo de Aborto Terapéutico [Comunicado de prensa]. <https://promsex.org/poder-judicial-archiva-definitivamente-la-demanda-de-amparo/>
- Clacai. (n.d.). *Objeción de conciencia y aborto: Creencias propias, violencias ajenas*. https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/1050/Objeci%c3%b3n%20de%20conciencia%20y%20aborto_%20creencias%20propias%2c%20violencias%20ajenas.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH). (2019). *Violencia contra mujeres, niñas y adolescentes: Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos*. Organización de Estados Americanos. <https://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>
- Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer – CLADEM. (2018). Embarazo y maternidad infantil en América Latina y el Caribe. https://cladem.org/archivos/investigacion/jugar_o_parir_digital%20publicacion%20espa%C3%B1ol.pdf
- Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM. (2016a). Jugar o parir: Embarazo infantil forzado en América Latina y el Caribe [Dossier]. file:///C:/Users/Usuario/OneDrive%20-%20International%20Labour%20Office/Documents/1.%20MAESTR%C3%8DA%20GPP/Proyecto%20Final/Biblio/EIA%20en%20LATAM%20_CLADEM.pdf
- Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM. (2007). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: 25 años de su vigencia en el Perú [Informe]. <https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/d94dba804954252a85ccf5cc4f0b1cf5/Convenci%C3%B3n+sobre+la+Eliminaci%C3%B3n+de+todas+las+formas+de+discriminaci%C3%B3n+contra+la+Mujer.pdf?MOD=AJPERES>
- Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM. (2016b). Niñas Madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe (1a ed.). Asunción, Paraguay. [https://cladem.org/archivos/investigacion/ni%C3%B1as-madres-balance-regional\(1\).pdf](https://cladem.org/archivos/investigacion/ni%C3%B1as-madres-balance-regional(1).pdf)
- Congreso de la República de Perú. (2000, 22 de julio). Ley 27337. Aprueba el Nuevo Código de los Niños y Adolescentes. Normas y documentos legales de Congreso de la República. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/3533125/Ley%20N%C2%B027337.pdf.pdf?v=1672840791>
- Congreso de la República de Perú. (2018, 16 de octubre). Código Penal del Perú (Ley 25362). Normas y documentos legales de Congreso de la República. [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/001CD7E618605745052583280052F800/\\$FILE/COD-PENAL_actualizado_16-09-2018.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con5_uibd.nsf/001CD7E618605745052583280052F800/$FILE/COD-PENAL_actualizado_16-09-2018.pdf)

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW. (2011). Comunicación N 22/2009: Caso L.C. vs. Perú. https://www2.ohchr.org/english/law/docs/cedaw-c-50-d-22-2009_sp.pdf

Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer – CEDAW. (2017). Recomendación general núm. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general núm. 19. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>

Convención sobre los Derechos del Niño - CRC. (2021). Dictamen aprobado por el Comité en relación con el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a un procedimiento de comunicaciones, respecto de la comunicación núm. 136/2021: Caso Camila vs. Perú. <https://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=6QkG1d%2FPPRiCAqhKb7yhssP8363FmFiDEE7t9lSkm8wWtsVJWxzqCZhdQ7sfTCiD4Tp%2FtAnfDvfVEGjFXWlmsQDRhOG%2Bkkjl38j79JFm8CQO4EjtnfePNeEqe%2FZhrpWkzicsTA3u%2BpJESBGad2fSnQ%3D%3D>

Cuba, L. (2022). Nacer con útero: efectos de la criminalización del aborto en el Perú. Asociación Civil Proyecta Igualdad. https://www.academia.edu/90561396/Nacer_con_%C3%BAterro_efectos_de_la_criminalizaci%C3%B3n_del_aborto_en_el_Per%C3%BA

Defensoría del Pueblo. (2021). Serie Informes Especiales N 009-2021-DP. Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Lima, Perú. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/07/INFORME-DE-ATENCI%C3%93N-EMBARAZO-EN-NI%C3%91AS-Y-ADOLESCENTES-DP-UNFPA-PER%C3%9A.pdf>

Díaz , J. & Ramírez , B. (2021). La constitucionalidad del aborto por violación: Una causa pendiente. Promsex. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2021/12/LaConstitucionalidadDelAbortoPorViolacionUnaCausaPendiente.pdf>

