



**FLACSO**  
ARGENTINA

RAMIREZ ZUBILLAGA 1

**ÁREA DE GÉNERO, SOCIEDAD Y POLÍTICAS**

**MAESTRÍA EN GÉNERO, SOCIEDAD Y POLÍTICAS**

**EXPLORANDO LAS BARRERAS PARA EL ACCESO AL ABORTO  
TERAPÉUTICO EN SERVICIOS DE SALUD SELECCIONADOS DE PUERTO  
MALDONADO-TAMBOPATA- MADRE DE DIOS- PERÚ**

**AUTORA:** Sara Indira Ramírez Zubillaga

**DIRECTORA DE TESIS:** Mg. María Isabel Espinoza Paredes

**Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Género, Sociedad y  
Políticas**

**Fecha:** 28 de abril de 2022

**ÍNDICE**

I. Introducción	04
1.1. Objetivos de la investigación	09
II. Reflexiones teóricas	09
2.1. Conceptos para entender la discriminación e invisibilización de las mujeres como sujetas de derecho en el servicio de salud sexual y reproductiva	13
2.1.1. Violencia estructural	13
2.1.2. Capital social en salud y aborto	16
2.1.3. Traición institucional	18
2.2. Enfoques orientadores	19
III. El contexto del acceso al aborto terapéutico en el Perú	22
3.1. Antecedentes legales en la región	22
3.2. Antecedentes legales en Perú	26
3.3. Descripción del camino formal que indica la Guía Técnica Nacional para la atención de aborto terapéutico	27
3.3. Cifras y vacíos de información en el contexto nacional	31
3.4. Contexto en Puerto Maldonado- Tambopata-Madre de Dios	35
IV. Metodología	39
4.1. Consideraciones metodológicas	39
4.2. Contexto del estudio de casos	43
4.2.1 El caso del P.S. Santa Rosa en Inambari-Tambopata- Madre de Dios- Perú	45
4.2.2 Los casos del P.S. La Joya y del Hospital Regional Santa Rosa en Puerto Maldonado-Tambopata-Madre de Dios-Perú	49
4.3. Consideraciones éticas y alcance del estudio	54

V. Análisis de la Guía Técnica Nacional y de la atención para el acceso al aborto terapéutico en los establecimientos seleccionados	56
5.1. Análisis de la Guía Técnica Nacional	56
5.2. El P.S. Santa Rosa	70
5.3. El P.S. La Joya	78
5.4. El Hospital Santa Rosa	84
VI. Tipificación de barreras para acceder al aborto terapéutico	88
6.1. Barreras estructurales	88
6.2. Barreras sociales y culturales	93
6.3. Barreras políticas y legales	96
VII. Limitaciones del estudio y reflexiones finales	99
VIII. Conclusiones y recomendaciones	102
IX. Bibliografía	106
Anexos	118

## I. INTRODUCCIÓN

L.C.<sup>1</sup> tenía 13 años cuando enfrentó un embarazo como consecuencia de la violencia sexual que sufría. Así como tantas niñas y adolescentes peruanas, L.C. no solo fue víctima de violaciones sexuales reiteradas, sino que su salud y su vida fueron puestas en riesgo al no recibir la atención en salud que necesitaba.

L.C. intentó suicidarse saltando al vacío desde el techo de la casa de un vecino y sufrió una lesión en la médula espinal. Los médicos que la atendieron en el hospital público de Lima al que fue trasladada, recomendaron una intervención quirúrgica urgente para evitar que se agudizará e hiciera permanente el daño sufrido por la caída. Sin embargo, al confirmarse su embarazo, los doctores se negaron a realizar la cirugía que necesitaba. En su caso, se solicitó formalmente un aborto terapéutico a la dirección del hospital, pero este le fue negado. Sólo alrededor de 3 meses después, cuando L.C. sufrió un aborto espontáneo, fue operada, pero la intervención quirúrgica no impidió que quedara cuadripléjica.<sup>2</sup>

A pesar de que los organismos internacionales de derechos humanos han sostenido que obligar a una niña o mujer a llevar a término un embarazo resultado de una violación tiene graves consecuencias para la salud mental y constituye una violación del derecho a la salud<sup>3</sup>, situaciones similares a las de L.C. son recurrentes e invisibilizadas<sup>4</sup>. En el Perú, en 2020, los Centros de Emergencia Mujer (CEM) recibieron más de 13,840 denuncias de violencia sexual, el 43% de las cuales fueron víctimas adolescentes entre 12 y 17 años (6,007) y el 20.7% niñas de 6 a 11 años de edad (2,862). Sin embargo, no se tiene información clara sobre cuántos de estos casos derivan en embarazos no deseados, y que pueden acceder al aborto terapéutico. Lo que se sabe, según el Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea del Ministerio de Salud (MINSA)

<sup>1</sup> Caso L.C. vs Perú. Comunicación N.º 22/2009, aprobado por la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

<sup>2</sup> Al respecto revisar [https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/28JAN15-Consultado el 12 de noviembre del 2021GLP\\_LAC\\_LCvPeru\\_Factsheet-AS-FILED.pdf](https://reproductiverights.org/wp-content/uploads/2020/12/28JAN15-Consultado%20el%2012%20de%20noviembre%20del%202021GLP_LAC_LCvPeru_Factsheet-AS-FILED.pdf) Consultado el 2 de febrero del 2022.

<sup>3</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General No. 22: relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), U.N. Doc. E/C.12/GC/22 (2016), para. 10; Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación General No. 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación General No. 19, U.N. Doc. CEDAW/C/GC/35 (2017).

<sup>4</sup> Al respecto revisar material del Centro de Derechos Sexuales y Reproductivos: <https://www.ninasnomadres.org/alza-la-voz/wp-content/uploads/2020/07/fact-sheet-el-golpe.pdf> Consultado el 12 de noviembre del 2021.

es que 22 mujeres menores de 10 años, 1155 mujeres menores de 14 años y 47 401 menores de 19 años de edad dieron a luz en 2020. De todos estos casos no sabemos con exactitud cuales son a consecuencia de violación sexual<sup>5</sup>. Sin embargo, estos datos podemos deducir lo siguiente: 1.) Del grupo de niñas adolescentes víctimas de violación sexual habrá un número de embarazos no deseados; 2.) Estos embarazos serán de riesgo, entre otras razones, debido a la edad de las sobrevivientes de violencia sexual. Estos dos aspectos sugieren que hay una demanda de niñas y adolescentes con embarazos no deseados y de riesgo a ser consideradas al aborto terapéutico.

El Comité de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se pronunció en el 2009 sobre el caso de LC<sup>6</sup> y recomendó que el Perú, establezca un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico y que garantice el derecho a la salud física y mental de las mujeres (Naciones Unidas, Dictamen, Comunicación No. 1153/2003, 2005, p. 10). Cinco años después, en un contexto de presión motivado en parte por la proximidad del examen periódico CEDAW al estado peruano, el MINSA, el 28 de junio de 2014, aprobó la “Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo Menor de 22 Semanas con Consentimiento Informado en el Marco de lo Dispuesto en el Artículo 119° del Código Penal”, en adelante, Guía Técnica para la Atención de Aborto Terapéutico o, simplemente, Guía.

Esta investigación busca explorar cuáles son las principales barreras que enfrentan niñas y adolescentes como L.C., víctimas de violencia sexual, con embarazos no deseados y de riesgo, para acceder al aborto terapéutico, dado que en muchos casos no lo hacen. De la misma forma, este trabajo busca responder las siguientes preguntas: ¿Es suficiente la protocolización a través de la Guía Técnica para garantizar el acceso a la atención? En cuanto a su implementación ¿La Guía Técnica está prevista para diversos los contextos

---

<sup>5</sup> Según el Código Penal peruano, toda relación con una persona menor de 14 años es considerada violación sexual (1991).

<sup>6</sup> Ya en el 2005, el Comité de Derechos Humanos de la ONU se había pronunciado a favor de K.L., una joven peruana de 17 años que fue obligada a llevar a término un embarazo con una malformación fetal que era incompatible con la vida. En esa oportunidad el Comité estableció que la negación del acceso al aborto legal violaba el derecho de K.L. a una vida libre de torturas, tratos crueles, inhumanos y degradantes. A su vez, el Comité recomendó al Estado peruano adoptar las medidas que fuesen necesarias para evitar que se repitieran casos semejantes. K.L. vs. Perú, Comité de Derechos Humanos, Comunicación No. 1153/2003, U.N. Doc. CCPR/ C/85/D/1153/2003 (2005).

sociales y sanitarios del país? O por el contrario ¿genera burocracia y desatención en un sistema de salud precario y desarticulado cuando la búsqueda de la atención de aborto terapéutico derivaba de una situación de abuso sexual? Sin duda los casos como los de L.C. no son los únicos que se presentan, pero son en los que pondré énfasis a lo largo de esta investigación: casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual con embarazos de riesgo, no deseados, que podrían acceder al aborto terapéutico.

Es así que en este estudio combino un análisis de documentos legales, noticias, reportes, guías de observación y entrevistas a profundidad con proveedores de salud y otros actores con experiencia en atención de aborto terapéutico y acompañamiento de casos. Mi análisis presta especial atención a la aplicabilidad de la Guía Técnica Nacional y al sistema de atenciones y derivaciones (o ausencia de ellas) en los casos de aborto terapéutico del primer nivel de atención al segundo nivel de atención.

Para entender el sistema de atenciones y derivaciones, tomo dos centros de salud de primer nivel y un hospital de segundo nivel en Madre de Dios como casos de estudio. Madre de Dios es una región en la que un gran número de niñas y adolescentes menores de 18 años son víctimas de explotación sexual<sup>7</sup> asociada a la trata de personas producto de la actividad minera informal (Villalba, 2017, pp. 34-38). Madre de Dios presenta un contexto de precariedad, que comprende una cultura de tolerancia a la violencia contra la mujer<sup>8</sup>, y altas tasas de criminalidad<sup>9</sup>. Asimismo, alberga población concentrada en zonas periurbanas y rurales<sup>10</sup>. Esto lo hace diferente a las grandes ciudades de las zonas costeras del Perú, pero sin embargo lo hace similar a otras regiones como Ucayali, Loreto, San Martín y por tanto es de interés nacional entender el sistema de atenciones y derivaciones para la atención del aborto terapéutico.

---

<sup>7</sup> Según las cifras publicadas por el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, solo en Madre de Dios se han registrado 227 denuncias de trata de personas con fines de explotación sexual entre los años 2009 y 2014. De hecho, la región es la tercera con mayor número de casos, superada solo por Lima y Loreto (Observatorio de criminalidad, 2015). Actualmente, el contexto de pandemia por COVID-19 ha generado diferentes rutas y modos de captación con fines explotación sexual que se enfocan principalmente en niñas y adolescentes. Asimismo, la obtención de información confiable sobre este problema se ha tornado aún más compleja: de manera regular, en este contexto regional, las denuncias de casos de explotación sexual no reflejan la verdadera situación de violencia sexual, y este subregistro se ha agravado por el confinamiento social por COVID-19.

<sup>8</sup> En 2019, el MIMP registró 608 casos de violencia familiar y sexual en agravio de mujeres y tres feminicidios, en esta localidad; en tanto la PNP ha registrado 1569 en el mismo periodo. Diferencia que impacta en la atención de las víctimas e impacta en las medidas y políticas públicas para enfrentar este problema.

<sup>9</sup> Para mayor información ver la investigación periodística de Manuel Calloquispe <https://www.inforegion.pe/288919/madre-de-dios-asi-opera-el-crimen-organizado-que-protege-a-la-mineria-ilegal/>

<sup>10</sup> Según el censo 2017, la población censada en los centros poblados urbanos del departamento de Madre de Dios es de 116 mil 743 habitantes, lo que representa el 82,8% de esta población; mientras que, en los centros poblados rurales es de 24 mil 327 habitantes, que representa el 17,2%.

En Madre de Dios, analicé el sistema de atenciones y derivaciones en el Puesto de Salud Santa Rosa y en el Puesto de Salud la Joya del primer nivel de atención. El Puesto de salud (P.S.) Santa Rosa está ubicado en un entorno periurbano en la provincia de Tambopata en el Centro Poblado Mayor de Santa Rosa, a aproximadamente tres horas de la ciudad de Puerto Maldonado. El P.S. La Joya, en cambio, se ubica a 10 minutos del centro de la ciudad, en el Centro Poblado La Joya, en una zona colindante al aeropuerto regional.

Ambos establecimientos, muchas veces son el primer contacto de quienes acuden en búsqueda de atención en la zona. Teóricamente, el propósito de ambos servicios, por ser del primer nivel de atención en salud, es canalizar y derivar los casos de atención de aborto terapéutico hacia el segundo nivel de atención en el cual se pueden desarrollar atenciones para la interrupción del embarazo por causa terapéutica. Por ello, mi análisis también incluye al Hospital regional Santa Rosa, al ser el único con posibilidad de atender estos casos de acuerdo con la norma técnica vigente<sup>11</sup>.

Luego del análisis, organice las barreras identificadas de la siguiente manera:

1.) Barreras estructurales derivadas de problemas generales del sistema de salud, y que pueden ir más allá de la provisión del aborto terapéutico específicamente. Pues están relacionadas a la fragilidad del sistema sanitario y, en particular, a la vulnerabilidad del contexto de la región. Aun así, finalmente, representan violencia de género durante el intento de acceder al aborto terapéutico en los establecimientos de salud seleccionados.

2.) Barreras sociales y culturales, que se expresan en la falta de atención con pertinencia cultural. Como ejemplo es importante mencionar que la Guía no incorpora su aplicabilidad en los diferentes contextos del país, ignorando la necesidad de una atención en salud que incluya el enfoque intercultural. Esto, que es fundamental en todo el territorio nacional, resulta especialmente importante en casos como los servicios estudiados al comprender mayores posibilidades de atención hacia población indígena u originaria. Asimismo, estas barreras se ven influidas por el estigma entorno al aborto en

---

<sup>11</sup> Desde el año 2012, el Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado es un hospital acreditado de segundo nivel.

general, que junto con la criminalización de su práctica termina por abonar a profundizar la brecha para acceder a la atención.

3.) Barreras políticas y legales: expresadas, principalmente, en una Ley general de salud que mantiene la criminalización del aborto, y una Guía Técnica que es restrictiva en la valoración del riesgo de la salud mental y que además establece en sí misma límites para la atención, por ejemplo, al fijar el límite de 22 semanas de edad gestacional, el mismo que es comúnmente superado por las usuarias debido a las demoras en los procesos de derivación y atención, constituyéndose como una barrera. A pesar de eso, los largos plazos de atención no son asumidos como fallas del propio sistema

En ese marco, identifique que la protocolización vigente a través de la Guía Técnica es insuficiente, pues no facilita el acceso al servicio en general y específicamente en contextos como el estudiado. Y que, si bien todo el universo de personas con posibilidad de gestar se ve afectado, las niñas y adolescentes, especialmente aquellas que llevan embarazos de riesgo y no deseados producto de violencia sexual, se encuentran en una situación de particular vulnerabilidad porque están en una etapa de desarrollo físico y mental. La Guía Técnica para la Atención del Aborto Terapéutico no aborda de manera específica la atención de niñas y adolescentes, mucho menos de aquellas que resulten con embarazos de riesgo no deseados producto de violencia sexual. El Estado peruano les falla a las niñas y a las adolescentes, por lo menos, en dos sentidos. Primero, les falla en garantizar su derecho a decidir su vida y salud sexual y reproductivas. Segundo, les falla en protegerlas de la violencia sexual y, también, en garantizar su derecho a la salud y a la vida al poner barreras de diversos tipos que dificultan o impiden el acceso al aborto terapéutico, sobre lo cual me detendré en la sección VI.

Es así que, a partir de esta investigación, concuerdo con que, en la práctica, el acceso a la información y atención para aborto terapéutico no está garantizado. El establecimiento de la Guía Técnica no ha sido suficiente para fomentar que se aplique y que se brinde información sobre este procedimiento a todas las personas gestantes que lo requieran. En especial, las niñas y adolescentes con embarazos de riesgo no deseados tienen menos oportunidades para tener información de requerir el procedimiento de aborto terapéutico como lo señala este estudio. Casos como los de L.C. no son aislados.



Estos casos se repiten silenciosamente en diferentes contextos del territorio nacional aun cuando existe una Guía Técnica para su atención.

A continuación, paso a presentar los objetivos de esta investigación

### **1.1 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

- Identificar y analizar las principales barreras para acceder al servicio del aborto terapéutico en Perú, en los casos de las niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, como consecuencia de violación sexual, en los servicios de salud seleccionados de Puerto Maldonado-Tambopata- Madre de Dios.
- Analizar si estas barreras son resultado de violencia estructural del estado peruano, entendido como la serie de acciones —o inacciones— ideológicas del Estado, que conducen a la vulneración de derechos de las mujeres; y cómo estas afectan a las niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, producto de violación sexual en los servicios de salud seleccionados.

## **II. REFLEXIONES TEÓRICAS**

Este estudio parte de los siguientes supuestos: Primero, que hay un sistema patriarcal que alimenta el estigma social sobre el aborto y genera desigualdades de género. Segundo, que se mantiene un modelo biomédico que marca la manera en la que se piensa y se da la atención de salud (que permea el sistema sanitario). Estos dos aspectos tienen como se dan las relaciones entre los actores involucrados en la provisión de la salud. A continuación, presentaré algunas reflexiones teóricas sobre estos dos procesos sociales, que han sido ampliamente documentados por las ciencias sociales. Posteriormente, abordaré los conceptos analíticos que he empleado para esta investigación.

Entenderemos el patriarcado como un sistema opresor sobre lo femenino que está diseminado en hechos y prácticas sociales de modo capilar en las sociedades que vivimos. (Segato, 2003). El modelo patriarcal genera las condiciones estructurales para las violencias basadas en género y reproduce desigualdades. Estas desigualdades, se refuerzan, tanto desde la sociedad en su conjunto como desde las instituciones del Estado, incluidas las encargadas de velar por el bienestar y la salud de las personas. El

patriarcado implica, entre otras cosas, un lugar subordinado de la mujer en el que su sexualidad y reproducción intentan ser controladas (Schwarz, 2005, pp. 25-31).

En ese marco, propicia, mantiene y refuerza prácticas de violencia estructural como, por ejemplo: el surgimiento de barreras para el acceso al aborto terapéutico. Con ello, se instalan y reproducen otras prácticas de violencia, por ejemplo, en la atención de los casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados producto de violencia sexual, y que podrían acceder al aborto terapéutico.

Autores como Ackerson (2008), Boyle (2009) y Gage (2005) encuentran que los factores comunitarios asociados con mayores niveles de violencia contra las mujeres son, a su vez, indicadores de un sistema patriarcal, y que ello es parte de la estructura en la que se instalan barreras como las normas tradicionales de género, las que justifican la violencia contra las mujeres y la sancionan débilmente. Esta violencia es normalizada incluso desde las propias instituciones que deberían velar por los derechos de los ciudadanos, como, por ejemplo, los servicios de salud.

De acuerdo con lo que propone Reyes (2017):

...es posible relacionar que el género constituye un correlato construido a partir de la sexualidad, y que esta es entendida como una instancia epistemológica con una base clasista que organiza y distribuye el poder en función de criterios arbitrarios como la raza y otro tipo de categorizaciones donde se perpetúan y reproducen esquemas de desigualdad sistemática (p.166).

En ese sentido, las relaciones de subordinación de género limitan la posibilidad de construcción de una sociedad igualitaria en tanto se articulan funcionalmente a los sistemas de explotación, injusticias y desigualdades, en los que se sustentan también los Estados y sus instituciones, entre ellas, la sanitaria.

La opresión patriarcal también opera, a través de leyes e instituciones, discursos y prácticas sociales (Segato, 2003, pp. 253-260). En la criminalización del aborto, genera un estatus de ciudadanía diferente, uno inferior, que es regulado mediante políticas y leyes sobre esos cuerpos con posibilidad de gestar (Bareiro, 2016, sección 2.3.1). El tener un Estado que se constituye simbólicamente masculino traslada esta misma cultura a nuestro sistema de salud. Así, sus agentes y representantes, incluso cuando son mujeres, pueden actuar y expresarse, a partir de esa plataforma, ejerciendo violencia de distintas maneras, hacia otras mujeres (Segato y Gherardi, 2017). De ese modo, las

mujeres, como sujetas sociales, no escapan de las relaciones históricamente constituidas donde el saber/poder está en manos de los proveedores de salud, y el (no)saber y (no)poder les corresponde a las pacientes (Fornes, 2009, p. 9). Sin embargo, quienes son más vulnerables a estos medios de control en el servicio de salud son personas empobrecidas, racializadas, niñas, adolescentes, entre otras. Según Segato, la relación entre la historia de la burocracia y la del Estado, es la historia del patriarcado, y ahí es donde las mujeres no están incluidas. Esa burocracia de la que habla Segato también se entrelaza con su sistema sanitario. Para la autora, las violencias contra las mujeres y las disidencias sexuales están comprendidos bajo la bandera de ese patriarcado y serán agravadas por las diversas formas de discriminación que hay en una nación (2016, pp. 91-108). Para comprender a cabalidad esta relación, Segato y Fornes coinciden en que la perspectiva interseccional es clave, por lo que se incluye con más detalle como uno de los enfoques orientadores de esta investigación más adelante.

Resulta evidente que las instituciones sanitarias, mantienen una deuda pendiente en dar respuesta a las necesidades de las mujeres en salud, en un sentido emancipatorio, para poner a su disposición el conocimiento y los medios que posibiliten el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, y una atención sanitaria que tenga en cuenta los aspectos biopsicosociopolíticos que determinan su salud (Nogueiras, 2019, p. 11). Sin embargo, lejos de ir en esa dirección, la presencia del sistema patriarcal en los servicios de salud y sus profesionales, se reafirma y se reproduce. Por ejemplo, cuando los proveedores de salud “nuevamente, se erigen como representantes de este modelo de tutela que organiza y decide lo que debe hacer el otro, especialmente la otra” (Silva, 2008, p. 86). Este “tutelaje” va más allá, en los casos específicos de atención de interrupción de embarazos producto de violación sexual a los que aplica el criterio terapéutico: “Se resemantiza la violación sexual desde la sospecha de la condición femenina, aludiendo a estereotipos basados en género exacerbados por creencias religiosas” (Silva, 2008, p. 87). Así, la víctima se vuelve -en alguna medida- la responsable de su propio abuso. Normalizando asumir embarazos no deseados, incluso en condiciones de riesgo de graves y permanentes daños a la salud, producto de la violencia.

Un segundo supuesto del estudio es que la salud se concibe desde un modelo biomédico que desestima los elementos emocionales y sociales, y que otorga predominio al cuerpo y a los elementos biológicos (Siu, 2015). Es esta mirada la que ayudó a contextualizar

políticamente las prácticas de discriminación y violencia que se erigen como barreras para acceder al derecho al aborto terapéutico.

Este modelo biomédico parte de la patologización del cuerpo y de tratos deshumanizados que van en contra de su integridad. Pone en riesgo el bienestar biopsicosocial de las mujeres y se contrasta el concepto de salud y cuerpo en el marco de una ideología biologicista, la cual legitima la medicalización sin priorizar la prevención, e ignora y desestima con ello los determinantes sociales de la salud - así como los contextos diversos a nivel de cultura y territorio, afectando, especialmente, a aquellos que están en los márgenes o lejos de lo hegemónico. De esa manera, se consolida la regulación y control de la sexualidad y reproducción de las mujeres por parte de los médicos, en un contexto en el que el cuerpo es una construcción social derivada de los procesos de medicalización impulsados por la tecnología, las farmacéuticas, la ideología dominante de los proveedores de salud y el mercado (Salgado y Díaz, 2019, p.24).