El Peruano. (2023, 11 de noviembre). *Aprueban por insistencia proyecto de ley que reconoce derechos al concebido*. El Peruano. <https://www.elperuano.pe/noticia/227460-aprueban-por-insistencia-proyecto-de-ley-que-reconoce-derechos-al-concebido>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. (2016). Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus

https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia – UNICEF. (2023, 2 de noviembre). UNICEF y Latina presentan la segunda edición de #QuitémonosLaVenda, campaña alerta que la gran mayoría de casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes proviene de personas de su entorno familiar, escolar y social [Comunicado de prensa]. <https://www.unicef.org/peru/comunicados-prensa/unicef-latina-segunda-edicion-quitemonoslavenda-violencia-sexual-ninez-adolescencia-prevencion>

Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA. (2022). Mapa del embarazo y la maternidad en niñas y adolescentes en el Perú (1a ed.). https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/mapa_del_embarazo_y_la_maternidad_de_ninas_y_adolescentes_en_el_peru_v10.pdf

González, M. (2023, 8 de diciembre). Caso Camila: Perú incumplió con medidas de la ONU que piden proteger su salud y despenalizar aborto infantil. INFOBAE <https://www.infobae.com/peru/2023/12/09/caso-camila-peru-incumplio-con-medidas-de-la-onu-que-piden-proteger-su-salud-y-despenalizar-aborto-infantil/>

Gonzales, J. (2019, 14 de noviembre). *El daño oculto: La salud mental de niñas y adolescentes embarazadas por violación*. Ojo Público. <https://ojo-publico.com/3701/el-dano-la-salud-mental-ninas-embarazadas-por-violacion>

González, H. (7 de febrero de 2024). [Comunicación personal con el autor]

Laborde, A. (2024, 9 de junio). *El aborto clandestino en Chile: entre 30,000 y 150,000 cada año, sin apoyo médico y con medicamentos del mercado negro*. El País. <https://elpais.com/chile/2024-06-09/el-aborto-clandestino-en-chile-entre-30000-y-150000-cada-ano-sin-apoyo-medico-y-con-medicamentos-del-mercado-negro.html>

Leiva Rioja, Z. (2016). Políticas públicas de salud sexual y reproductiva en el Perú: el ingreso de la reglamentación del aborto terapéutico en la agenda política gubernamental. *Politai*, 7(12), 97-117. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/politai/article/view/15215>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2020). Resolución Legislativa N° 25278. Recuperado de

https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dgfc/diff/iiv/sistemauniversal_onu/4_ResolucionLegislativa_25278_CDN.pdf

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - MIMP. (2023). Formas de la violencia. Portal Estadístico del Programa Aurora. <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/formas-de-la-violencia-2022/>

Ministerio de Salud – MINSA. (2014). Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal. Lima, Perú. http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf

Ministerio de Salud – MINSA. (2019). Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EESS) para la atención a las víctimas de violencia [Manual]. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4881.pdf>

Ministerio de Salud – MINSA. (2023). Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en línea. <https://www.minsa.gob.pe/cnv/>

Ministerio de Salud - MINSA. (2023, 22 de junio). Solicitud de acceso a la información N 23-007187. Número de casos de aborto medico por etapas de vida, según departamentos entre los años 2018 – 2022.xls. Correo electrónico enviado a mariaj.leon@pucp.edu.pe

Ministerio de Salud - MINSA. (2023, 26 de junio). Solicitud de acceso a la información N 23-007191. Acciones emprendidas para la implementación de la Guía técnica desde su aprobación.docx. Correo electrónico enviado a mariaj.leon@pucp.edu.pe

Ministerio de Salud de Argentina (2016). Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. <https://www.unicef.org/argentina/media/2691/file/Resumen%20ejecutivo.pdf>

Ministerio de Salud de Argentina. (2021). Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf.

- Ministerio de Salud de Chile. (2023). *Protocolo para la atención de agresión sexual aguda*.
https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2023/11/2023.11.27_PROTOCOLO-AGRESION-SEXUAL-AGUDA.pdf
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (2019). *Protocolo de atención a víctimas y sobrevivientes de violencia sexual* (versión final).
https://guatemala.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ProtocoloVS_FINAL_baja%20%281%29.pdf
- Ministerio de Salud. (2014). Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal [Folleto].
http://www.diresacusco.gob.pe/salud_individual/dais/materno/NORMAS%20RTN/03/RM%20486-2014%20-%20GTN%20DE%20ABORTO%20TERAPEUTICO.pdf
- Motta, A., & Salazar, X. (2019). “Así el bebé esté sin cabeza, ese bebé no se puede abortar”: Resistencias al acceso de las mujeres al aborto terapéutico. *Discursos del Sur, Revista de Teoría Crítica en Ciencias Sociales*, 4, 45-61.
<https://doi.org/10.15381/dds.v0i4.16996>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). Aborto. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>. (Fecha de consulta: 22 de febrero de 2024).
- Organización Panamericana de Salud - OPS y Organización Mundial de la Salud - OMS. (2010). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Qué hacer y cómo obtener evidencias.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31075/9789275316351-spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Ortiz, L. (1 de febrero de 2024). [Comunicación personal con el autor]
- Plan International. (2024). Embarazo precoz. Recuperado de <https://plan-international.es/que-hacemos-2/salud-sexual-y-reproductiva/embarazo-precoz>. (Fecha de consulta: 10 de marzo de 2024).
- Planned Parenthood. (s.f.). Estigma del aborto. Planned Parenthood.
<https://www.plannedparenthood.org/es/inicio/servicios/servicios-1/estigma-del-aborto#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20estigma%20del%20aborto,falt>

a%20desconocimiento%20sobre%20el%20aborto (Fecha de consulta: 15 de abril de 2024).

Planned Parenthood Federation of America. (2016). *Vidas Robadas: Un estudio multipais sobre los efectos en la salud de las maternidades forzadas en niñas de 9–14 años.*

[https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/977/Unestudio.multipa%
%ads.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/977/Unestudio.multipa%c3%ads.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Planned Parenthood Federation of America. (2023, 20 de octubre). *El acceso al aborto en América Latina.* <https://www.plannedparenthood.org/es/blog/el-acceso-al-aborto-en-america-latina>

Ramírez, L. (31 de enero de 2024). [Comunicación personal con el autor]

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). FLACSO, Sede Académica Argentina, Buenos Aires.

Rondón, M. (2015). Impacto del embarazo luego de una violación: Argumentos para proteger la salud mental. PROMSEX. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2016/02/ImpactoEmbarazoCasosViolacionMartaRondonPromsex.pdf>

Rondón, M. (2015). Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 407-411. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000500012

Salazar, E., & Diaz, C. (2022, 25 de setiembre). *El daño oculto: la salud mental de niñas y adolescentes embarazadas por violación.* Ojo Público. <https://ojo-publico.com/3701/el-dano-la-salud-mental-ninas-embarazadas-por-violacion>

Salud con Lupa. (2022, 21 de enero). *¿Por qué las mujeres no acceden al aborto terapéutico pese a que es legal en Perú?* Salud con Lupa. <https://saludconlupa.com/noticias/por-que-las-mujeres-no-acceden-al-aborto-terapeutico-pese-a-que-es-legal-en-peru/>

Singh, S., Remez, L., Sedgh, G., Kwok, L., & Onda, T. (2018). *Abortion worldwide 2017: uneven Progress and unequal Access* Abortion worldwide 2017: uneven Progress and unequal access.

Távora, L., Macharé, P., García Angulo, S., Guevara, E., Cabrera, S., Aguilar, J., Ramírez, Y., Orderique, L., Silva, C., Sánchez, S., Leveau, W., & Burela, J. (2016). Barreras para el acceso al aborto seguro en el marco de la ley peruana. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 62(2), 119-132.

UNICEF. (2013). *Superando el adultocentrismo*. Santiago de Chile: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. <https://www.imageneseducativas.com/wp-content/uploads/2019/02/Superando-el-Adultocentrismo.pdf>



Anexos

Anexo N°1.- Problemas públicos identificados en la etapa 1

Problema 1:	Reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años
Problema 2:	Incumplimiento del Guía técnica en casos de violación sexual.
Problema 3:	Embarazo y maternidad infantil forzada.
Problema elegido: Reducido acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo como resultado de violación sexual en menores de 14 años.	

El problema identificado es el limitado acceso efectivo a la interrupción médica del embarazo para menores de 14 años que han sido víctimas de violación sexual, situación que constituye una grave preocupación en el contexto peruano, tanto desde la perspectiva de la salud pública como desde la de los derechos humanos.

En el Perú, la interrupción médica del embarazo solo es posible cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar un mal grave y permanente en su salud. Sin embargo, las barreras administrativas, normativas, sociales, políticas y culturales aún obstaculizan el acceso efectivo a este servicio para las mujeres, pero en especial para este grupo demográfico particularmente vulnerable.