Para analizar la atención que las mujeres reciben en el sistema de salud, y en particular en los establecimientos que se estudiaron, fue necesario tener en consideración que la atención se enmarca en un Estado que no reconoce la restricción del aborto como un problema de salud pública real, y que no procura garantizar el derecho al aborto terapéutico como parte de la protección de los derechos humanos de las mujeres, las transmasculinidades y las personas no binarias asignadas mujeres al nacer con posibilidad de gestar. Esto se expresa en que, desde el Estado, quienes definen las normas técnicas en salud mantienen una perspectiva limitada apoyada en el modelo biomédico que, entre otras cosas, desconoce los determinantes sociales en salud (Díaz, 2013). Por eso, estas normas técnicas no reconocen la diversidad de contextos haciendo prácticamente su imposible una implementación. Ese mismo Estado, consecuentemente, no generará evidencia consistente sobre estos problemas y, de esa manera, también elude solucionarlos integralmente.

Para comprender mejor como opera la provisión del aborto terapéutico, resultó útil reconocer a los distintos actores involucrados. En primer lugar, está el Estado, que se organiza de modo jerárquico desde una lógica implícitamente patriarcal que se impregna en el sistema de salud, que en sus prácticas refuerza un modelo biomédico de comprensión de la salud. También están los proveedores de salud, que son los

representantes de un modelo biomédico de tutela que organiza y decide lo que debe hacer el otro, especialmente la otra. Asimismo, es importante destacar el contexto en el que se presta el servicio de salud que es donde se dan las barreras relacionadas a la precariedad estructural del sistema de salud y otras relacionadas a la falta de adaptación cultural de la Guía Técnica que desconoce la diversidad cultural y los contextos sanitarios del país. Luego, están las usuarias y sus recorridos para la búsqueda de la atención en aborto terapéutico y que se topan con estas barreras, en el que solo cuentan con su propio capital social ante un escenario en el que el Estado permanece reducido o ausente. De toda esta cadena de relaciones, para fines de esta investigación, me enfocare en el estudio de las limitaciones que se establecen desde el Estado. A continuación, describiré los conceptos que emplearé en el análisis.

## **2.1. CONCEPTOS PARA ENTENDER LA DISCRIMINACIÓN E INVISIBILIZACIÓN DE LAS MUJERES COMO SUJETAS DE DERECHO EN EL SERVICIO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

A continuación, definiré los conceptos teóricos que han servido de marco para analizar las barreras en el acceso al aborto terapéutico en los servicios de salud seleccionados.

### **2.1.1. VIOLENCIA ESTRUCTURAL**

Se entiende por violencia estructural la serie de acciones —o inacciones— ideológicas del Estado que conducen a la vulneración de derechos de las mujeres. Estas ideologías repercuten en ellas al punto de que las mismas afectadas cuestionan si en efecto han sido violentadas, con lo que se niega, desmiente e, incluso, “corrige” las experiencias de brutalidad vividas por ellas. En otros términos, la mujer termina en un mayor lugar de opresión e invisibilización de sus demandas (Segato, 2017, sección 2.4.2).

Frente a lo anterior, es importante considerar el contexto de las zonas rurales y comunidades de pocos habitantes, en donde no siempre cuentan con instituciones públicas de salud con los recursos técnicos y humanos suficientes ni adecuados para atender los diversos casos que se presentan. Por ejemplo, las experiencias de las personas que residen en zonas rurales o comunidades pequeñas no son a menudo recogidas por los registros administrativos ni por las políticas públicas específicas. Esto genera que los servicios de salud sobrepasen su capacidad operativa, y limita la posibilidad de brindar una respuesta adecuada ante diversas violaciones de derechos

humanos (Segato y Gherardi, 2017). Por lo antes expuesto, no es coincidencia que la violencia estructural marque la experiencia de quienes son marginadas en el sistema social, y promueva otros tipos de violencia y exclusión, como las violencias basadas en género, pero no únicamente. Como fenómeno estructural, esta violencia se asienta y reproduce sobre la base de sistemas de privilegio tales como el racismo, el sexismo y el cissexismo. Es clave, entonces, para el despliegue de la violencia estructural, la invisibilización del problema, ya que esta se fortalece con su propia imperceptibilidad (Pérez, 2019 pp. 82-84).

Un aspecto poco atendido de la violencia estructural es lo que la sociología llama ignorancia estratégica. McGoey define a la ignorancia estratégica como “cualquier acción que movilice, fabrique o explote las incógnitas (o vacíos de información) en un entorno más amplio para evitar la responsabilidad de acciones previas” (2019, p. 4). La ignorancia estratégica puede ser voluntaria o involuntaria, genera un daño público, y beneficia a ciertos actores sin importar si los involucrados están conscientes de esto. Este tipo de proceso se ha estudiado en distintos contextos organizacionales; desde empresas farmacéuticas a organizaciones burocráticas del Estado (McGoey, 2019), (Lee, 2022), (Maffi, 2022). En el campo de la salud y de este estudio, las acciones rutinarias que bloquean el acceso a la información sobre el derecho al aborto terapéutico son ejemplos de ignorancia estratégica. Así mismo, la ignorancia estratégica se puede dar en distintos niveles. McGoey distingue como microignorancia aquellas instancias que se dan entre individuos y como macroignorancia aquellas que se dan a nivel de grupo en una organización. Todo ello con el objetivo de crear, reproducir y mantener silencios para evadir responsabilidades presentes y futuras a nivel individual, pero también colectivo. La macroignorancia en los servicios de salud constituye violencia estructural que se expresa en lo que el autor denomina como “negación colectiva” que implica una escalada en la falta de información (McGoey, 2019, p. 3).

Hay distintos factores que favorecen la permanencia de la ignorancia estratégica como un aspecto de la violencia estructural: por un lado, no hay un registro adecuado en los servicios de salud a nivel nacional por parte de los proveedores que han —finalmente— atendidos casos de aborto terapéutico. Ello se evidencia en los casos que no son registrados o son registrados bajo otras categorías de atención<sup>12</sup>. Estas dificultades

---

<sup>12</sup> Normalmente registrados según los proveedores entrevistados como: legrado uterino o aspiración manual endouterina-AMEU

generan inconsistencias en los datos desde el 2014, año en el cual entra en vigencia la Guía, hasta la actualidad. Ya en el 2018 el Estado peruano reconoció ante la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas la existencia de un alto subregistro de abortos terapéuticos (Ccoillo, 2021, párr. XXX).

Según el portal de investigación periodística Salud con Lupa, al consultar al MINSA por los diversos tipos de aborto, los considerados abortos terapéuticos<sup>13</sup> fueron 325 hasta julio del año 2021. Sin embargo, era información no concordante, ya que la suma de abortos terapéuticos atendidos (registrados) fue finalmente de 319. En cualquiera de los casos, 20 de ellos ocurrieron en menores, entre 12 a 17 años. En relación con el total de abortos por toda causa registrados durante el 2020, estas cifras representan el 1,1%.

La situación es similar para el caso de ESSALUD, que registró dos reportes con información inconsistente: primero de 46 y luego de 53 abortos terapéuticos a julio del 2021, frente a solo ocho registrados en el 2020. Ambas cifras guardan distancia de los 113 abortos terapéuticos registrados en el 2019.

Es absolutamente perjudicial que el Estado carezca de información consistente a nivel nacional sobre la cantidad de abortos terapéuticos practicados. Las cifras registradas (que solo se obtienen a través de pedidos de información<sup>14</sup> al MINSA y ESSALUD) no concuerdan con la realidad.

En este punto, es importante tomar en cuenta que otro aspecto de la violencia estructural son las precarias condiciones de trabajo de los proveedores de salud (en sus diferentes niveles) como burócratas del sistema sanitario y los mecanismos que desarrollan para lidiar con estas condiciones (Flores, 2021 p. 35).

En esa medida, será necesario establecer fuertes sistemas de administración pública, los cuales deben adherirse a principios comunes: financiamiento justo, asignación equitativa de recursos, riesgos compartidos y solidaridad social en la provisión de los servicios, rendición de cuentas públicas y control políticos, integración del servicio a través de unidades geográficas de administración, y sistemas de información y de vigilancia (Pollock, 2016, p. 46). Son estos algunos de los primeros pasos necesarios.

---

<sup>13</sup> Los abortos médicos son considerados terapéuticos para los servicios de salud a nivel nacional.

<sup>14</sup>Ley N.º 27806.- Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública: Para acceder a la ley ver: [https://www.peru.gob.pe/normas/docs/ley\\_27806.pdf](https://www.peru.gob.pe/normas/docs/ley_27806.pdf)

Como señala Pollock, cuando la ley establece lo que un gobierno se ha comprometido a hacer por sus ciudadanos —y en este caso por sus ciudadanas— es tarea de la burocracia administrativa determinar cómo se llevarán a cabo las funciones y si se alcanzarán los objetivos (2016, p. 46). Al respecto, desde el inicio ya se evidencia una falencia importante para la garantía al derecho del aborto terapéutico en el país, ya que no existe un plan o política pública vigente que asigne presupuesto para el seguimiento, reporte y cumplimiento específico de este indicador <sup>15</sup>.

### **2.1.2. CAPITAL SOCIAL EN SALUD Y ABORTO**

El concepto de capital social, originalmente descrito por Durkheim, está compuesto por dimensiones relacionadas con la cohesión y la confianza entre los integrantes de un grupo social y es considerado por la OMS como parte de los determinantes sociales de la salud pública para la disminución de las inequidades y desigualdades en salud (Vallejos, 2017 pp. 342-346).

En ese sentido, el capital social comprende las relaciones sociales que generan; también se vincula con los contactos y oportunidades de acceso a trayectorias a propósito del aborto terapéutico. Para fines de esta investigación se entiende como capital social a los recursos potenciales o actuales asociados a la posesión de una red duradera de relaciones más o menos institucionalizadas de conocimiento y reconocimiento mutuos (Bourdieu, 1987, párr. VIII). Desde la teoría feminista, Quelal (2020) señala que el capital social junto al capital cultural —entendido como valores, conocimientos, prácticas y habilidades— generan juntos un posicionamiento político que podría permitir la reapropiación del cuerpo. De acuerdo a la autora “cuando estos dos capitales están reconocidos, interiorizados y puestos al beneficio del sujeto mujeres, se transforman en un tipo de posicionamiento político relacionado con una manera específica de reapropiación y reconfiguración del cuerpo” (Quelal 2020, pp. 46-47). Así como, la transformación de los dos capitales influye en la toma de decisiones y en la manera de asumir la vida de forma positiva, la ausencia de estos capitales puede repercutir de forma negativa en el ejercicio de la soberanía sobre el cuerpo.

---

<sup>15</sup> Independientemente de los exámenes periódicos a los que se somete el Estado peruano, por ejemplo, en lo que refiere al seguimiento y la evaluación de las medidas adoptadas en el marco del acuerdo denominado Consenso de Montevideo, también en el caso de la CEDAW, entre otros.



Además, el capital social y el capital cultural se materializan en los recursos de los que una persona dispone por su pertenencia a un grupo. Para una comprensión integral de este aspecto, hay que tomar en cuenta cómo las características sociodemográficas pueden condicionar el tipo, nivel y recurrencia de violencia a las que se ven expuestas las usuarias en el establecimiento de salud.

Según Quelal (2020), para el caso de Quito-Ecuador, hay evidencia de que no hay una relación directa entre servicios seguros y la atención humanizada. Lo determinante, en su opinión, no es ni el nivel de ingresos financieros, ni el nivel de escolaridad (capital económico y cultural), sino el contacto con agrupaciones feministas y ONG que trabajan por los derechos sexuales y reproductivos, es decir, el capital social de las usuarias (Quelal, 2020 pp. 121-123).

Este capital, sumado al cultural que pueden obtener al contar con conocimientos e información previa relativa a sus derechos, puede configurar un capital político que posibilita, a quienes deciden interrumpir sus embarazos, tener conciencia de la autonomía y la soberanía sobre sus cuerpos. En ese sentido, la manera en que se configura su decisión y la forma en que se accede a un determinado servicio tiene incidencia sobre la salud sexual de las mujeres y sobre la percepción futura de sus vidas con respecto a su decisión (p. 179).

De este enfoque se sigue que quienes no cuentan con información ni con contactos relacionados a temas de derechos sexuales y reproductivos (es decir, quienes no cuentan ni con capital cultural, ni social) correrán mayores riesgos en su salud integral al buscar acceder a un aborto terapéutico con amplias posibilidades de ser sujetas de revictimización y tener secuelas emocionales al negárseles la atención.

Este concepto, además, visibiliza, que en un contexto neoliberalizado, en el que prima la medicalización de la salud, deja a las personas únicamente con los recursos sociales y culturales que tienen como individuos para navegar el sistema. Esto no es deseable y genera mayor precariedad en quienes están en mayor vulnerabilidad ante un Estado ausente y cada vez más pequeño en lo que refiere a la provisión de la atención en salud en general.

En este escenario, la relación determinista pobreza-aborto inseguro se trastoca y reconfigura. Es decir, el capital económico no aseguraría necesariamente la calidad del aborto terapéutico; sin duda influirá, pero no sería determinante. Esto también aplica para el caso peruano, en donde hay evidencias de que en servicios privados tampoco es

posible acceder a la atención por aborto terapéutico con calidad y calidez<sup>16</sup>. En esa medida, el capital económico no determina una atención adecuada para acceder a un servicio de aborto terapéutico adecuado y humano.

Finalmente, según señala Vallejo (2017), el capital social es un determinante para el acceso al servicio en cuestión, pero de cualquier modo aún es necesario disponer de estándares para su medición, lo que permitirá su instrumentalización, aplicación, y facilitará su integración en forma de acciones que ejerzan influencia positiva. Tomar en cuenta los impactos del capital social como determinante en salud corresponde, también, al caso de la interrupción del embarazo por razones terapéuticas. De esa manera el Estado podrá implementar intervenciones institucionales planificadas para el desarrollo y la salud pública.

### **2.1.3. TRAICIÓN INSTITUCIONAL**

La traición institucional tiene lugar cuando una institución causa daño a un individuo o grupo de individuos que confían en esa institución. Según señalan Smith y Freyd las instituciones pueden convertirse en agentes activos en la traición violenta a través de sus protocolos, políticas o fallas para cumplir con procedimientos. Por ejemplo, Bedera ha documentado como algunas instituciones educativas, “al luchar por mantener el control sobre las instituciones, arrebatan el control a las supervivientes de violencia sexual en la forma de gestionar el trauma y replican patrones que tienen efectos duraderos y perjudiciales” (2021, pp. 68)

La traición institucional se puede encontrar en diversas instituciones tales como las educativas, religiosas, el sistema de justicia y también, como en el caso de este estudio, en el sistema de salud. Sin embargo, se sabe poco sobre los mecanismos organizativos a través de los cuales se produce la traición institucional.

Es por eso que en este estudio me enfoco en cómo hay múltiples fallas en la atención salud. Estas van desde barreras limitantes a nivel de las políticas y protocolos para la atención en salud en general pero también específicamente para los casos que podrían atenderse por causa terapéutica. Las barreras también incluyen las falencias de un sistema de salud centralizado, que no está -ni busca estar- preparado para implementar

---

<sup>16</sup> Mediante resolución 1884-2017/SPC-INDECOPI multan por 81 mil soles (aproximadamente 22 mil dólares) a la clínica El Golf, por evitar valorar y poner en trámite la solicitud de aborto terapéutico presentada por una de sus pacientes.

lineamientos sanitarios en contextos más allá de los urbanos generando vacíos y demoras que finalmente restringen la atención.

Este concepto ayuda a entender una dimensión compleja de lo que sucede en un contexto sanitario en el que se restringe la atención por aborto terapéutico, especialmente a aquellas niñas o adolescentes que se encuentran en casos de embarazos de riesgo, no deseados y que podrían acceder a dicha atención. Dado que las supervivientes de violencia sexual necesitan autonomía para sentirse realmente apoyadas por las instituciones, si esas opciones son ineficientes o solo simbólicas es insuficiente y constituye una falla que asegura que situaciones similares se repitan (Bedera, 2021).

La traición institucional daña, silencia, ignora y por ende no apoya a la víctima. Sin embargo, autores como Smith y Freyd sostienen que es posible fomentar un cambio cultural en el que se promueva el “coraje institucional” para transformar las instituciones y su accionar (2013, p. 583).

A continuación, presentare los enfoques orientadores que han sido utilizados en el marco de esta investigación con el objetivo de incluir estas perspectivas en la recopilación y análisis de la información.

## **2.2.ENFOQUES ORIENTADORES**

Los enfoques orientadores empleados, son perspectivas analíticas generales que guían la reflexión y las recomendaciones. Considero que los enfoques de género, interseccionalidad, interculturalidad e intergeneracional, son aspectos que siempre deben tomarse en cuenta en el marco de una investigación de ciencias sociales.

En esa medida, desde la comprensión del **enfoque de género**, se entenderá la categoría género como una construcción social determinada por prácticas y significados sociales. Esta perspectiva facilitó analizar en qué lugar de poder o de desigualdad se ubican las sujetas limitadas en el ejercicio de su derecho al aborto terapéutico. En ese sentido, en la actualidad es posible afirmar que el género determina inequidades y desigualdades que se expresan en el (in)acceso a la atención y recursos de salud; en la calidad de la atención en ese mismo ámbito; en el financiamiento de la atención; así como, en el ejercicio autónomo del cuidado de la salud y las decisiones que de ello deriven. Por ello, es evidente que los servicios de salud distan de proporcionar condiciones para

comprender el “cuerpo como el lugar de una libertad potencial” (Valls Llobet, 2014, pp. 45-50.).

El enfoque de género se enmarca, a su vez, desde una perspectiva de derechos humanos, en tanto que las barreras que afectan el acceso al aborto terapéutico constituyen violencia, menoscaban el derecho a la integridad personal, y limitan el ejercicio y goce de los derechos civiles, económicos, sociales y culturales. Asumir esta perspectiva implica reconocer que el derecho a una vida libre de violencia constituye una condición básica para el desarrollo humano, por la cual el Estado debe velar (Abramovich, 2006, pp. 38-45).

En su mayoría, los marcos conceptuales de género se centran únicamente en las relaciones de género. Pese a que las mujeres no son un sector homogéneo, ello no es considerado por las instituciones (en este caso específico, no es tomado en cuenta por los servicios de salud seleccionados), y, como resultado, surgen problemas que afectan única o, principalmente, a determinadas mujeres, quienes pueden quedarse sin una respuesta adecuada y oportuna frente a sus necesidades, lo que, en consecuencia, las vuelve invisibles. En esa medida, el **enfoque de interseccionalidad**<sup>17</sup>, al ser una herramienta para el análisis, ayudó a comprender la manera en que las diferentes identidades influyen sobre el acceso a derechos y oportunidades. Este enfoque permitió entender la atención como una extensión de esas experiencias sociales diferenciadas a través de la interrelación de elementos como la etnia, el origen social, la orientación sexual, la identidad de género, entre otros (Mora y Bautista, 2014, pp. 303). Se debe entender, pues, que la interseccionalidad para fines de este estudio parte de la premisa de que la gente vive identidades múltiples, formadas por varias capas, que se derivan de las relaciones sociales, la historia y la operación de las estructuras del poder.

Las personas pertenecen a más de una comunidad a la vez y pueden experimentar opresiones y privilegios de manera simultánea. En esa medida, es que la perspectiva interseccional busca abordar las formas en las que el racismo, el patriarcado, la opresión de clase y otros sistemas de discriminación crean desigualdades que estructuran las posiciones relativas de las mujeres.

---

<sup>17</sup> La interseccionalidad nombra las diferencias, desmitificando y tomando como punto de partida la interacción y valoración social de cada capa identitaria del sujeto de derechos universal, para construir sociedades multiversos y pluriculturales: verdaderas sociedades igualitarias (AWID, 2004 párr. III).

Esta perspectiva es relevante para fines de este estudio pues toma en consideración los contextos históricos, sociales y políticos y también reconoce experiencias individuales únicas que resultan de la conjunción de diferentes tipos de identidad. Por ejemplo, la experiencia de un aborto terapéutico en Lima será cualitativamente distinta a una en Madre de Dios, aun cuando se traten de personas de la misma edad. E inclusive al interior de la región, esto variará de acuerdo a circunstancias como las condiciones en las que se acude al servicio, la identidad étnica que identifique a la usuaria, la ubicación del establecimiento de salud, si es periurbana o urbana, si es de primer o segundo nivel, y así sucesivamente. Esta perspectiva permite entender la combinación de identidades como una suma que incrementa la propia carga sino como una que produce experiencias sustantivamente diferentes.

Para atender la diversidad cultural de la región y en los servicios seleccionados, también tendré en cuenta el **enfoque de interculturalidad**<sup>18</sup>. Este enfoque se empleó para reconocer la expresión de las diversidades culturales, además de la diversidad institucional —en cada servicio de salud— para identificar aquellos factores que son entendidos como barreras en la atención al aborto terapéutico (Barabas, 2014; Carracedo y Viglianchino, 2008). Nos encontramos, de ese modo, no solo frente a un problema criminalizado social y penalmente, sino frente a una barrera de comprensión intercultural en la atención regular para el cuidado de la atención en salud sexual y reproductiva, especialmente en lo que refiere a la derivación y atención del aborto terapéutico. Asimismo, este enfoque permitiría visibilizar la responsabilidad del Estado para actuar desde la institucionalidad a fin de remediar esta barrera; a la luz de este, el Estado lograría valorizar e incorporar las diferentes visiones culturales, concepciones de bienestar y desarrollo de los diversos grupos étnico culturales para la generación de servicios con pertinencia cultural, en temas de acceso a la salud sexual y reproductiva y con ello de acceso al aborto terapéutico (Blanco y Reyes, 2009, pp. 24-25). Este enfoque es necesario de tener en cuenta para el análisis del problema dentro de un contexto como los establecimientos de salud seleccionados, considerando su ubicación en zonas urbanas, como en el caso del P.S. La Joya y el Hospital Santa Rosa o

---

<sup>18</sup> La interculturalidad refiere a las relaciones de intercambio y comunicación igualitarias entre grupos culturales diferentes en atención a criterios como etnia, religión, lengua o nacionalidad, entre otros. La interculturalidad supone la aplicación de una serie de principios que hacen de este un concepto complejo. Entre ellos, están el reconocimiento de la ciudadanía, reconocimiento del derecho a ejercer la identidad originaria de los pueblos, rechazo a las formas de imposición de la cultura hegemónica y marginación de la cultura minoritaria, comprensión de las culturas como fenómenos dinámicos, y comunicación horizontal.

periurbana como es el caso del P.S Santa Rosa. En estos establecimientos, la falta de atención en salud con enfoque intercultural, particularmente en ginecobstetricia (como en casos de parto o aborto terapéutico), es una de las barreras identificadas en el marco de esta investigación.

Por otro lado, se empleó, también, el **enfoque intergeneracional**, el cual ayudó a identificar las relaciones de poder entre los distintos grupos etarios, así como sus vínculos y necesidades específicas, a fin de mejorar el acceso en la atención de casos de aborto terapéutico. Con este enfoque, es posible identificar la vulnerabilidad de las adolescentes y las niñas en la búsqueda de atención en casos de aborto terapéutico. Además, dicha vulnerabilidad presenta una correlación con los altos índices de violencia sexual y embarazo forzado en adolescentes y niñas (Sebastiani, 2014, p. 63).

### **III. EL CONTEXTO DEL ACCESO AL ABORTO TERAPÉUTICO EN EL PERÚ**

#### **3.1. ANTECEDENTES LEGALES EN LA REGIÓN**

Si bien el conocimiento de las regulaciones vigentes sobre el aborto ha aumentado significativamente en América Latina, no hay evidencia empírica sistemática sobre cómo ese conocimiento se ha extendido y ha sido incorporado a través de los territorios de los diversos países. Sin embargo, estudios preliminares en distintos países indican que el modelo de causales de aborto no funciona en la práctica tal cual se esperaba. Las dificultades de implementación justifican la caracterización del régimen de causales como inviable. Dado el carácter sistemático de esta inviabilidad en América Latina es posible argumentar también que se trata de una estrategia regulatoria incompatible con los deberes asumidos por los Estados ante la comunidad internacional<sup>19</sup>

Según Bergallo, en Argentina, como sus pares de la región, el Ministerio de Salud de la Nación no ha desarrollado campañas masivas de información para combatir la confusión imperante y numerosos ministerios de salud provinciales permanecen en silencio respecto del tema. Esta situación también parece ser predominante en la mayoría de países en la región. (Bergallo, 2018, p. 157)

---

<sup>19</sup> El Perú, por ejemplo, asume la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención de Belém do Pará.