En cuanto a las causas normativas, se destaca la falta de mecanismos específicos para abordar integralmente la violencia sexual contra niñas y adolescentes, especialmente cuando resulta en embarazo, así como la ausencia de un enfoque especializado en la Guía técnica. Además, la salud mental no se considera como causal para acceder al aborto, a pesar de su importancia en casos de violencia sexual. Las causas administrativas incluyen la falta de conocimiento y capacitación del personal de salud sobre la Guía Técnica, así como la deficiencia en la derivación y referencia de casos a los establecimientos de salud adecuados. Además, la falta de acceso a información oportuna desde la perspectiva de las usuarias y las barreras burocráticas también contribuyen al deficiente acceso a la interrupción médica del embarazo.

Las causas sociales incluyen las barreras culturales que dificultan la aplicación de la Guía Técnica en contextos regionales y el estigma en torno al aborto, que afecta negativamente la percepción y la información disponible sobre este procedimiento. En cuanto a las causas políticas, la resistencia de grupos conservadores y las iniciativas legislativas que otorgan

derechos al embrión desde la concepción han generado incertidumbre y confusión en los servicios de salud, dificultando la posibilidad de acceder a la interrupción médica del embarazo.

Para abordar este problema, es crucial que las políticas y programas se centren en garantizar un acceso equitativo a servicios de salud reproductiva, incluida la interrupción médica del embarazo, para niñas y adolescentes en situación de embarazo producto de violación sexual. Esto implica no solo asegurar la disponibilidad de servicios médicos especializados, sino también abordar las barreras, en todas sus dimensiones, que pueden impedir el acceso de este grupo vulnerable a la atención médica que necesitan con urgencia, ya que, si no es oportuna, puede tener consecuencias devastadoras para la salud física y mental de las niñas y adolescentes.