La protección de los derechos de las mujeres, considerados para fundar un modelo de causales de aborto, es vulnerada cada vez que, en la práctica, las mujeres no pueden acceder a los abortos legales a los que tienen derecho. En esa medida, resulta imposible garantizar la protección de los derechos de las mujeres a la vida, la salud, la integridad física y sexual, la autonomía y la igualdad en que suelen fundarse los regímenes de causales para acceder al aborto en los diferentes países de América Latina.

Varios países de la región, en su proceso por despenalizar el aborto, “evidencian la complejidad de la (des)conexión entre la ley, la política sanitaria y el acceso a los servicios de salud, ya que esta depende críticamente del contexto socioeconómico y político de implementación” (Halland, et al. 2020, pp.5-7)

En ese sentido, si bien es conocido que leyes restrictivas no reducen la prevalencia del aborto<sup>20</sup>. No obstante, a la inversa, “solo la promulgación de normativas y protocolos de aborto, aun siendo liberales, no son suficientes para garantizar el acceso a los servicios de abortos seguros”. (Bergallo, 2018, p.155).

Las reformas en torno al modelo de causales apuntan a un proceso de liberalización gradual y que en algunos países, ha ido logrando algunos cambios en lo que por décadas fue una regulación restrictiva intocable<sup>21</sup>. Sin embargo, no hay mucho que celebrar como resultado de estas transformaciones moderadas: allí donde las causales de aborto comienzan de manera gradual a funcionar, se muestra un universo de retos de implementación y, hasta donde se sabe, las barreras de acceso a los abortos previstos en las causales perduran todavía. (Bergallo, 2018, p.156).

Como ejemplo, es importante recordar el caso de Colombia en el que la Sentencia C-355 de 2006 incluye las causales de exoneración del delito de aborto cuando: “la continuación del embarazo supone un riesgo para la vida o para la salud física o mental de la mujer; existen serias malformaciones que hacen que el feto sea inviable; y cuando el embarazo es consecuencia de un acto criminal de violación, incesto, inseminación

---

<sup>20</sup> Según la OMS, los datos demuestran que las políticas restrictivas no solo no reducen el número de abortos en las mujeres y las niñas, sino que también afectan a la posibilidad de que se practiquen de forma digna y sin riesgos. La proporción de abortos peligrosos es significativamente más elevada en los países que imponen leyes muy restrictivas que en aquellos donde estas leyes son más laxas. Para mayor información ver: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

<sup>21</sup> Por ejemplo, en lo que refiere a las experiencias en la Argentina, Colombia y Chile, en las que el modelo de causales está presente. Para mayor información del estudio minucioso de estos casos ver: <https://www.cmi.no/publications/file/6584-movimiento-transnacional-contra-el-derecho-al.pdf>

artificial involuntaria o implantación involuntaria de un óvulo fecundado”  
(Constitucional, 2006).

Esta legislación en su momento fue vista como un avance significativo, especialmente en lo que refiere a esta última causal. Ya que el único requisito para acceder al aborto en casos de violencia sexual consiste, según sentencia, en una copia de la denuncia. Esto era, al parecer, un signo de progresismo, sobre todo si lo comparamos con las realidades de países como Bolivia, Panamá, o también en algunas entidades federativas en México, que en casos de violación sexual exigían una sentencia judicial o la valoración de alguna autoridad sobre la veracidad de la denuncia (Bergallo y González Vélez, 2012, pp. 22-27); (Barraza y Gómez, 2009, p. 43).

Sin embargo, el condicionamiento de la presentación de la denuncia, que se plantea como una mera formalidad, es una restricción insondable cuando de acceder a la interrupción del embarazo por dicha causal se trata. Es decir, implicó que las mujeres sorteen sendas barreras burocráticas. Por ejemplo: fallas en el proceso de interposición y decisión frente a una denuncia, que incluían el recibir información falsa sobre el trámite o los requisitos para interponer una denuncia por violencia sexual; negativas a recibir o entregar una copia de la denuncia; dilación injustificada de la prestación del servicio; y el temor a represalias, entre otras (González Vélez y Castro, 2016, pp. 23-31). Por todo ello, en muchos de estos casos, se optaba por apelar a la causal salud para intentar sortear estos escenarios adversos para quienes habían sido víctimas de violación sexual (Picasso, 2018, p. 240). Frente a esto, para los casos de niñas y adolescentes se han establecido estándares específicos. Primero, que no puede ser exigida la presentación de una denuncia cuando se trate de niñas menores de 14 años. Segundo, que debe proveérseles información completa y veraz sobre el procedimiento. Tercero, que debe respetarse su decisión, incluso si sus padres o tutores no están de acuerdo<sup>22</sup>. Esta situación se repite en otros países de la región como, por ejemplo, en los casos de Ecuador y Bolivia.

En el caso de Ecuador, si bien se reconoce judicialmente la despenalización del aborto para todos los casos de violación, y actualmente se debate la Ley que regulará su acceso. Los nudos críticos que están en debate tienen que ver con los requisitos para su

---

<sup>22</sup> Sentencia SU095/18. Para conocer la Sentencia ver: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2018/SU095-18.html>



implementación y son múltiples. Primero, la condición de presentar una denuncia o declaración juramentada, que constituye una limitación para aquellas mujeres que carecen de recursos o se encuentran en dependencia económica: mujeres empobrecidas, en situación de movilidad, privadas de la libertad, todas ellas encontrarían en este requisito una barrera para el acceso. Segundo, un plazo límite gestacional, pese a que previo a la despenalización, el ordenamiento jurídico ecuatoriano no fijaba un plazo, la discusión de este tema da cuenta de una medida que, de darse, implicaría contravenir el principio de no regresividad y volver aún más excepcional la causal. Tercero, el examen médico legal, que suele ser revictimizante para las usuarias. En Ecuador, el debate surge a partir de que, cualquier requisito que se incluya, debe estar orientado a facilitar y no a entorpecer el acceso. La ruta de acceso a un aborto en casos de violación sexual debe significar un proceso sencillo, ágil, seguro y no revictimizante. Así como en Ecuador, en los demás países de la región, incluido el Perú, lograrlo solo será posible con marcos legales y técnicos, que se construyan “desde los márgenes al centro”, es decir, que no impongan barreras de acceso, sino que incluyan las realidades de todas las mujeres. (Romero, 2021, párr. VI, VII).

En el caso de Bolivia la Defensoría del Pueblo evidencia que existen brechas en el cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 que garantiza la interrupción legal del embarazo en los casos de violación, incesto, estupro; y cuando la vida o la salud de la madre corre peligro. La Sentencia, si bien denota un gran avance en los derechos de las mujeres, pues declara como inconstitucional la autorización judicial como requisito para realizar la interrupción legal del embarazo, no vence los obstáculos e impedimentos para el acceso al servicio de la interrupción legal del embarazo por parte de las instancias estatales competentes de cumplir dicha obligación, así como por los proveedores de salud, ya que las usuarias que acuden a un establecimiento de salud con un embarazo producto de una violación sexual, son sometidas una y otra vez a cuestionamientos del personal médico acerca de su decisión, ya sea por prejuicios, desconocimiento de la norma o decisiones arbitrarias. En la mayoría de los casos, este personal trata de influir en las mujeres para lograr cambiar la decisión asumida y que así continúen con un embarazo no deseado o directamente negándoles el derecho de interrumpir el embarazo, situaciones que provocan angustia, dolor, sufrimiento y revictimización en las mujeres. Esto se da sobre la base de condiciones estructurales de

precariedad que se expresan en que no todos los establecimientos de salud cuentan con la infraestructura, el equipamiento, medicamentos e insumos para la realización de la interrupción legal del embarazo, lo cual a su vez resulta en el incumplimiento del procedimiento técnico aprobado a través de la RM 027/2015 de 29 de enero de 2015 para la atención de estos casos (Defensoría del Pueblo, 2020, pp. 201-205).

### 3.2 ANTECEDENTES LEGALES EN PERÚ

En el caso del Perú, la criminalización del aborto en general produce un contexto adverso para la implementación del aborto terapéutico. Es decir, “si el derecho al aborto se regula mediante un mecanismo de causales, la posibilidad de la denuncia por cometer un aborto ilegal es imposible de evitar” (Bergallo, 2018, p. 158). En esa medida, en el caso peruano el aborto terapéutico no se desvincula de esa posibilidad, en tanto la Ley General de Salud obliga al personal de salud a reportar los casos de aborto “ilegal”. Es decir, la propia Ley General de Salud en su artículo 30 genera un estigma negativo sobre el aborto al señalar lo siguiente:

Artículo 30°.- El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o *cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.* [énfasis agregado].

La aplicación de este artículo de la ley, de entrada, genera conflicto con la propia Constitución Política del Perú, que señala lo siguiente en relación al derecho a la salud: “Artículo 7.- Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”.

El artículo 30 y su aplicación ha dado lugar a que la criminalización tenga un lugar predominante en la protección de la salud de las personas por parte de los proveedores de salud en el país. Este artículo de la Ley General de Salud desincentiva y es, en sí mismo, una barrera para el acceso a la atención.

En el caso peruano la única forma de aborto legal es la terapéutica desde 1924 tal cual esta consignado en el Código Penal en su artículo 119. A lo largo del tiempo, se han dado iniciativas de despenalizar el aborto por violación mediante iniciativa de Ley en

1989<sup>23</sup>; a través del intento de reforma del Código Penal en 2009<sup>24</sup>; y en 2016 mediante la iniciativa legislativa ciudadana 3839-2014 IC: Ley que despenaliza el aborto en los casos de embarazos a consecuencia de una violación sexual<sup>25</sup> que ha sido el esfuerzo ciudadano y público más visible por buscar ampliar las causales legales por las cuales se puede acceder al aborto. Es hasta el 2014 en donde hay un avance claro con la protocolización de la causal terapéutica, y con la aprobación de la Guía Técnica para la atención del Aborto Terapéutico. Es aún es un tema en disputa, que la Guía, pueda aplicarse a las personas con embarazos de riesgo, no deseados producto de violación sexual, paradójicamente, más aún cuando se trata de niñas y adolescentes. La Guía no aborda explícitamente la posibilidad de daño grave o permanente valorando el riesgo físico y mental que implica un embarazo no deseado producto de violación sexual en niñas y adolescentes. Aunque, la experiencia internacional, da cuenta de cómo la causal salud incluye la salud mental, lo cierto es que para el caso peruano aún hay un gran debate sobre qué es grave, o daño permanente, y el impacto en la salud mental no es considerado como un elemento fundamental en esa evaluación.

### **3.3. DESCRIPCIÓN DEL CAMINO FORMAL QUE INDICA LA GUÍA TÉCNICA NACIONAL PARA LA ATENCIÓN DE ABORTO TERAPÉUTICO**

El contexto expuesto líneas arriba pone en evidencia que persisten barreras para la atención del aborto terapéutico, aun cuando existe la Guía Técnica, elaborada por el MINSA (2016) para su aplicación con el principal objetivo de dirigir la puesta en práctica del contenido señalado en el artículo 119 del Código Penal<sup>26</sup>; dado que la interrupción voluntaria del embarazo por razones médicas no es ilícita bajo las condiciones que el artículo mencionado plantea, su acceso no debería restringirse.

El principal objetivo de la Guía es:

Asegurar la Atención Integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós

<sup>23</sup> Esta propuesta fue aprobada en el Senado. Sin embargo, el entonces presidente Alan García la observó el día que se iba de Palacio de Gobierno luego de la visita del cardenal Augusto Vargas Alzamora. CMP Flora Tristán (26 de septiembre, 2018) *Aplicación del Protocolo del Aborto Terapéutico* [sesión de conferencia] Consejo Directivo Nacional de ForoSalud.

<sup>24</sup> En octubre del 2009 la Comisión Especial Revisora del Código Penal peruano decide despenalizar el aborto en casos de violación; sin embargo, la reforma del nuevo Código Penal no prospera.

<sup>25</sup> Incluye también inseminación artificial o transferencia de óvulos no consentidas y malformaciones incompatibles con la vida. Esta Iniciativa legislativa recolectó 64,261 firmas válidas para poder ser ingresada al Congreso.

<sup>26</sup> "Artículo 119. - No es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente".

semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, en el marco de los derechos humanos, con enfoque de calidad, género e interculturalidad (MINSA, 2016, p. 8).

Asimismo, también busca:

Estandarizar los procedimientos para la atención integral de la gestante en los casos de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de veintidós (22) semanas con consentimiento informado, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente, conforme dispone el artículo 119 del Código Penal y normas legales vigentes (MINSA, 2016, p. 8).

Además de que la Guía describa sus objetivos, también establece de manera expresa once causales<sup>27</sup> para acceder al aborto terapéutico. Entre estas causales, solo la última permitiría considerar embarazos que pongan en riesgo no solo la salud física, sino también la mental o social de la gestante. De acuerdo con la onceava causal, la gestante puede acceder a este procedimiento cuando presente “Cualquier otra patología materna que ponga en riesgo la vida de la gestante o *genere en su salud un mal grave y permanente*, debidamente fundamentada por la Junta Médica” [énfasis agregado]. Notemos, sin embargo, la imprecisión de la norma: el alcance del concepto “*salud*” y lo que implica una “*amenaza de daño grave o permanente*” [énfasis agregado] no son claros y da a lugar a múltiples interpretaciones, lo cual es peligroso, pues esta imprecisión podría incluso permitir que se desestimen como causales para acceder al aborto terapéutico los daños en la salud mental de una gestante. Así, la misma normativa constituye una barrera más para el acceso a la atención debido a su falta de precisión. Como notare más adelante, la Guía Técnica, resulta en sí misma una barrera para la atención.

---

<sup>27</sup>1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical (no requiere junta médica); 2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno (no requiere junta médica); 3. Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento con deterioro grave hepático y/o renal; 4. Neoplasia maligna que requiera tratamiento quirúrgico, radioterapia y/o quimioterapia; 5. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares) con hipertensión arterial y cardiopatía isquémica refractaria a tratamiento; 6. Hipertensión arterial crónica severa y evidencia de daño de órgano blanco; 7. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo; 8. Lupus eritematoso sistémico con daño renal severo refractario a tratamiento; 9. Diabetes mellitus avanzada con daño de órgano blanco; 10. Insuficiencia respiratoria severa demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno 50 mm de Hg, saturación de oxígeno en sangre < 85 % y con patología grave. La última causal, por ser de especial interés para esta investigación, es descrita en el cuerpo del texto. La Guía fue aprobada el 28 de junio del 2014. Para acceder a la norma ver: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aprueban-la-guia-tecnica-nacional-para-la-estandarizacion-d-rm-n-486-2014minsa-1103581-1>

A continuación, pasaré a presentar la síntesis de los pasos formales para acceder a la atención por aborto terapéutico establecidos por el MINSA a la luz de dos momentos claves: antes y después de la junta médica.

Previo a la junta médica:

- El médico tratante tiene la obligación de informar a la embarazada sobre el diagnóstico, el pronóstico, y la valoración del riesgo para su vida o su salud, ofreciendo información relevante sobre el procedimiento del aborto terapéutico
- Luego, a petición de la gestante, el médico tratante presentará la solicitud escrita del caso a la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia con conocimiento de la Dirección General del establecimiento de salud.
- Es la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia la que convocará una Junta Médica, que deberá ser conformada por tres profesionales médicos y, por lo menos, un gineco obstetra. Es en ellos en quienes recae la decisión de aceptar la procedencia del aborto o negar la solicitud. Es importante mencionar que, desde que se presenta esta solicitud hasta que se resuelve, no deben superarse los seis días calendarios según la Guía.

Posterior a la junta médica:

- Si se aprueba el aborto terapéutico la usuaria, o su representante legal, firmará el consentimiento informado y la autorización del procedimiento.
- De negarse el procedimiento, la usuaria puede solicitar que se conforme una nueva junta médica que debe evaluar y decidir la interrupción terapéutica del embarazo en un plazo máximo de 48 horas.

El procedimiento establecido en la Guía señala que la interrupción del embarazo se realiza en un establecimiento del nivel II-1 y II-E<sup>28</sup>, es decir, del segundo nivel de

---

<sup>28</sup> Según la resolución ministerial N.º 546 del Ministerio de Salud, los servicios de salud se clasifican de acuerdo a sus niveles de complejidad. "En conjunto, determinan su capacidad resolutoria, respondiendo a realidades sociosanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes", indica el documento. Estos niveles de complejidad responden a las necesidades de salud de los usuarios a quienes atienden.

Primer nivel de atención: Categoría I-1. Puesto de salud, posta de salud o consultorio con profesionales de salud no médicos; Categoría I-2. Puesto de salud o posta de salud (con médico), además de los consultorios médicos (con médicos con o sin especialidad); Categoría I-3. Corresponde a los centros de salud, centros médicos, centros médicos

atención, en un plazo máximo de seis días calendarios desde la solicitud a la dirección del establecimiento de salud, previa evaluación de una junta médica, conformada por tres médicos. Sin embargo, estos plazos no se cumplen y el propio MINSA lo reconoce (MIMP, 2018 a, p.50). Según señala Guillermo Atencio La Rosa, director ejecutivo en salud sexual y reproductiva del MINSA (2021), la aceptación de la solicitud de un aborto terapéutico suele tomar semanas, no menos de 4 semanas, y las usuarias suelen llegar al servicio con -al menos- 16 semanas de edad gestacional, lo que hace difícil alcanzar la atención antes del plazo límite de 22 semanas de edad gestacional que establece la Guía.

Ahora bien, en los casos de emergencia, la Guía también indica:

En caso de emergencia, estando en riesgo la vida de la gestante, corresponde al jefe de guardia de emergencia convocar de inmediato, bajo responsabilidad, a una junta médica y tomar las acciones necesarias para evitar la muerte de la gestante o daño en su salud (MINSA, 2016, p. 16).

Volviendo a los pasos para lograr acceder a la interrupción del embarazo por motivos terapéuticos que señala la Guía en caso el procedimiento sea aprobado corresponde que:

- La Dirección Médica designa a un/a médica/o para el procedimiento, quien informa a la gestante o a su representante, de manera completa y detallada, sobre lo siguiente: diagnóstico, procedimiento, riesgos en caso de someterse o no, alternativas del procedimiento, entre otros (MINSA, 2016, p.12).

Subsecuentemente a lo anterior: “La gestante expresa su decisión. Coloca su número de Documento Nacional de Identidad (DNI) y firma los formularios de consentimiento informado y de autorización del procedimiento” (MINSA 2016, p. 17).

Asimismo, se debe tomar en cuenta que la Guía especifica que:

- La gestante puede cambiar su decisión en cualquier momento, desistiéndose del procedimiento, sin acarrear sanciones. Asimismo, el procedimiento se debería realizar dentro de las 24 horas. E informarse por escrito de los resultados a la

---

especializados y policlínicos y categoría I-4. Agrupan los centros de salud y los centros médicos con camas de internamiento.

Segundo nivel de atención: Categoría II-1. El conjunto de hospitales y clínicas de atención general; Categoría II-2. Corresponde a los hospitales y clínicas con mayor especialización; Categoría II-E. Agrupan a los hospitales y clínicas dedicados a la atención especializada.

Tercer nivel de atención: Categoría III-1. Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud; Categoría III-E. Agrupan los hospitales y clínicas de atención general con mayores unidades productoras de servicios de salud y servicios en general; Categoría III-2. Acá están presentes los institutos especializados (MINSA, 2011, p. 12).

Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia y a la Dirección General del establecimiento de salud (MINSa, 2016, p. 14).

Si la junta médica concluye que el aborto no es recomendable, y deniega la solicitud, se puede solicitar una segunda opinión a cargo de una nueva junta médica. Esto, se traduce en más tiempo, lo que lleva a retrasar la atención.

### 3.4. CIFRAS Y VACIOS DE INFORMACIÓN EN EL CONTEXTO NACIONAL

En el país, no hay cifras claras sobre las diferentes violencias basadas en género, lo cual no implica, según la Defensoría del Pueblo (2020, p.7), que el problema no exista ni que se trate de un asunto que no requiera de una amplia atención. Más bien, esta falta de claridad en el registro oficial del problema del que acá me ocupo demuestra una seria desatención hacia las violencias basadas en género en el Perú: no existe ningún registro con datos completos sobre niños, niñas y adolescentes que hayan sido afectados por la trata de personas, o por violencia física, psicológica o sexual. Dicho, en otros términos, no se cuenta con un registro unificado, es decir, el país carece de un sistema de reunión de datos que permita ver la real dimensión de la violencia basada en género en general y de la falta de acceso al aborto terapéutico en particular. Esto ya ha sido advertido por el Comité de los Derechos del Niño. En sus últimas recomendaciones al Estado peruano del año 2016, señala que ello podría constituir una gran barrera para comprender y evaluar la violencia sexual (problema que afecta especialmente a niños, niñas y adolescentes) y sus potenciales consecuencias, entre ellas, la necesidad de atención para abortos terapéuticos.

En el Perú, en lugar de contar con un sistema unificado que registre información sobre las violencias basadas en género que afectan específicamente a niñas y adolescentes, solo tenemos dispersos registros administrativos del Ministerio Público, Policía Nacional del Perú y del Programa Aurora del MIMP<sup>29</sup> (Ascarza, 2021, párr. XIV). De acuerdo con Cobeña, defensora adjunta para la Niñez y Adolescencia de la Defensoría del Pueblo, las denuncias por violencia sexual no revelan la totalidad real de casos, sino tan solo un 10% aproximadamente<sup>30</sup> (2020, párr. III), lo que nos pone de cara a una

<sup>29</sup> Este último solía ofrecer información más completa porque mostraba la cantidad de casos por tipo de violencia y regiones, pero, desde la pandemia, el boletín del MIMP dejó de emitirse. Ahora, únicamente hay datos muy generales que se obtienen a través de la vocería del MIMP, lo que podría estar ocultando la verdadera dimensión del problema.

<sup>30</sup> Desde el inicio de la pandemia, la Defensoría del Pueblo advirtió que, si bien era necesario el aislamiento por la emergencia sanitaria, debía ponerse especial atención hacia los servicios de protección a la niñez, ya que el aislamiento obligatorio ocasiona que las víctimas convivan con sus agresores. Es probable que muchos niños, niñas y hasta mujeres adultas no hayan pedido ayuda, por lo que debe existir una *cifra oculta*, no solo por la pandemia, sino

realidad social discriminatoria y violenta por razones de género, la que se agudiza especialmente en personas más vulnerables debido al entramado de violencias normalizadas racistas, clasistas, capacitistas, intergeneracionales, entre otras.

Si comparamos la información que proporcionan el Ministerio Público y RENIEC antes del contexto pandémico, entre los años 2017 y 2019, las denuncias por violación sexual a menores de 14 años eran inferiores al número de registros de nacimientos en madres adolescentes menores de 14 años (RENIEC, 2019). De ahí que eso sugiere, que hubo violaciones sexuales cuyas consecuencias fueron embarazos forzados que llegaron a término, y violaciones sexuales a niñas y adolescentes que quedaron impunes.

A continuación, comparto información recopilada por el Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) con información de RENIEC sobre los casos de niñas menores de 14 años atendidas por partos:

Tabla 1. Madres menores de 14 años en Perú

Año	Casos de niñas madres entre 7 y 10 años	Casos de niñas madres entre 11 y 14 años
2015	0	1621
2016	2	1872
2017	3	2303
2018	5	2339

Fuente: RENIEC 2018 en Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2018). *Difusión del embarazo infantil forzado como tortura en redes sociales y medios de comunicación. Propuesta de documento guía para comunicadores, periodistas y activistas* (p. 2). Lima, Perú: CLADEM.

Por otro lado, respecto de los casos de niñas madres menores de 14 años según el Registro del Certificado de Nacido Vivo (CNV), el mismo que está a cargo del RENIEC y MINSA, se reporta que, en el año 2020, el total de nacidos vivos de mujeres menores de 15 años de edad fue 1158; comparándolo con el año 2019, disminuyó en -10,5% (-136 nacidos vivos). Sin embargo, es importante precisar no se tiene evidencia sobre

---

también por desconocer los mecanismos de denuncia, imposibilidad de realizar llamadas o miedo de que las volvieran a agredir, sobre todo en un contexto de constante convivencia con sus agresores debido a la cuarentena. Tal vez las cifras anunciadas por las vocerías del MIMP no reflejen la dimensión real del problema; habría que solicitar un análisis mayor que permita reconocer cuántos niños y niñas y adolescentes han sido víctimas de violencia sexual.



como el contexto de COVID 19 ha afectado en particular el reporte de este dato al registro en línea (MINSa, 2020).

Es importante destacar la conexión entre las falencias para la adecuada atención de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y las barreras de acceso abortivo terapéutico que se les imponen. No existe una noción clara por parte de los proveedores de salud, que incluya la valoración de los impactos negativos en la salud mental de las sobrevivientes de violación sexual que resultan con embarazos de riesgo no deseados. Ni en las mujeres en general, ni en las niñas o adolescentes en particular. Asimismo, aun cuando la evidencia internacional señala lo vital que resulta incluir a la salud mental en la comprensión de la salud integral, esto no lo incluye de manera precisa la Guía. Además, para el caso peruano un efecto grave de este accionar limitado por la Guía se relaciona con la terrible evidencia que coloca al suicidio como la primera causa indirecta asociada a la muerte materna adolescente en el país, la cual muchas veces está, a su vez, vinculada a violencia física y sexual. (MINSa 2018). Estimo que en parte esta limitación se explica por el contexto de criminalidad de la práctica del aborto en general que se expresa en normas como el mencionado artículo 30 de la Ley General de Salud.

Es importante apuntar, que existen embarazos en adolescentes por múltiples razones y que negar el derecho a la educación sexual integral, a la salud sexual y reproductiva y a decidir sobre su vida en esos sentidos es otro tipo de violencia invisibilizada. Sin embargo, específicamente para la atención de casos de víctimas de violencia sexual, los datos recopilados reflejan que el sistema de salud no está cumpliendo de forma óptima su trabajo para garantizar la provisión del kit para la atención de casos de violencia sexual (que incluye la AOE y antirretrovirales), y tampoco asegurando el acceso al aborto terapéutico. Frente a esto, se crea el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los Establecimientos de Salud para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N.º 30364 y personas afectadas por violencia sexual, DS 008-2019-SA (MINSa, 2019). Sin embargo, una vez más la existencia de un protocolo no significa la garantía de la provisión de un servicio, o atención. En este caso la existencia de este protocolo indica las disposiciones a cumplir para atender víctimas de violación sexual, tanto por parte del personal del CEM como por parte del personal en los establecimientos de salud.

En el caso del personal del CEM se indica que deben seguir las siguientes disposiciones:

- Actuar con celeridad e idoneidad, en especial cuando se trate de niñas, niños y adolescentes.
- Garantizar una atención adecuada y pertinente y un abordaje de continuidad de cuidados, teniendo en cuenta los principios de debida diligencia e interés superior de la niña, niño y adolescente.
- Centrar la atención en la salud sexual y reproductiva de la víctima, así como en su afectación emocional.

Además, en términos de procedimiento la ruta de atención indica que el personal del CEM asegura que:

1. La persona víctima de violación sexual es trasladada por el personal del CEM al Instituto de Medicina Legal o atendida en el establecimiento de salud para la inmediata práctica de un examen médico y psicológico completo. Puede estar acompañada por alguien de confianza.
2. Informar a la persona víctima de violación sexual sobre su derecho a:
  - Atención integral
  - Aplicación del kit para la atención de casos de violencia sexual que incluye la AOE y antirretrovirales
  - En caso de embarazo producto de violación sexual, de su derecho a ser evaluada integralmente por un establecimiento de salud para que se determine si este pone en riesgo su vida o genera un riesgo en su salud grave o permanente<sup>31</sup>.
3. Garantizar la adecuada referencia a un EESS de salud para detección de infecciones de transmisión, administración de kit de violencia sexual.

---

<sup>31</sup> “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”, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 486-2014/MINSA” (MIMP, 2019, p.34)

En cuanto al personal de los establecimientos de salud deben cumplir las siguientes disposiciones:

1. En caso de embarazo<sup>32</sup>, el establecimiento de salud debe informar a la víctima, de su derecho a ser evaluada integralmente (salud física y mental) para determinar si este pone en riesgo su vida o genera un mal grave o permanente en su salud, aplicando la Guía Técnica correspondiente.
2. Se deberá proceder a un registro adecuado en la historia clínica de todo lo observado, a fin de preservar las pruebas.
3. Proporcionar a la víctima de violación, especialmente niñas y adolescentes, bajo responsabilidad, el kit de emergencia, que considera la AOE, antirretrovirales y exámenes pertinentes.
4. Los establecimientos de salud, deben brindar a la víctima atención médica y psicológica de forma continuada si así se requiere para la mejora del bienestar de la persona afectada.
5. El examen médico y psicológico debe evitar procedimientos invasivos y revictimizadores y, ser idóneo al tipo de violencia denunciada por la víctima.

En esta sección he tratado de: 1) describir la formalidad procedimental que se establece a partir del 2014, desde la aprobación de la Guía Técnica para la Atención de Aborto Terapéutico; 2) reconocer que permite que los proveedores de salud puedan proveer la atención en el marco de lo legal; 3) reconocer, que se trata de un avance importante para proteger los derechos de las mujeres. Sin embargo, como demostrare más adelante la Guía sigue siendo limitada para garantizar el derecho al aborto terapéutico.

### **3.4. CONTEXTO EN PUERTO MALDONADO-TAMBOPATA-MADRE DE DIOS**

La región Madre de Dios se ubica al sureste del Perú, en el bosque húmedo tropical. Por aquí discurre el río Madre de Dios y sus afluentes, todos conectados al Amazonas.

---

<sup>32</sup> “... Asimismo, el sector salud asegura el acceso a la información y garantiza a las y los adolescentes y a las niñas y niños víctimas de violencia sexual el servicio diferenciado de salud, el servicio integral de salud sexual y reproductiva, las pruebas rápidas, pruebas de tamizaje invasivo, entre otras, sin que medie la necesidad de autorización de la madre, padre o de la persona que asuma el cuidado de la/el adolescente para los procedimientos en favor de su interés superior” (MIMP, 2019, p.34)

Debido a sus particulares condiciones climáticas y geográficas, esta región cuenta con una gran diversidad biológica. Asimismo, sus sociedades y culturas no son las hegemónicas. Alberga a -al menos- diez pueblos indígenas u originarios algunos de los cuales se encuentran en situación de aislamiento o de contacto inicial (Ministerio de Cultura, 2020)<sup>33</sup>; la condición de vida de la ciudadanía es altamente variable en función de los subgrupos de la población, lo que genera diferencias en los resultados en materia de salud; y el contexto local es de violencia, particularmente de género, entre otras razones, por la prevalencia de trata de personas con fines de explotación sexual asociada a las actividades mineras ilegales e informales de la zona.

En cuanto a sus factores socioculturales, los indicadores muestran una alta tolerancia a la violencia contra la mujer, la cual también está presente a nivel nacional; no obstante, particularmente, esta se agudiza por la presencia de la minería informal e ilegal, y por las actividades derivadas de ella: la trata con fines de explotación sexual, un problema prevalente en la zona (Ruiz, 2018, p. 15).

Diversos estudios en Madre de Dios señalan que las mujeres son violentadas a lo largo de su vida (Ruiz, 2018, p. 39), por su propia familia (Romero, 2020, p. 10) o en espacios laborales (Barrantes y Escalante, 2015, p. 23). Por ello, las víctimas buscan formas de huir y autosostenerse (Romero, 2020, p. 38).

En Madre de Dios, formalmente existen cinco CEM, pero tan solo un CEM en Comisaria. Asimismo, cuentan con un Servicio de Atención Urgente (SAU), dos equipos de Estrategia Rural y cinco Equipos Itinerantes de Urgencia (EIU). Además, esta región tiene cuatro Centros de Acogida Residencial (CAR), cuyo objetivo es proteger a niñas y adolescentes sin cuidados parentales o en riesgo de perderlos.

Además, así como ocurre a nivel nacional, la región se ve afectada profundamente por la falta de acceso a la información oficial respecto de la incidencia de las violencias basadas en género y, en particular, respecto del acceso al aborto terapéutico. Esto se ve agudizado por el imperante centralismo en el país que privilegia la capital del Perú, Lima, en detrimento de las zonas alejadas de esta, como Madre de Dios.

---

<sup>33</sup> “Los pueblos indígenas que reporta el Ministerio de Cultura son: Amahuaca, Ashaninka, Ese Eja, Harakbut, Iñapari, Kichwa, Mashco Piro, Matsigenka, Shipibo-Konibo y Yine” (MINCUL, 2020)

En lo que respecta a esta región, durante el 2018, se registraron 1289 denuncias por violencia contra la mujer, es decir, un promedio de 107 al mes (Defensoría del Pueblo, 2020). De acuerdo con Gimo Loaiza, Defensor del Pueblo en Madre de Dios, el promedio diario de denuncias es de 30 a 40 solo en Puerto Maldonado (2019, párr. IV). Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2018, 57.4 % de las mujeres consultadas en Madre de Dios reportaron haber sido víctimas de violencia física ejercida alguna vez por el esposo o compañero bajo los efectos del licor/drogas o ambas (INEI, 2018, p.20).

Por otro lado, la violencia que las mujeres experimentan no siempre es física. Esta puede revelarse a través del mantenimiento de roles tradicionales, tanto a nivel familiar como sociopolítico (Romero, 2020, p. 40): en esta región, se mantienen los estereotipos de género que restringen a la mujer únicamente a la esfera privada, encargada de tareas de reproducción y cuidado. Un ejemplo significativo de lo anterior es que, hasta la fecha, ninguna mujer ha ocupado el cargo de congresista nacional como representante de Madre de Dios. Del mismo modo, aunque la actual directora de la Dirección Desconcentrada -DDC es una mujer indígena<sup>34</sup>, las mujeres ocupan reducidos cargos públicos, por ejemplo, ninguna mujer ha ocupado el cargo de la presidencia regional de Madre de Dios o de alcaldesa de Puerto Maldonado (JNE, 2021, párr. III).

En cuanto a los indicadores de violencia sexual en el año 2018, a nivel nacional se registraron 45 denuncias por cada 100 mil mujeres. Particularmente, Madre de Dios presentó la mayor tasa de denuncias: 136 por cada 100 mil mujeres (INEI, 2019, p. 51). Esta tendencia se mantiene, aun cuando en los años 2020 y 2021 hubo (y hay) dificultades en el registro de denuncias debido al contexto de pandemia.

El MINSA reportó que, en Madre de Dios, entre los años 2015 al 2018, se atendieron 76 casos de niñas madres (entre 11 y 14 años) y 643 de madres adolescentes (entre 15 a 17 años). En ningún caso de los 719 reportados se tuvo acceso a un aborto terapéutico, sin considerar que esta cifra representa un subregistro de la totalidad real de casos. Acá, no se incluye a las gestantes que recibieron atenciones extrahospitalarias, ni los casos que culminaron en abortos clandestinos. Tampoco se hizo un balance desde ningún sector del Estado sobre los casos de segundos (y terceros) embarazos en niñas y adolescentes, lo que las coloca en una condición de aun mayor vulnerabilidad en su salud integral, y

---

<sup>34</sup> Marcia Edith Tije Capi es la actual Directora de la Dirección Desconcentrada de Cultura de Madre de Dios.

agudiza el ciclo intergeneracional de empobrecimiento (Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza-MCLCP, 2018, p. 14). En cuanto a muerte materna, la tasa estimada de mortalidad materna en Madre de Dios entre el 2012 al 2016 es de 11.9 siendo la cuarta más alta a nivel nacional (Gil, 2018). Además, particularmente en Madre de Dios, entre 2013 y 2017 se reportó que el aborto, era el 11.1% de las causas de muerte materna, superando a Lima que registra un 8.4% (Gil, 2018), por lo que se trata de un tema de relevancia para la región que no está siendo abordado, ni en su generalidad, como problema de salud pública en un entorno de alta vulnerabilidad social y criminalidad. Ni de manera específica en cuanto a lo que refiere a la provisión del aborto terapéutico en la región (Gil, 2018).

Finalmente, como ya se ha mencionado, la actividad minera ilegal que prolifera en la zona promueve que se asienten campamentos de trabajo, lo que tiene como consecuencia la propagación de diferentes comercios que ofrecen desde alimento y alcohol, y hasta drogas y servicios sexuales (Barrantes y Escalante, 2015 p. 63), problema que, lejos de detenerse, va en aumento, pues la población migra hacia nuevas zonas colindantes siguiendo la misma dinámica (Ruiz, 2018, p. 98). En ese sentido, el constante movimiento por la búsqueda de seguir explotando oro y la huida constante debido a los operativos de la Policía Nacional del Perú (PNP) mantiene el éxito de esta dinámica económica que se teje por medio de redes criminales locales que terminan involucrando, de alguna u otra manera, a toda la comunidad, pues todas las actividades económicas se derivan de la explotación minera ilegal, lo que favorece la impunidad. Probablemente hay más víctimas de violencia sexual, donde hay prevalencia de trata de personas, sin embargo, es difícil saber por el problema del deficiente o nulo registro de datos en términos de salud y justicia.

Entonces, estas condiciones generan más distancias simbólicas y reales en el acceso a la atención en salud en general y, específicamente, en los casos de aborto terapéutico. Estos problemas se agravan aún más por el contexto pandémico de la COVID-19, que agudiza y revela la precariedad estructural de los servicios de salud, más allá de la provisión específica del aborto terapéutico.

## **IV. METODOLOGÍA**

### **4.1. CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS**

Esta investigación se llevó a cabo bajo una metodología cualitativa, y que combina varias técnicas para la recolección de información y el análisis, tales como la revisión de antecedentes legales, la observación de los servicios de salud seleccionados, las entrevistas a informantes clave poniendo cuidado a su confidencialidad.

Para los fines de esta investigación, identifiqué cuáles son las principales barreras para acceder al aborto terapéutico en servicios de salud seleccionados en Puerto Maldonado-Tambopata-Madre de Dios, especialmente aquellos en que se dan en niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados a consecuencia de violación sexual. Asimismo, analizo si la aplicación de la Guía Técnica para la Atención del Aborto Terapéutico, facilitó el acceso a la atención.

Como mencioné en el apartado anterior, analizo, dos servicios de atención en salud sexual y reproductiva que corresponden al primer nivel de atención, es decir, el primer contacto con la institucionalidad sanitaria en Madre de Dios. Se trata del P.S. Santa Rosa y el P.S. La Joya. También considero el Hospital Regional Santa Rosa, que es al que corresponde la derivación desde los servicios de primer nivel seleccionados. El Hospital Santa Rosa está autorizado por el MINSA para la práctica del aborto terapéutico al ser un servicio de segundo nivel.

La selección de los casos responde fundamentalmente a que contaba con información disponible a la que accedía como parte de mi trabajo como coordinadora de Fortalecimiento de Capacidades de una ONG en Lima. La ONG cuenta con una sede local en la ciudad de Puerto Maldonado y dos Centros de Orientación Comunitaria: acuden personas que pueden llegar por distintos canales y en diversas situaciones de vulnerabilidad social en general, y de violencias basadas en género en particular. Estos son casos únicos y no buscan ser comparables o representativos. Es dentro de ese marco que, debido a mi rol, hacía visitas recurrentes a las localidades, por lo que tenía contacto permanente con la mayoría de los actores sociales relevantes del contexto local.

En mayo de 2019, terminé mi vínculo laboral. Más adelante, en el segundo trimestre del 2021, retomé el contacto con estos actores y empecé a reunir información. Debido a las restricciones de movilización interna por COVID-19, conté con el apoyo de Rosa

Carrillo, trabajadora social y activista feminista en la región de Madre de Dios, quien me asistió en esta parte de la investigación y que tuvo acceso a los servicios como acompañante de una paciente, y con quien pudimos finalizar la documentación de las condiciones de las instalaciones y actualizar la observación en los establecimientos estudiados.

Por lo antes expuesto, es importante reiterar, que este estudio no pretende ser representativo, sino ilustrar las barreras que se atraviesan en los servicios seleccionados y en los casos reportados de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, a consecuencia de violencia sexual. Futuros estudios, más exhaustivos, en las localidades de Madre de Dios y en otras regiones podrán ilustrar lo difícil que es acceder a los servicios, podrán confirmar, añadir o rebatir las barreras identificadas aquí y en la literatura disponible para el país.

Finalmente, para la caracterización de las barreras identificadas en los servicios de salud seleccionados, consideré las tipologías de los casos de solicitudes de aborto terapéutico que pueden ser atendidos de acuerdo con la legislación vigente en el país (Cabrera, Gutiérrez y Mascaró, 2008, pp. 7-13) en función del nivel de atención de cada servicio y de lo reportado por los informantes.

Como he mencionado anteriormente en el estudio se buscaron combinar las siguientes técnicas a fin de fin de recopilar información.

**Observación:** Esta permitió obtener información sobre el fenómeno tal y como se produce. Este es un caso en el que la investigación suele ocupar sujetos (proveedores y usuarias) que no pueden o no desean proporcionar información verbal. En esa medida, la observación fue un recurso muy importante para la recolección de datos (Angrosino, 2012, pp. 198-213). En una tabla de registro por establecimiento<sup>35</sup> se consignó el proceso de observación de los establecimientos de salud seleccionados, y, especialmente, del servicio de salud sexual y reproductiva en dos momentos: a fines del año 2019 y entre junio y julio de 2021. De ese modo, registré información sobre las características del establecimiento de salud y los procesos de atención.

En otros términos, en la bitácora de notas, registré información sobre los servicios de salud para verificar aspectos relacionados a la prestación *in situ* en los establecimientos.

---

<sup>35</sup> Revisar anexo 1



Así, la infraestructura y características del establecimiento, el número de profesionales y consultorios, entre otros<sup>36</sup>, fueron observados. Aquí, es importante destacar el nivel de dificultad que significó llevar a cabo esta observación de modo formal: existe una fuerte resistencia por parte de los servicios de salud a ser observados por terceros, lo que no facilita la vigilancia ciudadana y rendición de cuentas. Además, esto se vio agudizado debido al contexto de pandemia.

**Entrevistas a profundidad semiestructuradas:** de acuerdo con Bourdieu (1999, p.2), este mecanismo genera una continuidad “natural” para una escucha “activa y metódica”, lo que permitió encontrar información valiosa vinculada a los aspectos prácticos y teóricos sobre el acceso al aborto terapéutico y sus barreras en los servicios seleccionados.

En el marco de este estudio se desarrollaron en total 11 entrevistas. Las entrevistas, al igual que la observación, fueron realizadas en dos momentos: primero, en noviembre de 2019; y, luego, en junio de 2021 con el apoyo de Rosa Carrillo, trabajadora social y activista feminista en la región de Madre de Dios, quien me asistió en esta fase para lograr establecer contacto directo para el desarrollo de las entrevistas con (4) de los proveedores de salud en los servicios seleccionados.

Este marco temporal permitió contactar cada servicio antes y durante la pandemia por la COVID-19, lo que dio la oportunidad de conocer más de cerca sus repercusiones en los servicios; sin embargo, lo anterior también generó limitaciones propias del contexto, como la restricción, aún mayor que en tiempos prepandémicos, para acceder directamente a los espacios de atención y a los proveedores de salud.

Inicialmente, estaba previsto entrevistar a todo el personal que componen los equipos de atención para estos casos, en los tres servicios de salud seleccionados, pero esto no fue posible a cabalidad. En dos oportunidades, la invitación de colaborar con esta investigación fue rechazada. La negativa se justificó, principalmente, por el contexto por COVID19; sin embargo, independientemente de las limitaciones que vinieron con la pandemia, hubo resistencias desde las primeras visitas en 2019: argüían no poder autorizar el estudio de las atenciones que proporcionan, ni la manera en la que prestan el servicio.

---

<sup>36</sup> La caracterización de cada servicio se detalla en la sección 4.2. de contexto del estudio de casos.

Asimismo, fue importante reconocer que los proveedores de salud son parte del gremio más afectado por el contexto de pandemia por COVID-19. Por la naturaleza de su trabajo, han estado expuestos a situaciones de estrés extremo y a la agudización de las precariedades institucionales que ya existían, previo a la pandemia. Este contexto propició la enfermedad y subsecuentes pérdidas humanas. Por lo antes expuesto, no era prioritario para los proveedores proporcionar entrevistas con fines de investigación, pues es un asunto que no se juzga como fundamental en el marco del contexto de emergencia sanitaria por COVID-19.

Las respuestas negativas siempre fueron verbales o por canales informales de mensajería que lograba establecer para avanzar en la coordinación de las visitas a los establecimientos de salud, de manera que, a partir de ello, pudiera crearse la oportunidad de contactar con otros niveles de la gestión sanitaria, a fin de obtener una respuesta formal. Sin embargo, ello no fue posible.

En esa medida, el clima de rechazo constituyó una importante limitación para acceder a la mayoría de los proveedores de salud de los servicios de salud seleccionados, y a la observación periódica en el servicio. Lo anterior, como ya se ha mencionado, responde a la precariedad estructural propia de los servicios de salud; pero también a que el aborto y su práctica, salvo la terapéutica, está criminalizada en el país, y a que la mayoría de los proveedores de salud en el contexto local suelen estigmatizar la práctica del aborto en términos generales (sea o no por motivos terapéuticos).

Con quienes accedieron, busqué consultar sus valoraciones en torno a los problemas para el acceso a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, especialmente, con el fin de explorar las barreras que identifican en la atención de casos de aborto terapéutico. Así, sus percepciones, habilidades y conocimientos sobre las normas técnicas para la atención de estos casos han sido materia de análisis para esta investigación.

Cabe mencionar que se ha guardado el anonimato de los informantes que así lo solicitaron, por lo que algunos nombres de quienes ofrecieron sus testimonios con esa condición serán omitidos. Considero que dicha solicitud puede responder al temor a las potenciales consecuencias de brindar información que podría repercutir en sus funciones y puestos.

Debido a las limitaciones para entrevistar a la cantidad de proveedores de salud previstos, consideré oportuno, entrevistar, de manera complementaria, a los siguientes actores clave por parte del Estado involucrados o con experiencia en la atención y derivación de casos: Entrevistamos (1) funcionario de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) de Madre de Dios y (2) a proveedores de salud en ginecoobstetricia con experiencia en la atención de casos de aborto terapéutico a nivel nacional en el Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, Perú; y a (1) funcionario que forma parte de la Unidad Territorial Madre de Dios - Programa Nacional Aurora que compone el CEM y es, dependiente del MIMP<sup>37</sup>. Por otro lado, establecí contacto con (2) activistas por la defensa de los derechos sexuales y reproductivos en la región<sup>38</sup>, quienes han acompañado casos de mujeres en necesidad de aborto terapéutico. Finalmente, entrevistamos a (1) abogada litigante en derechos humanos y derechos sexuales y reproductivos que acompañó el caso de L.C. ante Perú<sup>39</sup>.

**Revisión bibliográfica y documental:** se consultaron las bases jurídicas y políticas que se ocupan del tratamiento, regulación y caracterización del aborto terapéutico en el Perú, para a partir de ahí describir las posibles rutas de acción ante la negación del derecho a acceder a un aborto terapéutico.

El anexo 2 incluye la documentación consultada a nivel legal, de jurisprudencia en materia de derechos humanos, las políticas públicas y normas técnicas relacionadas relevante; también, contiene los reportes periódicos que elaboran el MINSA y el MIMP a nivel nacional, y la DIRESA y los CEM a nivel local respectivamente.

#### 4.2. CONTEXTO DEL ESTUDIO DE CASOS

En la siguiente sección se pasará a explicar las características generales de cada localidad en la que se ubican los servicios de salud estudiados. Como ya mencioné en la sección de introducción, estudié los siguientes tres establecimientos de salud. Dos del primer nivel y uno del segundo nivel.