Anexo N°2: Matriz de la arquitectura del problema público

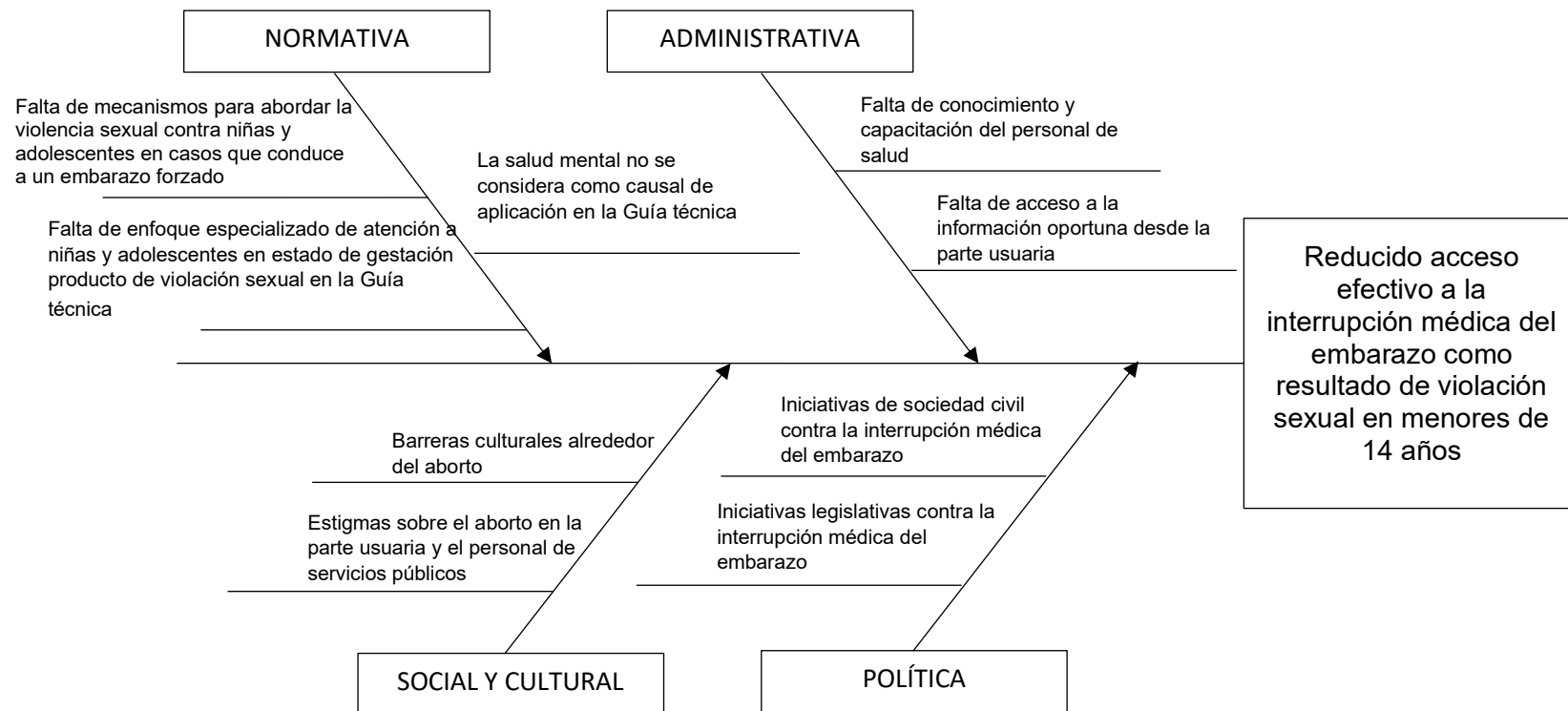
Dimensión de la arquitectura del problema	Preguntas	Objetivos	Hipótesis	Fuentes de dato	Herramientas
1. La magnitud del problema en el Perú	Pregunta 1: ¿Cuántos casos de violencia sexual en contra de niñas y adolescentes menores de 14 años se ha registrado entre los años 2018 – 2022?	Recopilar datos sobre la incidencia de violencia sexual contra niñas y adolescentes menores de 14 años durante el período de tiempo especificado (2018-2022).	Se espera que el número de casos de violencia sexual contra niñas y adolescentes menores de 14 años entre 2018 y 2022 sea significativo, lo que indicaría la gravedad y la prevalencia del problema en Perú durante ese período de tiempo.	<ul style="list-style-type: none"> - Programa Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) - Informes oficiales - Base de datos 	Revisión documental
	Pregunta 2: ¿Cuántas niñas y adolescentes menores de 14 años han sido madres durante entre los años 2018 – 2022? (Embarazo Infantil Forzado - EIA)	Determinar el número de niñas y adolescentes menores de 14 años que han experimentado un embarazo y se han convertido en madres como resultado de la violencia sexual durante el período de estudio (2018-2022).	Se anticipa que un número considerable de niñas y adolescentes menores de 14 años hayan experimentado embarazos como resultado de violación sexual entre 2018 y 2022 en Perú. Esta hipótesis se sustenta en la relación directa entre la violencia sexual y el embarazo no deseado, así como en la falta de acceso a la interrupción médica del embarazo en este grupo de edad.	<ul style="list-style-type: none"> - Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud (MINSa) - Base de datos - Informes oficiales 	Revisión documental
	Pregunta 3: ¿Cuál es el impacto físico y mental del embarazo producto de violación en niñas y adolescentes?	Analizar el impacto físico y mental del embarazo producto de la violación en niñas y adolescentes, con el fin de comprender mejor las consecuencias de esta experiencia traumática en su salud y bienestar tanto físico como emocional.	Se postula que el impacto físico y mental del embarazo producto de la violación en niñas y adolescentes menores de 14 años es considerable, lo que puede manifestarse en problemas de salud física, como complicaciones obstétricas, y problemas de salud mental, como trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> - Investigaciones académicas - Investigaciones de la Cooperación Internacional 	Revisión documental

	Pregunta 4: ¿Qué cantidad de abortos terapéuticos se han realizado en niñas y adolescentes menores de 14 años entre los años 2018 – 2022?	Determinar la cantidad de abortos terapéuticos realizados en niñas y adolescentes menores de 14 años durante el periodo de estudio (2018-2022).	Se sugiere que el número de abortos terapéuticos realizados en niñas y adolescentes menores de 14 años entre 2018 y 2022 en Perú es bajo en comparación con el número de casos de embarazo producto de violación, lo que indicaría un acceso limitado al procedimiento de interrupción médica del embarazo para este grupo de edad.	- Solicitud de acceso a la información pública	Revisión documental
2. Proceso de atención a niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual	Pregunta 5: ¿Cuál es el proceso de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual?	Analizar el proceso de atención existente para identificar deficiencias en la respuesta institucional frente a la violencia sexual contra niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual.	El proceso de atención a niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual es deficiente debido a la falta de protocolos específicos de atención a infancias acorde a sus necesidades y de coordinación interinstitucional, lo cual limita el acceso oportuno a servicios de atención integral.	- Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de salud (EESS) para la atención a las víctimas de violencia del MINSA - Especialistas	Revisión documental y entrevistas
	Pregunta 6: ¿Cuál es el proceso de atención a la gestante en la Guía técnica?	Evaluar el proceso establecido en la Guía técnica para identificar barreras en el procedimiento que contribuyen al ineficiente acceso a la interrupción médica del embarazo en niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual.	El proceso de atención a la gestante establecido en la Guía técnica presenta obstáculos en su implementación debido a que no contempla la atención en casos de gestación producto de violación sexual, ni la atención especializada a niñas y adolescentes.	- 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 pena - Especialistas	Revisión documental y entrevistas
3. Actores en el proceso de atención a niñas y adolescentes	Pregunta 7: ¿Quiénes son los actores que participan en el proceso de atención a niñas y adolescentes en estado de	Identificar a los actores clave en el proceso de atención permite comprender mejor la dinámica de trabajo interinstitucional para la atención de niñas y	Los actores que participan en el proceso de atención a niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual incluyen al personal de salud, personal del Centro de Emergencia Mujer (CEM) y familiares de las	- Documentos oficiales del CEM y del MINSA - Especialistas - Personal de salud	Revisión documental y entrevistas