<sup>37</sup> Al respecto, ver la web del Programa Aurora: <https://www.gob.pe/aurora>. Consultado el 22 de agosto de 2021.

<sup>38</sup> Es importante mencionar que, a partir de la movilización social “Ni Una Menos” en la región se consolidaron iniciativas colectivas de vigilancia ciudadana para combatir la violencia de género. Al respecto, ver Ni Una Menos Madre de Dios: <https://www.facebook.com/niunamenosmdd/>. Consultado el 22 de agosto de 2021

<sup>39</sup> L. C. fue una menor de 13 años que quedó embarazada producto de una violación y se arrojó del techo de su vivienda hacia la casa contigua. A L.C. se le niega un procedimiento médico, que podría haber evitado que quede parapléjica, por estar embarazada. Eventualmente tuvo un aborto espontáneo. Este orden de decisiones tuvo como consecuencia el que L.C. sobreviva parapléjica. Por eso, el 27 de octubre de 2011, el CEDAW que señaló que el Estado peruano violó los derechos humanos de la menor al no haberle brindado el servicio de aborto legal.

Tabla 2. Establecimientos de salud estudiados

Nombre del establecimiento de salud	Nivel de atención	Localidad	Distancia con el Hospital Regional
P.S. Santa Rosa	I-1	Centro Poblado Mayor Santa Rosa	Aproximadamente 3 horas de distancia
P.S. La Joya	I-2	Centro Poblado La Joya	Aproximadamente 10 minutos de distancia
Hospital Regional Santa Rosa	II-2	Puerto Maldonado	No aplica

Fuente: Elaboración propia.

En el Perú según la Resolución Ministerial N.º 546 del MINSA, los servicios de salud se clasifican en función de sus niveles de complejidad: "En conjunto, determinan su capacidad resolutoria, respondiendo a realidades sociosanitarias similares y diseñadas para enfrentar demandas equivalentes", indica el documento. Estos niveles de complejidad responden a las necesidades de salud de los usuarios a quienes atienden.

El primer nivel de atención está comprendido por las siguientes cuatro categorías: en la categoría I-1, se encuentran los puestos de salud, postas de salud o consultorios que cuenten con profesionales de salud no médicos; en la categoría I-2, puestos de salud o postas de salud que cuenten con profesionales de salud médicos, así como consultorios médicos (que incluyan personal médico con o sin especialidad); en la categoría I-3, centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos; y, finalmente, en la categoría I-4, centros de salud y centros médicos con camas de internamiento.

El primer nivel de atención es clave para la detección, derivación o referencia de casos de aborto terapéutico. Dos de los servicios de salud estudiados: el P.S. Santa Rosa y el P.S. La Joya corresponden al primer nivel de atención, ambos comparten el ser el tipo de servicio que, normalmente, es el primer vínculo con el sistema de salud antes del contacto con el segundo nivel. Varían en que el P.S. Santa Rosa se encuentra en una zona periurbana, y el P.S. La Joya, pese a mantener condiciones informales en su localidad, está ubicado en área urbana, en la ciudad. Ello influye en la calidad de sus

instalaciones, las credenciales técnicas de los proveedores que prestan el servicio, la ubicación y distancia respecto del Hospital Santa Rosa, entre otros aspectos.

Por otro lado, el segundo nivel de atención incluye a la categoría II-1, que refiere al conjunto de hospitales y clínicas de atención general; la categoría II-2, que corresponde a los hospitales y clínicas con mayor especialización; y la categoría II-E, que agrupa a los hospitales y clínicas dedicados a la atención especializada. En ese sentido, se considera de acuerdo a la Guía Técnica de Atención para Aborto Terapéutico, que este es el nivel a partir del cual se pueden desarrollar atenciones para la interrupción del embarazo por causa terapéutica. El tercer servicio estudiado es el Hospital Santa Rosa, y corresponde al segundo nivel de atención.

La característica más saltante identificada está relacionada con la cercanía (o lejanía) del servicio del primer nivel al del segundo nivel. Presumiendo que a más cercanía mayor posibilidad de lograr la atención o menor impacto de las barreras para la misma. En esa medida, analice y a continuación presento la información de la siguiente manera: por un lado, tenemos un establecimiento de primer nivel: el P.S. Santa Rosa en zona periurbana a tres horas de distancia en auto vía la carretera interoceánica del Hospital Santa Rosa y, por otro lado, coexisten en la misma zona, el P.S. La Joya y el Hospital Santa Rosa distanciados por tan solo 10 minutos (como mucho) de distancia en auto. Calculo que esta cercanía se explica debido a que los movimientos migratorios de la población han crecido y se generan este y otros puestos de atención para asegurar la demanda, aunque con poco éxito como detallaré a continuación.

#### **4.2.1. EL CASO DEL P.S. SANTA ROSA EN INAMBARI-TAMBOPATA-MADRE DE DIOS-PERÚ**

##### **a. Características generales de la zona**

Desde Puerto Maldonado, capital de la región, hasta el Centro Mayor Poblado (CPM) de Santa Rosa hay 143 kilómetros, que se recorren aproximadamente en tres horas en auto, vía la Carretera Interoceánica. El CPM de Santa Rosa está ubicado en el distrito de Inambari, el cual, al igual que la localidad de La Joya, se encuentra en la provincia de Tambopata, perteneciente a la región Madre de Dios. Esta localidad se ubica a solo 34 kilómetros de Mazuko, zona de captación y distribución de las víctimas de trata de

personas con fines de explotación laboral y sexual, que llegan a Madre de Dios desde otras regiones.

Su ubicación estratégica, en uno de los márgenes de la Carretera Interoceánica Sur, la convierte en el paso previo para llegar a la zona denominada La Pampa, que está asentada a solo a unos kilómetros del CPM de Santa Rosa, y que solía ser un lugar de explotación sexual con la propagación de bares clandestinos cerca a los campamentos mineros informales e ilegales de la zona (López Quiroz, 2021, p. 36).

Con respecto a la densidad poblacional de la zona, se calcula que habría alrededor de 5000 personas viviendo en Santa Rosa actualmente.<sup>40</sup> El incremento de la deforestación del cultivo de papaya, que constituye el más importante de la localidad, podría explicar el aumento de la población local en los últimos años<sup>41</sup>. Sin embargo, se ha observado que la economía informal en torno a la minería ilegal es cada vez mayor en la zona<sup>42</sup>. Por otro lado, se ha detectado que la mayor parte de la población es migrante y flotante<sup>43</sup>, pobremente insertada en el CPM Santa Rosa, debido a barreras culturales, de lengua y otros asociados a la condición de precariedad y pobreza que motiva la migración para la extracción minera de oro y actividades subsecuentes de ello. Esta brecha entre el número de habitantes registrado oficialmente y la cantidad real de habitantes, provoca que la provisión de recursos del Estado sea insuficiente.

Con respecto a las instituciones públicas que funcionan en la zona, se cuenta con una Municipalidad Delegada, dependiente de la Municipalidad Distrital. El alcalde es elegido por votación directa para periodos de cuatro años y cuenta con un equipo constituido por cinco regidores. Asimismo, desde el año 2013, se cuenta con un Juzgado de Paz. El Juez de Paz es elegido entre los vecinos de la localidad mediante elección directa, y no requiere ser un abogado profesional. Según el Reglamento de la Ley N.º 30364, con el propósito de prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra

---

<sup>40</sup> Según el Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en el año 2007, el Centro Poblado contaba con 560 habitantes, mientras que actualmente el Gobierno Regional de Madre de Dios reporta 900 habitantes. Ambas cifras no se corresponden con la realidad local que no toma en cuenta las migraciones y desplazamientos forzados motivados por las actividades extractivas ilegales e informales y sus consecuencias como la trata con fines de explotación sexual y laboral.

<sup>41</sup> Durante el 2014, el boletín del Monitoring of the Andean Amazon Project, documento elaborado por el Amazon Conservation Association (ACA) y la Asociación para la Conservación de la Cuenca Amazónica (ACCA), estimó una deforestación de 55 hectáreas, mientras que, en el año 2015, se calculó un incremento a 204 hectáreas.

<sup>42</sup> Es importante considerar que la diversificación de la agricultura y el temor de que las tierras productivas del lugar terminen invadidas por la minería ilegal pueden ocasionar conflictos entre las autoridades locales y los pobladores, pues podrían generar contradicciones con las propuestas de desarrollo para la zona.

<sup>43</sup> El término flotante alude a las personas residentes no censadas.

las mujeres y los integrantes del grupo familiar (MIMP, 2016), los juzgados de paz tienen prerrogativas en el tratamiento de casos de violencia sexual; sin embargo, esto no se aplica así en la zona. Actualmente, el Juez de Paz solo atiende conflictos familiares, conciliaciones primarias no complejas y faltas. Las atenciones más frecuentes se refieren a problemas de violencia familiar. Santa Rosa, cuenta con un Centro de Auxilio Rápido, a cargo de dos efectivos policiales que rotan cada mes. Cabe destacar que el local no cuenta con servicios básicos y tiene poca área construida en un terreno que permitiría la construcción de un espacio más amplio y adecuado. El servicio atiende, en teoría, las 24 horas, pero he podido atestiguar momentos de ausencia de personal para la atención y de cierre del local. Finalmente, existen dos escuelas en el CPM Santa Rosa. La Institución Educativa N.º 52041, que recibe a los estudiantes de inicial y primaria, así como la Institución Educativa José Carlos Mariátegui, solo dirigida a estudiantes de secundaria. En Santa Rosa, funcionan los programas sociales Cuna Más, Qali Warma y Pensión 65.

**b. El contexto de violencia basada en género por la prevalencia de trata de personas con fines de explotación sexual en la zona**

El contexto de violencia basada en género en la zona es preocupante, sobre todo, por la cercanía con zonas de explotación sexual como “La Pampa”<sup>44</sup>. En ese sentido, uno de los principales desafíos es obtener información sobre cómo se desarrolla el fenómeno de la trata de personas en esa zona. Destacando que los operadores de salud tienen poca experiencia en el lugar (Informante 6, comunicación personal, 13 de noviembre de 2019).

Por tal motivo, en este tipo de contexto, los servicios de salud de primer nivel no tienen las condiciones y no cumplen con configurarse como lugares seguros para las personas explotadas que puedan acudir en la búsqueda de atención o ayuda. Asimismo, las autoridades y los funcionarios públicos no están sensibilizados acerca de la necesidad de trabajar articuladamente en la atención de las víctimas de violencia sexual y trata de personas. (Informante 6, comunicación personal, 13 de noviembre de 2019).

---

<sup>44</sup> El Ministerio Público ha identificado al menos 14 zonas en Madre de Dios, aledañas a La Pampa, que están recibiendo el flujo de víctimas mujeres y menores de edad que son captadas para la explotación sexual en la Amazonía. En 2019, la operación militar y policial “Mercurio” proyectó rescatar hasta 2000 mujeres y menores, pero la cifra solo llegó a 120, ya que no alcanzó a los bares de explotación en áreas mineras que están en proceso de formalización ante el gobierno (Salazar y Castro, 2018).

Por otro lado, si bien la Defensoría del Pueblo tiene la responsabilidad de vigilar el cumplimiento de las funciones de las instituciones públicas. Sin embargo, en el marco de esta investigación, no se ha podido identificar una estrategia clara de fortalecimiento ni articulación de las instituciones locales. A modo de ejemplo, se destaca que el trabajo de la Defensoría en Santa Rosa es escaso: por un lado, se percibe que la labor de vigilancia se enfoca en dar solución a las denuncias recibidas, dando recomendaciones para resolver casos concretos, pero la dinámica termina con el envío de estas recomendaciones para instar a las instituciones estatales a que cumplan sus funciones, sin establecer mecanismos de seguimiento, vigilancia o evaluación para efectivamente corroborar que se cumpla.

Este problema, sumado a los anteriores mencionados, evidencian debilidades que han sido reportadas por los propios proveedores de salud y otros funcionarios públicos entrevistados, las cuales abarcan desde aspectos de la infraestructura de las instalaciones hasta problemas de articulación entre los funcionarios públicos para la atención integral de los casos. (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

### **c. Características del servicio de salud sexual y reproductiva estudiado**

El P.S. Santa Rosa, este es parte del CLAS<sup>45</sup> “Nueva Alianza”. es un Puesto de Salud del primer nivel de atención categoría I-1. está ubicado en una zona periurbana a, en promedio, tres horas del Hospital Santa Rosa vía la carretera interoceánica en auto. El costo de traslado puede bordear los 300 soles si de un taxi se trata, También es posible trasladarse en “motocar” a menor costo, pero con considerable más riesgo por tratarse de un viaje en carretera, que no es recomendable hacer una vez que anochece. En la zona, la luz de día acaba más temprano que en Lima, por lo que movilizarse por esa vía más allá de las 4:00 pm. conlleva mayor riesgo.

El equipo del CLAS está compuesto por un médico, dos obstetras, tres enfermeras, dos técnicos sanitarios y un laboratorista. El establecimiento cuenta con siete consultorios,

---

<sup>45</sup> CLAS, significa Comunidades Locales de Administración De Salud. Estos esfuerzos existen y son regulados mediante una resolución de Presidencia del Gobierno Regional, la misma que, en coordinación con el Gobierno Local, busca la incorporación de más establecimientos de salud al CLAS según la demanda de atención, que regularmente no es satisfecha. Las asociaciones CLAS están presentes en 23 departamentos, destacando Madre de Dios, donde el 100% de los establecimientos de salud del primer nivel opera en la modalidad de cogestión. Una evaluación del ejercicio de funciones de los Gobiernos Regionales, en el marco de la Ley de Cogestión realizada por el MINSa en 2018, mostró que más del 50% de los consejos directivos de las Asociaciones CLAS no estaban funcionando, muchos convenios de cogestión no están formalizados, la asistencia técnica es inadecuada o inexistente y existe distorsión en el financiamiento porque el reembolso de las atenciones de los asegurados del SIS no llega a los CLAS (MINSa, 2019, p.38).



que comprenden medicina general, enfermería, obstetricia, laboratorio y triaje. Las consultas se realizan formalmente de lunes a sábado, entre las 7:30 a. m. y la 1:30 p. m., mientras que las emergencias se atienden durante el mismo horario y, según reporta un proveedor del servicio de salud en Santa Rosa, “según la necesidad” durante todo el día.

En el P.S. Santa Rosa el servicio de salud sexual y reproductiva cuenta con dos obstetras, que se organizan para mantener comunicación con el centro de orientación comunitaria de la zona, que es apoyado por una ONG con sede local, y que atiende y deriva casos de violencias basadas en género. Los obstetras del establecimiento de salud, trabajan en coordinación con los representantes de los programas sociales, las autoridades educativas, el juez de paz, la Defensoría del Pueblo y las autoridades electas. Especialmente en lo que refiere a la prevención, atención y derivación de violencia sexual es niñas y adolescentes.

Al servicio del Puesto de Salud se encuentran cinco agentes comunitarias de salud, miembros de la comunidad, las mismas que, actualmente, por causa de la pandemia, han dejado de acudir al servicio. En este caso, la rotación del personal es alta y los proveedores de salud consultados reportan condiciones precarias para el desarrollo de sus actividades extramurales y atenciones en el domicilio.

Las actividades que tienen lugar fuera del establecimiento se orientan, normalmente, a la promoción de la salud, pero también a la atención en salud gineco-obstétrica al cuidado especializado de gestantes que, por diferentes condiciones de vulnerabilidad, no pueden trasladarse para ser atendidas, lo que también se aplica a la atención de los casos aplicables para aborto terapéutico.

#### **4.2.2. LOS CASOS DEL P.S. LA JOYA Y DEL HOSPITAL REGIONAL SANTA ROSA EN PUERTO MALDONADO -TAMBOPATA-MADRE DE DIOS-PERÚ**

##### **a. Características generales de la zona**

Ambos establecimientos están ubicados en un área urbana en Puerto Maldonado. La Joya es un centro poblado que se encuentra ubicado dentro del distrito de Tambopata, provincia de Tambopata, en la región de Madre de Dios, a 886.2 km por Carretera Interoceánica/Carretera 34B de Lima, capital del Perú. Se encuentra a aproximadamente 10 minutos en auto al centro de la ciudad de Puerto Maldonado. La

Joya es un centro poblado que se encuentra en su mayor parte urbanizado pese a estar constituido desde la informalidad.

Su alcalde, Miguel Figallo, reportó, hacia el año 2016, que su comunidad contaba con alrededor de 20 000 habitantes y que el hecho de que no se constituyan como distrito ha generado que se encuentren relegados para obtener presupuesto para obras públicas que beneficien a la población (Radio Madre de Dios, 2019, párr. X). Pese a que, el 17 de junio de 2015, el expresidente de la República, Ollanta Humala, promulgó la ley N.º 30333, la que declara la creación del distrito de La Joya en la provincia de Tambopata, departamento de Madre de Dios, cuya capital sería el pueblo del mismo nombre, está aún no se ha hecho efectiva. A la fecha, no se han llevado a cabo las coordinaciones con el Gobierno Regional de Madre de Dios para acordar el inicio del trabajo técnico de demarcación territorial, en parte porque existen conflictos por la posesión terrenos.

De acuerdo a lo que señala el Plan de desarrollo urbano de Puerto Maldonado (2014-2024) La Joya, está compuesta fundamentalmente por Urbanizaciones Populares de Interés Social – (UPIS) las cuales, en su amplia mayoría, se asientan en áreas de protección natural municipal, en terrenos de terceros, en propiedades estatales y en áreas de riesgo. Para ilustrar en algo esta situación, ayuda el conocer que actualmente hay conflictos sociales sin resolver en las áreas ocupadas de propiedad del aeropuerto José Aldamiz. Contabilizándose alrededor de 10 asentamientos los cuales albergan 3,000 familias aproximadamente. Este litigio se encuentra en trámite en el Poder Judicial, pero no tiene aún ningún tipo de pronunciamiento por parte de la autoridad competente.

Asimismo, el territorio ocupado por el asentamiento humano “La Joyita”, uno de los más importantes de La Joya, se encuentra judicializado y por lo tanto no cuenta con ningún reconocimiento municipal. Pese a que cuenta con 500 familias que se ubican en propiedad de la Fuerza Aérea del Perú, habitando en viviendas con material provisional y situados en espacios que cuentan con limitados servicios básicos, equipamientos, y que además muestran tugurización y hacinamiento de viviendas y potenciales focos infecciosos de enfermedades.

Con relación a las instituciones públicas que funcionan en la zona, a pesar de que su reconocimiento como distrito es puramente formal, La Joya cuenta con una Municipalidad Distrital, conformada por un alcalde y seis regidores elegidos por votación directa por periodos de cuatro años. Al lado de las oficinas municipales, se

ubica el único centro de educación inicial de la zona, el que lleva de nombre “N.º 399 El Aguajal”. En cuanto a los centros de educación primaria y secundaria, el único colegio público ubicado en el distrito es el José Abelardo Quiñones, el cual colinda con el comedor popular implementado en la zona.

Como ya mencioné, que La Joya sea considerada en la práctica como localidad (y no como distrito) acarrea sendas dificultades, entre ellas, que no se genere información formal específica para la zona. Por tal motivo, a fin de obtener la información necesaria sobre el tema del que acá me ocupo, ha sido indispensable consultar a los informantes entrevistados para este trabajo, sobre los problemas de la comunidad, entre los que destacaron la violencia que afecta principalmente a los niños y adolescentes, el abandono a niños, niñas y adolescentes por parte de sus padres, situaciones de maltrato laboral; la falta de agua potable para el consumo, lo que, además, podría producir infecciones; y la explotación con fines de explotación y/o trata de niños, niñas y adolescentes.

Entre los pocos datos oficiales que han sido publicados, según INEI, hacia el año 2016, en el 44.1% de los hogares, al menos un miembro es beneficiario de programas alimentarios (2017, p. 109). Asimismo, comparando los censos de 2007 y 2017, la provincia de Tambopata registró un incremento en el número de personas analfabetas (INEI, 2017, p. 36). Uno de los factores que podría dar cuenta de lo anterior es el incremento de la población joven que ha migrado para trabajar en el ámbito de la minería, principalmente en actividades extractivas. Asimismo, es importante destacar que esta es una localidad que cuenta con algunos medios locales de comunicación claves como Radio Visión La Joya, Radio Selva, Radio Ribereña, Radio Madre de Dios y el portal digital de noticias Madre de Dios. En la Joya, funcionan los programas sociales Cuna Más, Qali Warma y Pensión 65.

#### **b. Los servicios de salud sexual y reproductiva estudiados**

El P.S. La Joya es un establecimiento de salud del primer nivel de atención de la categoría I-2, que forma parte del CLAS “Nuevo Candamo”. Se encuentra en una zona urbana a aproximadamente 10 minutos del Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado, el costo de traslado en taxi es como mucho 8 soles, también es posible trasladarse en “motocar” a la mitad de ese precio. El horario de atención formal es de 7 a. m. a 7 p. m. Sin embargo, para casos de emergencias, la atención formal es de 24 horas, pero está

condicionada, a su vez, a la disponibilidad del personal y condiciones del servicio. En cuanto a los proveedores de salud, solo hay dos médicos asignados para el área de medicina general que son contratados por turnos de, al menos, 12 horas diarias. Sus contrataciones son de orden temporal, es decir, precarias, y dependerán del presupuesto que asigne la Dirección Regional de Salud-DIRESA para su continuidad. De acuerdo con el Colegio Médico del Perú, esta situación de inestabilidad laboral es recurrente (2021, párr. III), lo que impacta en la calidad de la atención y, por supuesto, en la calidad de vida del personal médico.

El servicio en general cuenta con 10 técnicos sanitarios y un biólogo que ejerce como laboratorista; además, dispone de ocho consultorios<sup>46</sup>, una farmacia, una sala de emergencia, una sala de unidad de cuidados intensivos-UCI, una sala de ecógrafo, un laboratorio clínico, una sala de uso múltiple y el área de admisión.

Cuentan con dos consultorios de atención gineco obstétrica; sin embargo, no hay ningún médico ginecobstetra en el servicio. El personal consta de dos obstetras, con una condición contractual más estable en comparación a los médicos, dado que han sido designadas por nombramiento. No obstante, coinciden en que deben cubrir largas jornadas de al menos 12 horas diarias. Además, disponen también de una sala de emergencia obstétrica materna, pero que no cuenta con personal asignado, por lo que, de presentarse una emergencia, debe acudir la obstetra que se encuentre de turno en las atenciones regulares.

En relación a la condición de las instalaciones, los consultorios para la atención en ginecobstetricia no cuentan con ambientes que permitan privacidad en la atención<sup>47</sup>, además de encontrarse en condiciones insalubres. Por otro lado, tampoco tienen espacios específicos para la atención de adolescentes. Ello revela el permanente contexto de escasez de recursos en cuanto a personal, y disponibilidad de infraestructura, equipos e insumos adecuados en los establecimientos de salud. Naturalmente, esta precariedad implica riesgos para el personal a cargo de la atención y para quienes la reciben. Pese a las diferentes limitaciones descritas, la atención se mantiene, pero se ha reducido significativamente por el contexto de COVID19.

---

<sup>46</sup> 2 consultorios de medicina, 1 consultorio de nutrición, 1 de triaje (ubicado en el pasadizo), 2 consultorios odontológicos (de los cuales solo funciona 1), 1 consultorio de psicología (en el que no hay atención), 1 consultorio de planificación familiar y 1 consultorio de “Niño Sano”.

<sup>47</sup> Al respecto, revisar Anexo 3, con parte del registro fotográfico de lo observado.

El hospital más cercano a los servicios de salud estudiados en el primer nivel es el Hospital Santa Rosa en Puerto Maldonado. A continuación, se describen sus características generales y las del servicio de gineco obstetricia.

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado está ubicado en Jr. Cajamarca N.º 171, Puerto Maldonado - Tambopata - Madre de Dios. Es un establecimiento de segundo nivel de atención categoría II-2<sup>48</sup>. El horario de atención formal es de 7 a. m. a 7 p. m. Al igual que en los casos anteriores, el personal médico debe laborar por largos turnos de, al menos, 12 horas según la especialidad. Para casos de emergencias, la atención formal es de 24 horas.

En cuanto a los proveedores de salud, según lo indicado por la oficina de personal, cuentan con 36 médicos de distintas especialidades. Sin embargo, esta información no pudo ser verificada durante las visitas al establecimiento. En cambio, sí pude comprobar, tanto en las visitas, como entrevistando al personal, que hay 4 profesionales en Medicina General realizando funciones diversas, pues el hospital no cuenta con presupuesto para hacer más contrataciones. Cabe resaltar que también disponen del apoyo de médicos transitorios de origen venezolano y cubano, que prestan servicio a cambio de un salario mínimo y reciben facilidades para ejercer debido a la emergencia sanitaria por la COVID-19<sup>49</sup>. Por otro lado, formalmente el establecimiento cuenta con 18 técnicos sanitarios y 2 laboratoristas no escolarizados. Sin embargo, tampoco pudimos verificar esta información.

El establecimiento de salud, a nivel de infraestructura, cuenta con 15 consultorios de diversas especialidades: 3 consultorios de medicina general; 2 consultorios de triaje; 1 consultorio de neumología; 1 consultorio de dermatología; 1 consultorio de cardiología; 1 consultorio de planificación familiar; 1 consultorio de medicina de rehabilitación; 2 consultorio de pediatría; 1 consultorio de odontología; 1 oficinas del Seguro Integral de Salud- SIS; 2 consultorios de psicología; además de un ambiente para tratar

---

<sup>48</sup> Según la Resolución Directoral N.º 209-2005-DRS-GR-MDD/DG de fecha 15 de agosto 2005, se categoriza como Hospital II-2, con la denominación de Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

<sup>49</sup> Mediante el Decreto de Urgencia N 090-2020, se establecen medidas excepcionales y temporales que contribuyeron al cierre de brechas de recursos humanos en salud para afrontar la pandemia por el nuevo coronavirus, entre las que se encuentran la eliminación de requisitos para la contratación de médicos nacionales y extranjeros en apoyo de la emergencia sanitaria.

emergencias del tipo traumatología, pediatría, ginecología, medicina intensiva y obstetricia.

En cuanto a la presencia de agentes comunitarios en el establecimiento de salud, las débiles redes que se habían tejido se desmantelaron desde el 2020, cuando inició la pandemia por la prohibición de ingreso al hospital. Para el año 2021, se quiso retomar la articulación de agentes comunitarios para el apoyo de concientización a la población de lavado de manos y uso de mascarillas, pero, según cuenta la Secretaría de Dirección del Hospital, esto fue cancelado.

Con relación al servicio de salud sexual y reproductiva, el establecimiento cuenta con 2 consultorios de gineco-obstetricia y una sala de atención para emergencias ginecológicas y obstétricas. Como en los casos anteriores, la alta rotación del personal, sumado a largos turnos, crean las condiciones para una atención precaria.

A estas condiciones, durante el periodo de emergencia sanitaria, a partir del 2020, a esta precariedad estructural, se le añade los decesos de proveedores de salud en general y también específicamente a aquellos dedicados a la salud sexual y reproductiva<sup>50</sup>, lo cual debilitó la atención y generó situaciones de estrés y agotamiento en el personal de salud.

Si bien es verdad que todas las diferencias antes descritas pueden influir en la calidad de la atención, intentaré resaltar aquellas barreras propias de la precariedad estructural de los servicios, de aquellas que se relacionan con la importancia de contar con proveedores que evidencien un alto grado de sensibilidad y las capacidades técnicas necesarias para atender, acompañar y dar referencias adecuadas sobre los casos de aborto terapéutico.

### **4.3. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y ALCANCE DEL ESTUDIO**

Debido a la criminalización y estigma en torno al aborto, en la región es complejo, riesgoso y realmente difícil que las mujeres accedan a proporcionar información directa de sus experiencias, aun siendo casos no punibles, como el aborto terapéutico. Además, sin duda, no es el objetivo de esta investigación contribuir en procesos de revictimización mediante la remembranza de estas experiencias.

---

<sup>50</sup> Afectó especialmente la atención en salud sexual y reproductiva el fallecimiento de quien ejercía como Médico jefe de Ginecología y Obstetricia del hospital, Gerardo Walter Pérez Ramírez. Para mayor información ver: <https://www.facebook.com/ColegioMedicodelPeru/posts/3241191462640206/>

En ese sentido, a pesar de considerar centrales y vitales las voces de las mujeres en su amplia diversidad, para fines de este trabajo consideré prudente que las entrevistas sean destinadas hacia quienes ostentan y gestionan el poder, principalmente, en los servicios de salud con el objetivo de identificar las barreras ahí presentes.

Con ayuda de la perspectiva interseccional pude posicionarme en el contexto estudiado reconociendo que soy una persona externa, con un trasfondo social y cultural distinto al de los proveedores de salud que entreviste y también al de las mujeres que se atienden en los establecimientos de salud estudiados. Al estar en el campo, en muchos momentos, me he cuestionado algunos supuestos con los que inicie este proceso de investigación, relacionados al rol del patriarcado como sistema opresor que organiza a las personas, la posición subyugada de las pacientes, entre otros y he buscado que estas reflexiones se reflejen en el análisis. Por ejemplo, inicialmente asumía que la atención en el P.S. La Joya iba a ser mucho mejor que en el P.S. Santa Rosa, por ser este último de menor nivel, mayores condiciones de vulnerabilidad social y por estar ubicado en una zona periurbana alejada del Hospital. Sin embargo, no consideré lo determinante de contar con personal obstétrico sensibilizado que, pese a las grandes falencias, está más relacionado con el entorno comunitario. Esto sin duda no es suficiente para garantizar la atención de los casos, como mostraré en el análisis, pero si es muy importante.

Reitero que este estudio no es generalizable. Sino que busca ilustrar las barreras que reportan aquellos casos -únicos- que corresponden a adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, a consecuencia de violación sexual y que en la teoría podrían acceder al aborto terapéutico, reportados por los informantes que participaron en la investigación. Ello no busca en absoluto implicar que todas las adolescentes embarazadas lo sean producto de violación sexual, ni que en todos los casos sus embarazos sean no deseados, o que no tengan el derecho de llevarlo a término si a así lo desean. El análisis de las barreras en los casos reportados, busca justamente poner de relieve la importancia de la información y la autonomía para decidir la vida reproductiva, especialmente, de aquellas quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad y riesgo.

Finalmente, me gustaría enfatizar que, en todo momento, durante este proceso de investigación se ha buscado proteger la identidad de los participantes y de los que no participaron.

## **V. ANÁLISIS DE LA GUÍA TÉCNICA NACIONAL Y DE LA ATENCIÓN PARA EL ACCESO AL ABORTO TERAPÉUTICO EN LOS ESTABLECIMIENTOS SELECCIONADOS**

A continuación, presentaré en primer lugar, el análisis de la Guía Técnica Nacional, y las falencias identificadas en el marco de esta investigación en su aplicación. Tal como su nombre lo señala esta Guía rige a nivel nacional. Sin embargo, los resultados de mi análisis me indican que en la práctica la Guía no se aplica debido a distintas limitantes. Entre ellas, limitaciones estructurales, determinadas por la falta de recursos a nivel general y no específicamente para la provisión de la atención en aborto terapéutico. Limitaciones, sociales y culturales, asociadas a 1.) el enfoque biomédico neoliberal desde el que se organiza el sistema de salud y en consecuencia sus establecimientos; 2.) la falta de perspectiva intercultural en la aplicación de la Guía considerando la diversidad de realidades en el país; y 3.) el estigma asociado a la práctica del aborto. Así mismo identifique limitaciones legales de la Guía en sí misma como, por ejemplo, el establecimiento de un límite gestacional, la falta de valoración expresa de la salud mental como causal, entre otras. El hecho que estas limitantes identificadas no sean particulares a la zona de estudio sugiere que este no es un problema que se restringe a los lugares seleccionados, sino que se trata de un problema a nivel nacional.

Posteriormente al análisis de la Guía Técnica Nacional, presentare el análisis de las entrevistas y observación de los establecimientos de salud seleccionados en los dos niveles de atención. En el primer nivel, el P.S. Santa Rosa y P.S. La Joya y en el segundo nivel, el Hospital Regional Santa Rosa.

### **5.1. ANÁLISIS DE LA GUÍA TÉCNICA NACIONAL**

La Guía Técnica fue pensada desde una lógica limeño céntrica, partiendo de un modelo aplicado en un Hospital especializado en Lima, y por ello su implementación actualmente, no está adaptada a los diferentes contextos regionales del país. Asimismo, cuando nos encontramos en un contexto de alta vulnerabilidad como es el caso de la zona de estudio, se pone en evidencia la absoluta ignorancia de los hacedores de la Guía Técnica, en cuanto a la diversidad de contextos sanitarios del país. Esto, en tanto se exigen condiciones muchas veces inaplicables a las realidades locales, de manera que la protocolización termina representando una mera formalidad con poca o ninguna utilidad



práctica para facilitar la atención. A pesar de que en su objetivo la Guía establece que debe ser intercultural y con enfoque de género.

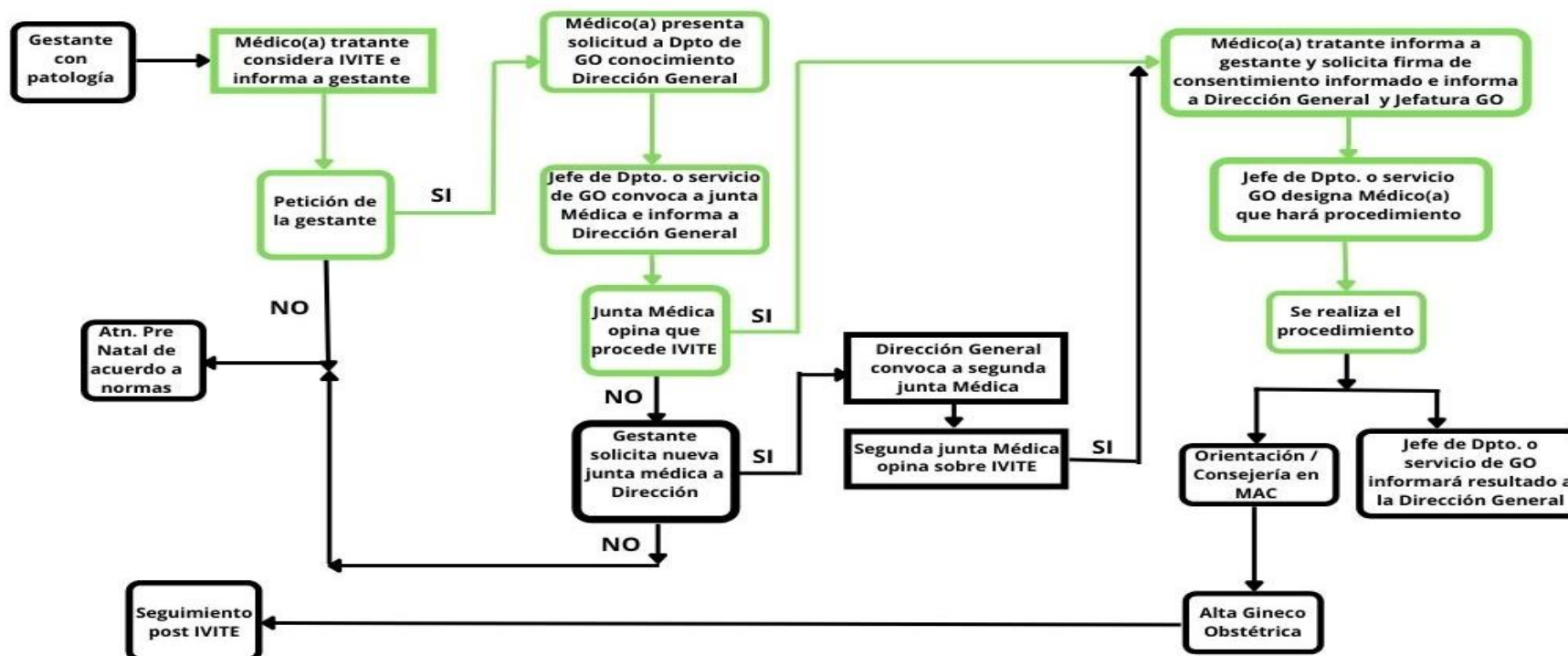
Asimismo, persiste la falta de un enfoque comprensivo de la salud integral que incorpore la valoración de la salud mental en la evaluación del riesgo. Hay un vacío en el cómo, el quién evalúa, y decide si la condición pone en riesgo la salud o puede generar un daño grave y permanente a la persona gestante. Esta Guía debe significar un proceso sencillo, ágil, seguro y no revictimizante, para acceder a la atención. Sin embargo, como veremos más adelante hay condiciones destinadas a entorpecer, que son expresiones de la precariedad estructural, tales como: vacíos de información oportuna y basada en evidencia (microignorancia), condicionamiento para la toma de decisiones, violencia verbal, entre otras que tienen un impacto agravado en niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, víctimas de violación sexual.

La Guía contempla 9 pasos, desde que el médico tratante informa a la usuaria hasta que, si se aprueba, se realiza el procedimiento. Eso si todos los implicados están de acuerdo hasta las 22 semanas de edad gestacional de la usuaria (MINSA, 2016). A continuación, revisaré las etapas descritas en la Guía. Para mayor comprensión, he organizado estos momentos de acuerdo a si se dan previa o posteriormente al establecimiento de la junta médica, con el propósito de describir las barreras encontradas en cada etapa en el marco de esta investigación. El siguiente esquema, que corresponde al anexo V de la Guía, permite seguir cada paso<sup>51</sup>.

---

<sup>51</sup> Como se puede apreciar en el flujograma, este incorpora otros pasos ante la eventual negativa de la primera junta médica.

Figura 1: Flujograma para la atención integral de la gestante en la interrupción voluntaria por indicación terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con conocimiento informado en el marco de la dispuesto en el artículo 199° de Código Penal



Fuente: Elaboración propia en base a Anexo 5 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.

A continuación, pasará a presentar los pasos que se siguen una vez que la usuaria está en el servicio de salud, organizados en dos momentos, previo a la junta médica y posterior a la junta médica.

Previo a la junta médica:

- “La Médica/o tratante, que mediante la atención detecte una situación de riesgo para la salud o vida de la gestante, le informará sobre diagnóstico, pronóstico, riesgos graves y tratamientos” (p. 10).

En este paso encontré tres situaciones complejas de abordar. Primero, que en la atención se efectúan atrasos y demoras que impactan en la atención oportuna que puedan brindar a las usuarias. Segundo, estos vacíos se expresan en el no considerar la salud mental en la evaluación del riesgo; y tercero, inclusive si el personal estuviera sensibilizado, hay una fuerte carencia de personal especializado y con competencias para hacer esta evaluación (fundamentalmente por la precariedad estructural de los establecimientos de salud). Por ejemplo, en el caso del Hospital Regional de Madre de Dios se reportó, no contar ni con médico siquiatra ni con psicólogo. En el marco del estudio, no se estaban dando atenciones ni presenciales ni a distancia en salud mental. La exigencia de proveedores especializados disponibles que presume la Guía no se condice con las diversas realidades de los establecimientos de salud del país. Por lo que el desmedro de los impactos negativos a la salud mental de las usuarias, tiene consecuencias gravísimas, como, por ejemplo: la falta de prevención de las muertes maternas indirectas asociadas al suicidio. Sobre este punto, es importante no perder de vista, que el suicidio es la primera causa indirecta asociada a la muerte materna adolescente en el país, la cual muchas veces está vinculada a violencia física y sexual. (MINSA 2018).

Este primer paso para la atención pasa porque el médico tratante considere la posibilidad de un aborto terapéutico. Esto lo hará mediante una evaluación que debe determinar que se requiere el aborto terapéutico para “evitar en su salud un mal grave y permanente” (MINSA, 2016), brindando información basada en evidencia y canalizando, es decir, haciendo la derivación formal, si corresponde, del primer nivel al segundo nivel de atención, que es en el cual recién se puede realizar la solicitud como señala la Guía. Sin embargo, como ya se ha mencionado, hay pocas competencias para esta evaluación. A lo que se añade el temor o rechazo, por parte de los proveedores de salud, derivado del contexto de criminalización social y penal del aborto. Además, en la

actualidad la misma Guía, no ocupa el daño en la salud mental expresamente, tampoco lo hace en los casos de embarazos a consecuencia de violación sexual. Como ya he señalado, la implementación de la Guía asume que, tanto en el primer nivel de atención como en el segundo debería contarse con profesionales que tengan las competencias para hacer esta evaluación, tomando en cuenta todas las dimensiones que hacen la salud integral. Es decir, no solo la evaluación física clínica, sino también la de salud mental. Sin embargo, la realidad a nivel nacional dista mucho de tener estas condiciones, y como se ha mencionado en el marco de este análisis, los contextos a nivel local no son mejores, por lo que el panorama es grave (Defensoría del Pueblo, 2020, 45). Esto es muy importante porque será en base a esta evaluación si se decide – o no- brindarle información sobre la opción a la usuaria. Es decir, de esto depende que una víctima de violencia sexual que podría acceder a un aborto terapéutico, cuente con información que puede evitarle riesgos y daño permanente a su salud.

Según el Informe de la Defensoría del Pueblo de supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19, el MINSA, refiere carecer de datos estadísticos respecto a cuántas mujeres han atendido por aborto terapéutico en el año 2019 y en el mismo período de emergencia sanitaria en el año 2020. Tampoco existe registro que evidencie en cuáles de estos casos de aborto terapéutico las mujeres han sido víctimas de violación sexual. Asimismo, la mayoría de informantes entrevistados coincide en que este primer paso que podría parecer ágil, normalmente toma varias semanas. Tal como señala Sacsa<sup>52</sup>, “lo mínimo son 4 semanas de exámenes hasta el diagnóstico clínico y eso en Lima” (Comunicación personal, 24 de junio de 2021).

Además, de acuerdo a lo que señala el mencionado informe defensorial, así como antes, ya lo indicaba la vigilancia ciudadana en salud sobre la aplicación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos públicos de salud a nivel nacional desarrollada por Foro Salud en 2017 a 13 entidades de salud a nivel nacional, las niñas y adolescentes no son adecuada ni oportunamente evaluadas para determinar el riesgo o la posibilidad del daño grave o permanente (Foro Salud, 2017, p. 20). Aun cuando por su

---

<sup>52</sup> Denise Sacsa es docente y obstetra por la Universidad San Martín de Porres. Magistra en salud pública por la misma universidad y con amplia experiencia en orientación en salud sexual y reproductiva, y en acompañamiento de casos de aborto terapéutico a nivel nacional.

vulnerabilidad debería darse con mayor celeridad en la práctica, debido a los impactos específicos a los que se ven expuestas por encontrarse en una etapa de desarrollo.

Quién y cómo se determina el riesgo es una falencia de la Guía, la valoración del riesgo (que pueda incluir el de salud mental) dependerá exclusivamente de las competencias del personal de salud, y concretamente del médico tratante en un primer momento y posteriormente de la junta médica. Por lo que, en la práctica, la Guía no redujo las posibilidades de un actuar arbitrario por parte de los médicos en los servicios. Lo que en la mayoría de casos tiene como consecuencia que no se informe a las víctimas de violencia sexual sobre la posibilidad a acceder a un aborto terapéutico, restringiendo su autonomía y su derecho a la salud integral.

Tal como señala Sacsa, “La evaluación del riesgo en la salud integral en el caso de las mujeres adultas tiene problemas, porque se valora solo lo físico en lo clínico. Esto en las niñas y adolescentes se complica mucho más por la falta de conocimiento y experiencia con esos casos” (2021, comunicación personal, 24 de junio de 2021).

Es un problema que no se valore expresamente en la Guía Técnica los impactos a la salud mental como causal para acceder a este servicio de salud; y que por el contrario se privilegie la física en detrimento de la primera. Siguiendo la evidencia disponible, para garantizar el bienestar, la salud debiera concebirse desde una perspectiva integral, es decir, tomando en cuenta todas sus dimensiones: la física, psicológica y social. Si cualquiera de estas se ve afectada, la gestante debería poder calificar para un aborto terapéutico. Por ejemplo, la violación sexual a una niña de 10 años que resulte en un embarazo podría calificar para una interrupción terapéutica debido a los efectos perjudiciales en su salud mental y física. Como es de esperarse, llevar a término un embarazo y tener un bebé a causa de una violación, con el agravante de estar en etapa de desarrollo, tiene implicancias físicas y psicológicas graves. Sin embargo, estos casos no suelen ser atendidos como tales, según reportan la mayoría de informantes en los establecimientos de salud de primer nivel analizados en este estudio. Ello constituye una barrera intransable en el acceso a la atención, pues, en el marco de esta investigación, se encuentran elementos que sustentan que, en general, no se resguarda la salud integral de personas vulnerables, como niñas o adolescentes gestantes. Y muy particularmente de aquellas que han vivido experiencias de violencia reiterada como es el caso de quienes resultan embarazadas a consecuencia de violación sexual.

De ahí que resuelve evidente que, la Guía Técnica en este punto de la valoración del riesgo, no permite enfocar las necesidades específicas de atención en los casos de niñas y adolescentes, dejando un importante vacío que las coloca en mayor vulnerabilidad en el servicio de salud. Al respecto como lo ha señalado Denise Sacsá, “ni en adultas ni en niñas se valora el riesgo de salud mental, pero con las niñas suele haber mayores consecuencias a lo largo del tiempo” (2021, comunicación personal, 24 de junio de 2021)

Siguiendo los pasos que señala la guía, posteriormente a la evaluación diagnóstica, recién procede la solicitud formal:

- “A pedido de la gestante o su representante solicita por escrito a la/el médica/o tratante la interrupción, la/el médica/o tratante cursa solicitud escrita a la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia” (MINSA, 2014, p. 10).

Enfocándonos en los casos de adolescentes y niñas con embarazos de riesgo, no deseados, a consecuencia de violación sexual, al respecto, como lo señalaron los informantes de los dos servicios de salud del primer nivel de salud estudiados, se han registrado ocasiones en que las adolescentes acuden al servicio sin acompañamiento de sus padres o tutores. En ese caso, una persona representante del Ministerio Público debe presentarse con el propósito de velar por su bienestar. Sin embargo, según nos reporta Álvarez<sup>53</sup>, en su experiencia a nivel nacional, y especialmente en Lima, lo que ha venido sucediendo es que, una vez confirmado el embarazo, quien representa al Ministerio Público, en lugar de hacer la solicitud de aborto terapéutico en representación de la adolescente -y velando por su bienestar-, la denuncia o criminaliza ante la posibilidad de un aborto punible. (comunicación personal, 26 de setiembre de 2021). Por ejemplo, en el reportaje periodístico de Ojo Público se indicó que, en los hospitales públicos del Perú, toda niña y adolescente que llega en busca de auxilio por un aborto terapéutico (sea o no producto de violación sexual) queda expuesta a una serie de interrogatorios que tienen como objetivo criminalizarla. Además, las primeras evidencias en su contra son las declaraciones recogidas justamente por el personal médico y la asistente social del hospital. Finalmente, en esa misma nota la titular de la 4° Fiscalía de Familia de Lima, Eva González Valverde, reconoce que,

---

<sup>53</sup> Brenda Álvarez es abogada feminista y Magistra en Derecho Constitucional por la Pontificia Universidad Católica del Perú. Fue representante legal de L.C.

en cualquier caso, todos los casos de aborto en menores son reportados al Ministerio Público (Salazar, 2019, párr. XIV y XV). Esta información evidencia, una vez más, como en un contexto de criminalización del aborto en general, como es el caso peruano, siempre deja lugar a la posibilidad de persecución, e influye y puede hasta condicionar y tener como consecuencia la negación de información y atención sobre aborto terapéutico en casos que corresponda.

Siguiendo lo que la Guía Técnica indica, si se lograra obtener información del médico tratante y si se llegara a ingresar la solicitud, el siguiente paso es que la Jefatura del Departamento de Ginecología y Obstetricia la reciba y convoque a una junta médica que emita una respuesta. Al respecto de la conformación de la junta médica, la Guía señala:

- “La junta médica estará conformada por tres médicos: un ginecólogo y dos médicos cirujanos, de preferencia un especialista o relacionado con la patología de fondo que afecta a la gestante” (MINSa, 2014, p. 11).