víctimas de violencia sexual	gestación producto de violación sexual?	adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual.	víctimas. Sin embargo, la falta de coordinación y la ausencia de protocolos específicos dificultan la prestación de una atención integral y oportuna.		
4. Características socioculturales y políticas alrededor de la interrupción médica del embarazo	Pregunta 8: ¿Cuáles son las características socioculturales y políticas alrededor de la interrupción médica del embarazo?	Analizar las características socioculturales y políticas que rodean a la interrupción médica del embarazo para comprender las barreras en su acceso e la implementación	Las características socioculturales y políticas que rodean a la interrupción médica del embarazo están marcadas por la influencia de valores religiosos, estigmatización social, y disputas políticas sobre la moralidad y los derechos sexuales y reproductivos. Estos factores generan barreras en la interrupción médica del embarazo en niñas y adolescentes, perpetuando la vulneración de sus derechos.	<ul style="list-style-type: none"> - Investigaciones académicas - Especialistas 	Revisión documental y entrevistas



Anexo N°3.- Diagrama de Ishikawa de las causas del problema publico



Elaboración propia

Anexo N°4.- Entrevistas realizadas para la elaboración del marco causal y de validación de los prototipos de innovación

Especialistas		Fecha
Lilia Paredes	Especialista de Manuela Ramos	31/01/2024
Amire Ortiz	Especialista de Acción por la Igualdad	01/02/2024
Angelica Motta	Especialista de Asociación Transformar	26/02/2024
Tomadores de decisión / Personal de Salud		Fecha
Carolina Ibañez	Ex directora general de la Oficina General de Monitoreo, Evaluación de Políticas y Gestión Descentralizada del MIMP	26/01/2024
Guillermo Luis Atencio la Rosa	Ex director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva	07/02/2024
Hugo González Coltrinari	Representante en Perú del Fondo de población de las Naciones Unidas (UNFPA)	07/02/2024
Usuaría menor de edad	Acompañante	10/02/2024
Madre de familia	Madre de familia	25/01/2024
Madre de familia	Madre de familia	09/02/2024

Anexo N°5.- Priorización de causas sobre las cuales se diseñará el prototipo

CAUSAS	Dimensión 1: Nivel de impacto en el problema	Dimensión 2: Posibilidades de modificación por parte de la organización	Dimensión 3: Se encuentra en el ámbito normativo de la organización desde el cual pretendo generar la intervención	
			Total	
<i>Falta de mecanismos para abordar de manera específica e integral la violencia sexual contra niñas y adolescentes en casos que conduce a un embarazo forzado</i>	3	3	3	9

<i>Falta de enfoque especializado de atención a niñas y adolescentes en estado de gestación producto de violación sexual en la Guía técnica</i>	3	2	3	8
<i>Desconocimiento de la salud mental como causal de aplicación en la Guía técnica</i>	2	2	1	5
<i>Falta de conocimiento y capacitación del personal de salud</i>	3	2	3	8
<i>Falta de acceso a la información oportuna desde la parte usuaria</i>	3	1	3	7
<i>Barreras culturales</i>	3	1	1	5
<i>Estigmas sobre el aborto</i>	2	1	2	5
<i>Iniciativas de la sociedad civil para obstaculizar la interrupción médica del embarazo</i>	2	1	1	4
<i>Iniciativas legislativas para obstaculizar el acceso al AT</i>	3	1	1	5

Elaboración propia