Una de las dificultades que se observa regularmente en los servicios es la (no) disposición de personal para la conformación de las juntas médicas, lo que podría ocasionar retrasos también en esta etapa. Esto ha sido evidente en los establecimientos de salud estudiados de primer nivel. En todos los establecimientos estudiados se pudo constatar mediante la observación y también en el reporte de los informantes clave, que la disposición del personal era limitada o sencillamente no la había. Ante esta posibilidad, en la Guía se prevé esta dilación estableciendo como límite máximo de cumplimiento 24 horas adicionales frente a cualquier dificultad:

- “Si la Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia no convoca a la junta médica, la/el médica/o tratante informará a la Dirección General, quien constituye nueva junta médica en un plazo no mayor de 24 horas, sin perjuicio de las responsabilidades” (MINSa 2016, p. 11).

De acuerdo a las entrevistas con proveedores de salud y reportes consultados, este plazo no suele cumplirse. Esto se debe a razones asociadas a la precariedad estructural del servicio de salud en general, como, por ejemplo: a la falta de personal especializado que conforme la junta médica; al desconocimiento sobre el procedimiento; y a la resistencia a atender estos casos. Los casos de aborto terapéuticos son muchas veces relegados, especialmente en el segundo nivel de atención. Asimismo, no existen mecanismos de

vigilancia para el monitoreo desde el MINSA o a nivel de la DIRESA de Madre de Dios que permitan identificar este problema, darle seguimiento y evaluar su mejora.

A continuación, se detallarán las etapas que siguen una vez que se logra establecer la junta médica y esta resuelve.

Posteriormente a la junta médica:

En esta etapa, se debe proceder a dar respuesta sobre si el pedido ha sido aprobado o denegado. Al respecto, la Guía señala:

- “la Jefatura del Departamento de Gineco-Obstetricia informará por escrito el resultado del procedimiento. El tiempo desde que la gestante solicitó formalmente, hasta que se inicie no debe exceder de seis (06) días calendarios” (MINSA, 2014, p. 11).

Nuevamente, los plazos que impone la Guía Técnica para la atención de aborto terapéutico no se cumplen. Ninguna de las personas entrevistadas y ninguno de los casos examinados revelan que se cumplan ni que puedan cumplirse en “días”. La evidencia indica que el proceso toma semanas. En Lima, como ya ha sido mencionado, tarda en promedio al menos cuatro. No obtuve datos precisos de cuanto más podría tardar en Madre de Dios, pero a partir de las entrevistas a los informantes clave de los establecimientos de salud estudiados; por cuestiones relativas a la distancia, acceso, disponibilidad del personal de salud, entre otros asociados a la precariedad de la zona y la vulnerabilidad social de aquellos casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados en víctimas de violencia sexual, asumo que demoraría mucho más, o que incluso simplemente no llega a darse la atención, tal como lo reportaron los proveedores de salud del primer nivel entrevistados.

En el caso de que el procedimiento sea aprobado, la Guía dice:

- “Si la junta médica declara procedente, informa al médico tratante dentro de las 48 horas. Se solicita el consentimiento escrito de la gestante” (MINSA, 2014, p. 11).

Al respecto, en casos de niñas y adolescentes, sobre la conformación de una junta médica para procedimientos específicos, el reglamento de la Ley N.º 30466 para la consideración primordial del interés superior del niño señala que la junta médica debe



informarles a las niñas sobre las opciones disponibles, riesgos y efectos secundarios, y tener en cuenta su opinión según su edad y madurez. Sin embargo, como señala Álvarez, a nivel nacional difícilmente las mujeres adultas son informadas, menos aún las niñas y adolescentes (comunicación personal, 26 de setiembre de 2021).

Asimismo, de acuerdo con su artículo 14, los proveedores de salud deben contar con la autorización de la madre, padre, responsable o tutor/a para realizar pruebas, diagnósticos, procedimientos e intervenciones de salud, pero, crucialmente, “En caso no se otorgue el consentimiento y corra peligro la vida o pueda generarse un daño irreparable a la salud de la niña, o adolescente, en aplicación del interés superior del niño, se puede prescindir de la autorización” (MIMP, 2018).

Este aspecto es clave, ya que, normalmente, el carecer de esta autorización es una barrera para la atención requerida, pese a que la Guía no la exige y el reglamento de la Ley N.º 30466 habilita prescindir de ella para casos de emergencia como el de un aborto terapéutico (Defensoría del Pueblo, 2021, p. 46).

Por otro lado, es importante señalar que, en los casos de niñas menores de 14 años, de acuerdo con el artículo 17 de la citada ley, el sector salud debe asegurar el acceso a la información, y garantizar a las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual el servicio diferenciado para la atención integral de su salud, principalmente de su salud sexual y reproductiva. Así, pueden acceder a pruebas rápidas, tamizajes no invasivos, entre otras, sin que medie la autorización de la madre, padre o tutor ya que son acciones en favor de su interés superior en contexto de emergencia (MIMP, 2018). Sin embargo, tampoco hay un seguimiento registro o información de estas atenciones a las que se haya podido acceder en el marco de la observación, y entrevistas a informantes clave de los tres establecimientos de salud estudiados.

Si la junta médica concluye que el aborto no es recomendable, y deniega la solicitud, se puede solicitar una segunda opinión a cargo de una nueva junta médica. Esto, una vez más, se traduce en más tiempo de espera, lo que retrasa la atención. Quizá la única ventaja de una reconsideración es la posibilidad de incorporar en la junta a un médico seleccionado por la persona gestante. Sin embargo, esto va a servir de muy poco si el límite de 22 semanas de edad gestacional que establece la Guía es superado. Las posibilidades de acudir más allá del límite gestacional se incrementan, en los casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Ya que identificar tempranamente un

embarazo supone contar con información y recursos suficientes, en otras palabras, el capital social, que en un contexto de vulnerabilidad social como en casos de violación sexual se torna más complejo. Muchas veces no se reconoce que la niña o adolescente está siendo agredida sexualmente hasta que se sabe del embarazo, esto responde, a que suele ser en el entorno más próximo y en los lugares visitados o frecuentados por las víctimas donde se concentran las agresiones, que además suelen ser múltiples y asociadas a otras formas de violencia como la intimidación. De ahí que los embarazos sean detectados en etapas avanzadas precisamente en los casos de las mujeres que enfrentan mayor vulnerabilidad: niñas, adolescentes, mujeres con discapacidad, mujeres empobrecidas, mujeres indígenas, etc. Todo ello repercute en que sea más difícil identificar un embarazo en estas condiciones.

De lo anterior, infiero lo revictimizante de estas barreras para la atención, lo que sin duda tiene en sí mismo un impacto negativo en la salud mental de las usuarias; y lo restrictivo de la Guía al fijar un plazo límite gestacional, pues ello impide el acceso a un aborto para aquellas que están en condiciones de mayor vulnerabilidad, tornándolo en una barrera de acceso. (Romero, 2021, párr. XVI)

Ahora bien, es importante señalar, que, en los casos de emergencia, la Guía también indica:

- Estando en riesgo la vida de la gestante, corresponde al jefe de guardia de emergencia convocar de inmediato, bajo responsabilidad, a una junta médica y tomar las acciones necesarias para evitar la muerte de la gestante o daño en su salud (MINSa, 2014, p. 16).

Un problema de fondo de la Guía Técnica para la Atención del Aborto Terapéutico, que señale al inicio de este análisis, es el cómo y quién evalúa, y decide si la condición pone en riesgo la salud o puede generar un daño grave y permanente de la persona gestante.

Antes y después de la aprobación de la Guía Técnica, invariablemente esta evaluación recae exclusivamente en el criterio de los proveedores de salud. El hecho de que esta decisión sea “bajo responsabilidad”, genera que incluso en los casos de personal sensibilizado, sea muy difícil que se asuma tal responsabilidad. No solo por falta de competencias técnicas, sino también, en parte por temor a represalias, como, por ejemplo: ser sujetos de estigma en el servicio de salud o por parte de sus colegas, ser denunciado criminalmente por practicar un aborto punible entre otros.

### Reflexiones sobre el análisis de la Guía

Cuando entra en discusión que las repercusiones negativas a la salud de la gestante son asociadas a su salud mental, de acuerdo con la Guía, se exige necesariamente que la solicitante del servicio sea sometida a una evaluación psiquiátrica (no psicológica); como ya se ha mencionado, esto en sí mismo es un problema ante la falta de personal especializado en los establecimientos de salud del país. Lo más grave de esto, es que los hacedores de esta y otras normas técnicas, no reconocen las realidades locales y asumen contextos en los que la falta de proveedores de salud especializados no es un problema. Es una debilidad el no tomar en cuenta, que no todas las regiones del país cuentan con psiquiatras en cada establecimiento de salud. De hecho, el Hospital Santa Rosa en Madre de Dios es uno de los tantos hospitales sin médico psiquiatra en el Perú. Una vez más, vemos que las condiciones impuestas por la misma Guía restringen y limitan la atención necesaria. ¿Cómo se establece sin dilatar el proceso una junta médica con las características exigidas cuando el establecimiento de salud que debe evaluar la solicitud no tiene ni un solo psiquiatra entre su personal? Esta pregunta no tiene respuesta y es una realidad, desgraciadamente común en las diversas regiones del país.

Asimismo, la Guía indica con claridad, que se debe informar y dar orientación centrada en las necesidades de las mujeres durante todo el proceso; sin embargo, como ya ha sido mencionado, no hay mecanismos de vigilancia para el cumplimiento de esta disposición. Es más, de acuerdo con la información recopilada para esta investigación, lo anterior no se estaría cumpliendo. Más bien, prima un clima de impunidad (Defensoría del Pueblo, 2021, p. 39).

De acuerdo con la vigilancia ciudadana en salud sobre la aplicación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos públicos de salud a nivel nacional desarrollada por Foro Salud en 2017 y el Informe de la Defensoría del Pueblo de supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19, la Guía Técnica no se ha ido implementado de forma sustantiva desde su aprobación en el año 2014. Un problema para la rendición de cuentas sobre su adecuada puesta en práctica radica, por un lado, en la brecha entre el registro de atenciones y la verdadera cantidad de casos que se atienden en los establecimientos de salud; por otro lado, también existe la brecha

relativa a los casos que finalmente no se atienden y que se traducen en el subregistro de las violaciones sexuales que resultan en embarazos y maternidades forzadas, así como en abortos inseguros y muertes maternas. Este problema fue reconocido por el mismo Estado peruano en el 2018 en su informe ante la Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas. Ahí se detalla que: “El acceso a un aborto con calidad es uno de los principales problemas que todavía genera alta morbilidad y casos de muerte maternal” (MIMP, 2018a, p. 50).

Frente a esta situación, y específicamente a como repercuten estas falencias en la atención de niñas y adolescentes, una recomendación desde la Defensoría del Pueblo (2021) ha sido que el MINSA evalúe desarrollar una guía especializada. Sin embargo, cabe preguntarse en qué medida más protocolos facilitarían el acceso si con la protocolización nacional persisten los desafíos de implementación descritos.

Asimismo, la Defensoría también señala la necesidad de capacitar al personal de salud ante estos casos y la importancia de 1.) no criminalizar a los médicos que realizan el aborto terapéutico y 2.) trabajar por erradicar el estigma social entre los proveedores de salud en torno a la interrupción del embarazo (2021, p. 19). Esta recomendación es loable, aunque contradictoria con lo que señala el artículo 30 de la Ley General de Salud descrito en la sección de antecedentes en el capítulo III que corresponde al contexto.

Pese a las recomendaciones para el MINSA por parte de la Defensoría del Pueblo, los procedimientos para la atención de abortos terapéuticos no son conocidos ampliamente por los proveedores de salud, menos aún por las usuarias, sobre todo si consideramos a aquellas que son niñas o adolescentes.

Según el Informe sobre la Supervisión de la Atención Integral en Niñas y Adolescentes Embarazadas por Violación en Establecimientos de Salud, elaborado por la Defensoría del Pueblo, en julio de 2021, de los 109 establecimientos de salud que se supervisaron, el 20% negó las solicitudes de aborto terapéutico a niñas sin sustentar los motivos de su negativa y el 63% de ellos no sabían de la existencia de la Guía; solo once de ellos consideraron como causal de aborto terapéutico enfermedades preexistentes que se agravan con el embarazo; además, solo cuatro establecimientos reportaron considerar la salud mental como causal para valorar el nivel del riesgo a la salud y vida de las niñas gestantes; finalmente, en un caso se señaló que el aborto terapéutico era una práctica punible, es decir, sujeta a sanción penal (2021, p. 6). Con lo anterior, podemos

constatar, con preocupación, que los establecimientos de salud no siempre saben que existe la Guía o no cumplen adecuadamente con sus disposiciones.

El desconocimiento de la legalidad del procedimiento o de la existencia de la Guía en cuestión, y el incumplimiento de sus disposiciones constituyen barreras muy serias para acceder al aborto terapéutico: si se desconoce que este tipo de aborto es legal, el personal médico le negará a la gestante información para acceder a este; si no están al tanto su existencia o no conocen adecuadamente sus disposiciones, se dilata el proceso, lo cual es absolutamente perjudicial porque, como ya se ha señalado, existe un límite para que el procedimiento se pueda aplicar (22 semanas gestacionales) y así la misma Guía es una barrera para el acceso a este servicio de salud.

Como ya se había señalado en el apartado anterior, desafortunadamente, lograr la aprobación del procedimiento en el plazo establecido (sin superar las 22 semanas de edad gestacional) es excepcional. En el marco de este estudio, no se ha podido identificar ningún caso atendido reportado por los proveedores entrevistados en los establecimientos de salud seleccionados.

En resumen, en el marco de esta investigación y de su análisis de la Guía Técnica Nacional, se identificaron los siguientes problemas: Primero, descontextualización que desconoce las diversas condiciones de los diferentes contextos sanitarios y que se relaciona con los efectos de la precariedad estructural del sistema de salud y sus servicios en la atención. Segundo, desestimación del daño a la salud mental como causal para acceder a un aborto terapéutico. Tercero, establecimiento de un límite gestacional restrictivo. Cuarto, falta de atención especializada a niñas y adolescentes gestantes producto de violación sexual. Quinto, escaso compromiso de la dirección del Hospital regional (y mediante información secundaria, de los hospitales a nivel nacional) para generar procesos de sensibilización. Sexto, falta de capacitación a los proveedores de salud a todo nivel, sean médicos obstetras, personal de enfermería, psicólogos/as, entre otros. Séptimo, carencia de difusión sobre el acceso a este procedimiento legal. Octavo, carencia de mecanismos de rendición de cuentas; y finalmente, los vacíos de registro de atenciones.

A continuación, presentare el análisis de la observación, entrevistas y visita a los establecimientos de salud seleccionados, el P.S. Santa Rosa ubicado en zona periurbana

y el P.S. La Joya ubicado en zona urbana en el primer nivel de salud. Y el Hospital Regional Santa Rosa ubicado en zona urbana en el segundo nivel de salud.

## 5.2. EL P.S. SANTA ROSA

A lo largo del análisis identifique que existen dos condiciones importantes para la atención en este servicio de los casos de aborto terapéutico en niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, víctimas de violencia sexual. Primero, la precariedad estructural característica de la atención en establecimientos de salud en general y que, en un lugar con las características del P.S. Santa Rosa que comprende mayores posibilidades de que acudan por atención población indígena u originaria, se ve agravada por la falta de enfoque intercultural en la prestación del servicio. Segundo, la prestación del servicio de salud se da en un contexto de tolerancia a la violencia basada en género y a la trata de personas, muchas veces relacionados a la actividad minera informal de la zona.

En cuanto a la precariedad estructural para la atención de casos de niñas y adolescentes con embarazo de riesgo, no deseados, producto de violencia sexual, esta no inicia normalmente con la atención en el establecimiento de salud. Los participantes del estudio señalaron que la mayoría de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo que llegan al P.S. Santa Rosa, primero se contactan con la Comisaria o el CEM. Al ser estos el primer punto de contacto, de la Comisaria o del CEM depende que, en la práctica, las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual con embarazos de riesgo no deseados puedan tener información referente a la opción del aborto terapéutico y en consecuencia también si en esta etapa hay demoras, ello dificulta el acceder a tiempo<sup>54</sup>, lo que constituye una barrera para la atención.

Los proveedores de salud entrevistados en el P.S. Santa Rosa, tienen presente que las demoras en la actuación conjunta entre el personal del CEM y comisarias con el personal del establecimiento de salud que se den, implican trabas infranqueables en el proceso por atención en el primer nivel de atención y de derivación al segundo nivel de atención donde podría finalmente evaluarse la solicitud de un aborto terapéutico. Esto es grave considerando que estos casos suelen detectarse con mayor demora al promedio, debido a que junto con la detección del embarazo se hace evidente la violencia sexual

---

<sup>54</sup> Antes de las 22 semanas de edad gestacional que se establece como límite en la Guía.

reiterada a la que se han visto expuestas. Al respecto, un informante del P.S. Santa Rosa comenta lo siguiente: “Hay casos que he acompañado, de niñas pequeñas que producto de abuso han resultado gestando... Llegan con el embarazo avanzado, y así solo queda hacerles seguimiento” (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

A la detección tardía de este tipo de casos, se suman las demoras de las fallas en la actuación conjunta entre el CEM y el P.S. Sobre este tema, un proveedor de salud comenta lo siguiente respecto de uno de los casos que atendieron en el P.S. Santa Rosa en el año 2018 de una niña menor de 14 años víctima de violencia sexual con un embarazo de riesgo:

Cuando atendí a 'Julia'<sup>55</sup> fue por solicitud del CEM, ella estaba en 'Primavera Alta', más cerca del puesto de Santa Rita, ahí le tocaba, pero no podía ir y de allá nadie quería ir hasta su casa a verla, fui yo. Le expliqué a su padre que en su caso era posible interrumpir el embarazo, el riesgo era alto, tenía solo diez años y un cuadro de anemia severa, de entrada, pero fue todo muy difícil, no se logró. (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

En este caso el padre tuvo información disponible sobre la posibilidad para acceder al aborto terapéutico. No obstante, esto sucedió solamente una vez que “Julia” pasó a la atención con el proveedor de salud, semanas después de haber sido atendida por el CEM. En el CEM no le dieron esta información, pese a que es mandatorio hacerlo de acuerdo al Protocolo de Actuación Conjunta para estos casos. Además, según reporta el informante entrevistado, desde el CEM buscaron que el padre desistiera de denunciar.

Al consultar sobre las dificultades específicas para la atención del caso de “Julia”, el mismo proveedor reportó:

Del CEM le convencieron al padre de que no debía ni denunciar al violador, porque le iban a dar cadena perpetua, y quien les iba a ayudar con la criatura, eran personas muy pobres. No cumplen con decirle las opciones. Él tenía miedo y de alguna manera resignación, el tiempo fue pasando y ya la niña no iba a alcanzar a llegar antes de las 22 semanas para interrumpir, fue triste, ella estuvo frágil todo el embarazo, que finalmente llegó a término y tuvo a su hijo. (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

En este punto, es fundamental precisar que en ningún caso la denuncia o el proceso penal de búsqueda de justicia son condicionantes para la atención en salud en Perú. Aun así, cabe mencionar que la búsqueda de justicia es un proceso en el que las víctimas no

---

<sup>55</sup> Se ha cambiado el nombre de la persona a la que hace mención el proveedor de salud por razones de confidencialidad.

suelen recibir apoyo de parte de las instituciones, lo que se traduce en traición institucional por parte de las entidades que debieran velar por la prevención y atención de este tipo de delitos. Esta traición institucional (entendida como el daño ocasionado hacia un individuo o grupo de individuos que confían en la institución, a través de protocolos, políticas o fallas para cumplir con procedimientos) también se expresa en el rechazo o desánimo generalizado en los servidores públicos y en proveedores de salud para atender casos derivados de violencia sexual.

En este estudio también se ha puesto en evidencia que, aunque puede haber algunas condiciones específicas y circunstanciales a favor de la víctima en esta etapa, ello no es suficiente en un marco institucional que se caracteriza por una atención precaria. En el caso de Santa Rosa, se ha reportado por parte de un informante clave, que la máxima autoridad de la Comisaria mantiene disposición colaborativa en estos casos. Sin embargo, sus subordinados no tienen la misma voluntad, retrasando la atención (con o sin intención) lo que puede llegar a obstruir el proceso de derivación al CEM o al servicio de salud. Un proveedor del P.S. Santa Rosa comenta al respecto lo siguiente:

“Varias veces dependemos de ... cómo podemos y ... nos organizamos. A veces del CEM no responden, cuando se contacta con la Policía así nomás no viene. Ahí tenemos el apoyo del comisario, pero tenemos que movernos. Contactamos a la defensoría, vamos a Mazuko, pedimos apoyo, pero a veces los casos son graves, y pasan tantas cosas”. (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

Este caso nos da cuenta de lo fundamental que resultan las coordinaciones intersectoriales oportunas para la atención. Los retrasos y omisiones, por indiferencia o negligencia terminan significando: daños graves y/o permanentes a la salud integral de la persona gestante, especialmente si esta se encuentra en etapa de desarrollo como era el caso. Identifico, que toda esta serie de acciones (o inacciones) se da por medio de la predominancia de discursos y prácticas micro ignorantes – es decir, ignorancias individuales en posiciones ideológicas rígidas que ocultan sus propios supuestos erróneos a quienes las suscriben, lo que conduce a nuevos patrones de microignorancia individuales (McGoey, 2019, p. 3)- estas acciones por parte de los servidores públicos se transforman a nivel institucional en macroignorancia – es decir, la producción deliberada de la ignorancia trascendiendo la acción individual (McGoey, 2019, p. 3)- representando ello, una barrera para la atención en general, y una expresión de violencia estructural en casos de aborto terapéutico.



Mediante las entrevistas se ha reportado que hay ocasiones en que la atención de los casos les implica a los proveedores de salud asumir consecuencias no deseadas producto de la fragmentación de la actuación conjunta entre operadores de justicia y proveedores de salud. Al respecto, hay oportunidades en que los proveedores de salud del P.S. Santa Rosa indican haber acompañado la denuncia y que se han visto acusados de ejercer presión en la víctima. También, en los casos de niñas atendidas, indican haberse encontrado con resistencia a reportar el abuso y la explican en tanto que la familia suele proteger al agresor, quien comúnmente es una persona del entorno familiar o próximo de la víctima. Tal como uno de los proveedores entrevistados en el P.S. Santa Rosa comenta:

Hay casos que detectamos, logramos que la mujer denuncie, pero la familia interviene y a la hora de hacer la denuncia cambian de versión, hasta suelen decir que el personal del establecimiento de salud las obligó a decir esas cosas. Existe otros casos donde la mujer no quiere denunciar, por miedo, porque el agresor es miembro de la familia, en el caso de menores de edad, la madre apaña, porque es el padre, padrastro o un familiar el que cometió el delito. Por eso, es bien complicado tratar esos casos como se debe (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

Al mismo tiempo, es importante destacar que, en el caso de “Julia” aun cuando no se logró la atención en aborto terapéutico, sí se facilitó al padre de la niña la información y la posibilidad de la atención y derivación al servicio de segundo nivel. Destaco ello, porque este proceso, según reportan desde el P.S. Santa Rosa, fue clave para la sobrevivencia de la niña. Es decir, que el proveedor de salud sexual y reproductiva estuviera sensibilizado y contara con conocimiento técnico respecto de la necesidad de acceder a la atención de aborto terapéutico, influyó en que busque activamente hacer seguimiento de su caso, independientemente de las dilaciones que surgieron en el proceso de derivación del CEM al P.S. Santa Rosa y finalmente al Hospital Regional. Así, el proveedor señaló al respecto:

La niña estaba con un cuadro de anemia muy severa, ella era muy chiquita, el embarazo era de riesgo, más allá de que estaba muy afectada por lo que le había pasado. Se le hizo seguimiento, se le visito a su domicilio, era difícil que se trasladara siquiera aquí – al P.S. Santa Rosa-, porque no tenía recursos y porque presento hiperémesis gravídica. Temimos por su vida, pero finalmente logro salir adelante. (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

Sobre estas declaraciones es importante advertir lo que significa que un caso de estas características sea atendido con éxito para los diferentes actores a los que acude una

niña o adolescente víctima de violencia sexual. Por el lado de los funcionarios del CEM, aunque se hizo la consulta a la informante, no se obtuvo de su parte mayor información en el marco de este estudio. Futuras investigaciones deberán ahondar en las percepciones del personal del CEM y la comisaria sobre lo importante de su labor en la actuación conjunta con el personal de los establecimientos de salud en estos casos. Sin embargo, por parte de los proveedores del P.S. Santa Rosa quiero destacar de la declaración anterior, que lo que se valora como un buen término, incluso en personal sensibilizado, es algo tan básico como el hecho de que la niña no muera y lleve a término el embarazo de riesgo producto de violación sexual. En este caso, si bien se llegó al paso de que se detectó el riesgo y se informó al padre de la usuaria de la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico, no se pudo realizar la derivación al segundo nivel para la atención al aborto terapéutico por haber excedido las 22 semanas de edad gestacional. Paradójicamente, fue en el Hospital Regional en el que finalmente terminó siendo atendido el parto.

Es importante mencionar que, una vez que la víctima recibe atención en el P.S. Santa Rosa se despliegan otras expresiones de precariedad estructural propias del servicio de salud que se describirán a continuación.

Como ya se ha mencionado, en la sección 4.2.1. por su ubicación el P.S. Santa Rosa, tiene mayores posibilidades de que acudan a él personas indígenas o de pueblos originarios. Este marco debiera privilegiar que se aplique la perspectiva intercultural en la atención de salud en la zona. Sin embargo, el personal de salud de la zona es intermitente, no es de origen local, y no cuenta con vasto conocimiento de la zona, las lenguas originarias, y las expresiones culturales.

Asimismo, no hay un registro de las atenciones a personas que distinga su identidad étnico racial. Según reporta un proveedor de salud entrevistado, con mucho esfuerzo y de manera discontinua, solo por periodos, hay un registro de atenciones extramurales y de referencias. Lo antes expuesto, puede anticipar que se trata de un establecimiento de salud que presenta precariedad estructural, esto se condice con la observación de las condiciones y producto de las entrevistas que dan cuenta que el P.S. mantiene instalaciones que no son óptimas para asegurar la atención con privacidad. Además, los informantes entrevistados manifiestan: la falta y alta rotación del personal, la falta de algunos suministros, entre otros.

Como ya se ha mencionado, el P.S. Santa Rosa, cuenta con dos obstetras, que se organizan para mantener comunicación con el centro de orientación comunitaria de la zona, que es apoyado por una ONG con sede local, y que atiende y deriva casos de violencias basadas en género. Los obstetras del establecimiento de salud, trabajan en coordinación con los representantes de los programas sociales, las autoridades educativas, el juez de paz, la defensoría del pueblo y las autoridades electas. Especialmente en lo que refiere a la prevención, atención y derivación de violencia sexual es niñas y adolescentes.

Desde la observación al servicio y de lo reportado en las entrevistas a los proveedores del P.S. Santa Rosa se constata que el personal del P.S. tiene un grado de sensibilización a este tipo de casos. Se reporta que el personal no presenta objeción de conciencia, ni una perspectiva especialmente conservadora. Es importante señalar que, según la Ley N.º 26842 – Ley General de Salud, las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas para eximirse de las disposiciones de la autoridad de salud cuando de tal objeción se deriven riesgos para la salud de terceros.

Este grado de sensibilización identificado, según indican mediante entrevista, está relacionado con sus experiencias de atención en un contexto de alta vulnerabilidad como este. El personal de salud ginecobstetricia del P.S. Santa Rosa mantiene contacto directo con la comunidad, a través de las campañas de salud que realiza, así como de las actividades extramurales en los Centros Educativos de Santa Rosa y del seguimiento a las gestantes de la zona. Ello, en ocasiones ha ayudado a generar redes colaborativas que, de alguna manera, responden a las falencias que se reportan en cuanto a las debilidades de la actuación conjunta entre diferentes servidores públicos.

Específicamente entre el CEM y el establecimiento de salud cuando ocurren casos de violencias basadas en género con impacto en la salud integral, como son los casos de explotación sexual, violencia sexual, entre otros, según señala en sus declaraciones el informante 3 del P.S. Santa Rosa.

En el proceso de consulta para fines de esta investigación, se ha determinado que, en términos generales un problema que precede al contexto por COVID19 en el servicio, son las reducidas atenciones en salud sexual y reproductiva. De acuerdo a lo que se señaló en consulta para esta investigación desde la DIRESA, ello impacta principalmente en la provisión de métodos anticonceptivos, anticoncepción oral de

emergencia, provisión del kit para la atención de casos de violencia sexual, consejería en salud sexual y reproductiva, y cuidado materno.

Por otro lado, la precariedad estructural también se expresa en las falencias del sistema de referencia al ser este prácticamente inexistente en el servicio según lo que se pudo observar en el desarrollo de esta investigación. Es importante mencionar, que según reportan los informantes del P.S. Santa Rosa, existen esfuerzos de mantener un registro manual a través de cuadernos administrados por los obstetras de turno, pero que estos esfuerzos lamentablemente no son sostenibles, en parte por la alta rotación del personal. De igual manera sucede con el manejo administrativo de las historias clínicas, y otros aspectos administrativos que mantienen deficiencias como expresión de la precariedad en el P.S.

Hacemos lo que podemos, llevamos registro de las referencias, pero mantenerlo bien ordenado ha costado... cuesta bastante. Coordinamos con Santa Rita -el puesto de salud- pero también las pacientes se pierden en el camino, o no vuelven, o vuelven hasta que ya están avanzadas o en mal estado. (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019)

Ante ello, no es posible desestimar las tremendas dificultades que enfrentan las personas que acuden a un servicio tan precarizado y que puedan requerir una atención como el aborto terapéutico, que requiere una referencia al segundo nivel. Que para el contexto específico correspondería ser al Hospital Regional que, según reportan, en la mayoría de casos no logra darse para este tipo de situaciones. En un contexto de tanta fragilidad, y en el que el Estado no está presente, los mismos proveedores indican que las personas quedan a merced de los recursos personales que puedan desplegar, sobre todo por medio de su capital social y su capital cultural, para agenciarse los contactos, y las referencias que posibiliten la atención.

Es importante señalar, que el impacto de estas deficiencias se da en las usuarias siendo que entre ellas de las más vulnerables son las niñas y las adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, a consecuencia de violencia sexual. La incidencia de las violencias basadas en género en la zona y la tolerancia social frente a ellas, implica un mayor riesgo de victimización, lo que nos lleva al siguiente aspecto condicionante para la atención inicialmente descrito: el contexto específico de criminalidad y tolerancia a la violencia basada en género relacionado a la actividad minera informal e ilegal aurífera de la zona y que tiene como consecuencia la trata de personas.

El P.S. Santa Rosa, está ubicado cercano a una zona denominada “La Pampa” y ahí y en los alrededores, se establecen campamentos que desarrollan actividad minera informal e ilegal. Una grave consecuencia de la minería aurífera es la trata de personas con fines de explotación laboral y sexual. Por ello es que, en ese puesto de salud, según reportan los informantes entrevistados, suelen presentarse casos de personas afectadas producto de esa explotación, incluidos aquellos embarazos de riesgo, no deseados producto de violación sexual.

Mediante las entrevistas, los informantes han reportado que las personas que suelen acudir al servicio se encuentran en condición de pobreza y que suelen trasladarse al puesto de salud por diversos medios (vehículo, moto, motocar, a pie, entre otros). Por lo que muchas veces también deben trasladarse por cuenta propia al establecimiento de segundo nivel al que corresponde la derivación: El Hospital Regional Santa Rosa. El mismo que como ya se ha señalado está a aproximadamente tres horas de distancia en auto vía la carretera interoceánica. En esta zona suele anochecer más temprano, por lo que oscurece, en promedio, alrededor de las 4:00 pm, es importante anotar que trasladarse vía carretera interoceánica hacia Puerto Maldonado, conlleva un riesgo, tanto por la posibilidad de un asalto, que no es inimaginable ante el contexto de vulnerabilidad social y criminalidad, así como por la posibilidad de un accidente, que se incrementa debido al tránsito de vehículos no necesariamente aptos para el traslado por carretera como es el caso de los motocar y otros vehículos menores que circulan constantemente por la zona.

Sobre las dificultades de transporte, tanto hacia el P.S. Santa Rosa como hacia el Hospital Regional, tal como lo describe un proveedor de salud entrevistado, el precio de transporte es costoso y presentan riesgos.

“Pocas veces pueden trasladarse especialmente -hacia el Hospital Regional- ya cuando están en avanzado estado de gestación. Tienen que ir en carro, y eso es caro, hasta 300 soles te pueden cobrar si es todo el carro, también a veces van en moto o motocar, pero según como sea pueden pasar cosas. A las gestantes si las monitoreamos bastante, todo lo que podemos, especialmente si están delicadas.” (Informante 3, comunicación personal, 15 de junio de 2019).

Lo que comenta el informante se condice con lo observado en la zona, respecto de los costos de traslado y de las precauciones necesarias a tomar para llegar de manera segura al Hospital Regional. Una vez más, ese traslado queda a cuenta propia de la usuaria y de las condiciones que tenga para ello.

Es importante anotar que el servicio de salud en Santa Rosa es aún más precarizado que el siguiente establecimiento que a continuación abordaré en la localidad de La Joya. Las diferencias se dan a nivel de infraestructura, personal disponible y accesibilidad para el traslado a un establecimiento de segundo nivel. Se estima que eso responde a las diferencias de ubicación, siendo el P.S. Santa Rosa una zona periurbana y la Joya una zona urbana, muy cerca al Hospital Regional. Sin embargo, estas aparentes ventajas que mantiene el P.S. La Joya, como veremos en adelante, no son suficiente para lograr alcanzar la atención, especialmente en los casos analizados de niñas y adolescentes que han sido víctimas de violencia sexual y requieren un abordaje específico e integral.

La existencia de personal sensibilizado en Santa Rosa hace la diferencia en términos de la información y atención que pueden proveer. Sin embargo, ello no parece alcanzar si de concretar la atención por aborto terapéutico en el segundo nivel se trata.

### **5.3. EL P.S. LA JOYA**

Como señale, en la sección 4.2.2. el P.S. La Joya es un establecimiento de salud del primer nivel de atención, al igual que en el caso del P.S. Santa Rosa corresponde que deriven las atenciones de aborto terapéutico al Hospital Santa Rosa establecimiento del segundo nivel. El P.S. La localidad de la Joya está ubicada en una zona urbana, en la ciudad misma de Puerto Maldonado, a aproximadamente 10 minutos en auto del Hospital.

Asimismo, a partir de las observaciones se pudo apreciar que el P.S. La Joya cuenta con mejores condiciones en infraestructura aparente que el P.S. Santa Rosa. En un primer momento, esto me llevo a asumir que la atención y la referencia de casos hacia el Hospital Regional Santa Rosa podría ser más fluida, que en el caso del P.S. Santa Rosa que se encuentra a mucha mayor distancia y en mayor vulnerabilidad social. Sin embargo, después del análisis de las entrevistas a informantes claves de este servicio de salud, se estima que no necesariamente la referencia al Hospital Regional es eficiente, ni que las atenciones sean de mayor calidad.

En el caso del P.S. La Joya, la atención también se da en un contexto marcado por al menos dos condiciones claves: Primero, la precariedad estructural del servicio en términos generales y; segundo, los factores culturales específicos, que sumada a la criminalización del aborto y su práctica, no permiten la implementación adaptada al

contexto ni de la Guía Técnica, ni del Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los Establecimientos de Salud para la atención de las personas víctimas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, en el marco de la Ley N.º 30364 y personas afectadas por violencia sexual.

Sobre las expresiones de precariedad estructural del servicio en términos generales, los informantes reportan que lo más grave se relaciona con: la falta de presupuesto para contrataciones de profesionales y las pobres condiciones laborales de los profesionales de la salud, lo que genera problemas en la regularidad y calidad de la atención.

Uno de los proveedores entrevistados señala al respecto lo siguiente: “los contratos se acaban y no se recontrata personal, la mejor gente se va” (Informante 5, comunicación personal, 17 de junio de 2021). Lo expresado se condice con lo que Palomino ya había señalado, varios años atrás, sobre la tendencia a la gobernanza por números en el Perú:

El criterio principal de estos contratos es el llamado incremento de la producción y la productividad, es decir, afrontar la demanda privilegiando el número y no la calidad de la atención. Este régimen nefasto, no sólo procede inhumanamente con el trabajador, sino que además refuerza la deshumanización del acto médico, extendiendo y afianzando las prácticas burocráticas en la atención a los pacientes (2003, pp. 34-39).

Esta tendencia neoliberal aplicada al sistema de salud, reduce al Estado impactando en las condiciones de los proveedores de salud y en consecuencia en la atención que prestan a las usuarias, quienes solo podrán contar con su capital social en salud para poder navegar los vacíos que enfrenten en la búsqueda por atenderse. De acuerdo con las declaraciones de las proveedoras entrevistadas, la pobre asignación presupuestal para la contratación de personal médico es un problema de larga data. Y que se manifiesta en los múltiples roles que deben asumir en el servicio de salud. Muchas veces excediendo sus competencias y horarios. Para ejemplificar esta situación, se observó que en el P.S. La Joya, quien ejerce como laboratorista es biólogo de formación; que actualmente no hay consultorio de triaje (que la atención se brinda en un pasadizo); que no hay atenciones en el consultorio de psicología; y que una de las obstetras del P.S. no cuenta con condiciones de contratación regular.

Es importante destacar que no todos los consultorios se encuentran activos. Esta es una situación que precedía al contexto de COVID19, pero que se ha agravado durante el 2020 y 2021 afectando consecuentemente las atenciones en salud sexual y reproductiva.

Una de las proveedoras entrevistadas del P.S La Joya en el marco del contexto por COVID19 reportó:

En esta época, pocas han venido, casi no hay atenciones, solo algunas gestantes y todo irregular. No se han podido garantizar todos los insumos. Es muy difícil. Menos vienen por aborto -terapéutico- si es que antes por casos provocados. De aborto médico, acá no hay casos (Informante 4, comunicación personal, 16 de junio de 2021).

De lo anterior deduzco que, en general, la demanda de estas atenciones se ha reducido significativamente en los primeros seis meses del año 2021. Además, en el P.S. La Joya los proveedores entrevistados señalan no haber atendido ni derivado casos de aborto terapéutico en general al Hospital Regional al ser consultados. Sin embargo, es importante tomar en cuenta que, según reportan, este registro no está actualizado. Asimismo, las personas que brindaron esta información mediante entrevista llevaban menos de un año laborando en el servicio.

En el análisis del P.S. La Joya, mi intención era profundizar en conocer el grado de sensibilización y competencias para la identificación de los casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, producto de violación sexual. Sin embargo, al reportar no haber atendido ninguno, explore las atenciones de víctimas de violencia sexual no gestantes. Sobre ello, ambos informantes del servicio señalaron que otra expresión de la precariedad estructural del servicio se relaciona con las necesidades de formación del personal, también para este tipo de atenciones. Sobre eso, un proveedor consultado del P.S. La Joya expuso lo siguiente:

“Se necesita mayor capacitación y sensibilización en la atención a víctimas de violencia sexual. Se da la situación en la que el personal se abstiene y puede derivar a otro profesional” (Informante 5, comunicación personal, 17 de junio de 2021).

En esta declaración se evidencia la falencia antes descrita, junto con un nivel de resistencia para atender casos de violencia sexual en el servicio de salud. Aun cuando esta actitud no se expresa como una objeción de conciencia, dado que no se asume que un aborto terapéutico podría ser parte de esta atención, si implica conductas evasivas para evitar prestar el servicio, al sugerir la preferencia de que otro profesional se haga cargo. A partir de estas afirmaciones, infiero que de la actitud hacia los potenciales futuros casos de aborto terapéutico que lleguen la actitud sería similar. De modo que esta práctica a nivel individual (microignorancia) y organizacional (macroignorancia)



crea, reproduce y mantener silencios para evadir responsabilidades presentes y futuras en el establecimiento de salud.

Sobre esto, al ser consultada por su experiencia de acompañamiento de casos de aborto terapéutico en niñas a nivel nacional, Álvarez, comenta:

Es muy común que haya resistencia a atender el aborto terapéutico, especialmente si se busca que se admita por el impacto de salud mental o aquellos que puedan entrar en la última causal que señala la norma. Esto es porque, sobre todo -se valora- el aspecto clínico y que no se pondera el riesgo al momento de negar la atención, especialmente en los casos de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual reiterada. (Comunicación personal, 26 de setiembre de 2021).

Otra expresión de la precariedad estructural de este servicio es la desmotivación generalizada por parte del personal y especialmente cuando se les consulta sobre la identificación de posibles casos. La entrevistada declara que el servicio de aborto no se prioriza en absoluto, ni se identifican los casos que exigen derivación de la atención para acceder al aborto terapéutico:

Yo no he visto casos de aborto terapéutico acá. Sí he visto chicas, muy chicas, gestando, pero se les ha hablado, se les hacen sus controles. No todas salen luego con su método –en referencia al método anticonceptivo posparto para evitar un embarazo no deseado–; a veces, vuelven; a veces, no (Informante 4, comunicación personal, 16 de junio de 2021).

Las entrevistas revelan que, en los casos atendidos de adolescentes gestantes, no se ha explorado el riesgo en la salud mental de estos embarazos, ni se ha tomado en cuenta que pudieran ser a consecuencia de violación sexual. Asimismo, se expresa cierto grado de indiferencia sobre la continuidad de la atención, especialmente en lo que refiere a planificación familiar posterior al parto.

En resumen, resulta sorprendente que, en un contexto de alta vulnerabilidad social como este, los informantes clave entrevistados reporten que no se ha presentado ningún caso en el último año. Esto puede explicarse, en parte, por las condiciones de precariedad estructural descritas del servicio, pero también por el segundo aspecto que se evidenciaba como condicionante de la atención en el P.S. La Joya mencionado al inicio de esta sección: por factores culturales específicos que no permiten la implementación adaptada al contexto ni del Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los Establecimientos de Salud para la atención de las personas víctimas de violencia sexual, ni de la Guía Técnica para la Atención de casos de Aborto Terapéutico. Lo que, sumado

a la criminalización del aborto y su práctica, representan expresiones de violencia estructural contra las usuarias.

La primera expresión de esta violencia que impacta en las usuarias consiste en la pobre coordinación en la actuación conjunta entre el CEM y el P.S. Sobre eso, los proveedores de salud entrevistados en el P.S. La Joya, al igual que en el caso del P.S. Santa Rosa, coinciden en que es el CEM y, con mucho menor frecuencia, la Comisaria las instituciones en los que se dan los contactos iniciales con las usuarias y quienes atienden los casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, con embarazos a consecuencia de este abuso. Es desde este momento que se empiezan a identificar vacíos, demoras, y desinformación. Al respecto, es importante advertir, como ya se ha señalado, que no en el 100% de casos se iniciará el recorrido por atención en el CEM o en la Comisaria, y que, de ningún modo, el acudir a denunciar un delito condiciona la atención en salud.

En el marco de este estudio, los informantes entrevistados en el P.S. La Joya reportaron no mantener coordinaciones fluidas con el CEM, salvo para el desarrollo de campañas de salud específicas, como parte de sus actividades extramurales. Por otro lado, en contradicción, la persona informante desde el CEM con quien pude establecer contacto, señaló que se mantienen las coordinaciones con todas instituciones involucradas, sin excepción, en la atención a las víctimas de todo tipo de violencia, incluida la sexual, haciendo hincapié en que el contexto por COVID19 ha impactado considerablemente en el incremento de las violencias (Informante 7, comunicación personal, 13 de junio de 2021). Sobre la dificultad en establecer coordinaciones conjuntas, entre el CEM, y el P.S., agravadas por el contexto de COVID 19, desde el P.S. La Joya un proveedor consultado señaló lo siguiente:

“Es difícil a veces coordinar con el CEM, y la Policía y en este contexto - Covid19- ya no, a veces no se puede, y hay que seguir nomas” (Informante 5, comunicación personal, 17 de junio de 2021).

De lo que se sabe producto de la entrevista a dos activistas de la región<sup>56</sup> que reportaron haber acompañado un caso de víctima de violencia sexual en la Joya, ni desde el CEM ni desde la Comisaria se ofrece una atención integral adecuada de acuerdo a los estándares que establece el Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los

---

<sup>56</sup> Representantes de la red Ni Una Menos Madre de Dios.

establecimientos de salud para la atención de personas afectadas por violencia sexual. (Informante 1 e informante 11 comunicación personal, 17 de junio de 2021). Asimismo, de acuerdo a la entrevista a la informante 4 del P.S. La Joya, no parece haber conocimiento de este Protocolo, ni de la Guía para la atención de casos de aborto en el establecimiento de salud. Tal como lo señaló la proveedora entrevistada:

“El Ministerio Público interviene, y todo el proceso lo llevan en el área de medicina legal de Puerto Maldonado. Aquí no hemos derivado al Hospital Regional por aborto médico” (Informante 4, comunicación personal, 16 de junio de 2021).

Esta afirmación sugiere, la segunda expresión de violencia estructural identificada, en la poca claridad y conocimiento del Protocolo de Actuación Conjunta entre los CEM y los Establecimientos de Salud. Cuando he consultado al respecto con los informantes del P.S. La Joya, solo he obtenido como respuesta que, ante la ausencia de casos, antes descrita, no se ha requerido.

Una tercera expresión de violencia estructural identificada por medio de las entrevistas y la observación al servicio, es la carencia de espacios formativos. Existe una fuerte necesidad de continuamente sensibilizar y fortalecer capacidades y competencias para dotar de seguridad a los proveedores en la atención. Esto también aplica a los casos de aborto terapéutico, especialmente, aquellas que impliquen la atención de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual y la valoración del riesgo en su salud integral. De lo que se pudo conocer en el marco de esta investigación en el establecimiento no se han dado espacios de capacitación que aborden o difundan el contenido de ninguna de las normas técnicas antes descritas.

Según la observación y luego del análisis del caso, deduzco que no se presentan ni las condiciones, ni las competencias, en el servicio para una adecuada valoración del riesgo en el P.S. La Joya, lo que tiene como consecuencia que no se dé la referencia hacia el Hospital Regional del segundo nivel que es en donde corresponde se desarrolle la atención para los casos de aborto terapéutico. Se concluye del análisis de la observación y las entrevistas a los informantes claves en este establecimiento de salud, que no se advierte de la necesidad de alertar sobre estos casos, y que en consecuencia no se atienden debidamente. Sobre esto es importante tomar en cuenta que, hasta donde esta investigación pudo explorar en el P.S. no se cuenta con ningún profesional en psicología, por lo que no es posible garantizar que se valore el riesgo del daño grave o

permanente a la salud integral, es decir que incluya también la mental. De manera que, dada la invisibilidad de casos, según lo que reportan los proveedores entrevistados en este establecimiento de salud, la atención es reducida a solo el monitoreo institucional del embarazo en curso.

En el caso del P.S. La Joya la explicación que los proveedores entrevistados reportaron frente al desconocimiento de las normas técnicas y a las deficiencias en la actuación conjunta se limitó a la afirmación: “no hay casos”. Siendo las niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, producto de violencia sexual, quienes más se afectan al enfrentar en el servicio la predominancia de estas actitudes de microignorancia individual que niegan o ignoran la necesidad de la atención por parte de los proveedores y que se refuerza con la precariedad del establecimiento de salud constituyendo violencia estructural. Finalmente, es importante señalar, que en este caso tampoco se observó que se aplique el enfoque intercultural para la atención, ni que se registre las atenciones de las usuarias considerando su autoidentificación étnica o racial.

En resumen, los vacíos de información antes descritos, pueden ser intencionales o no intencionales, y se ven marcados por la precariedad estructural del servicio y por los prejuicios de género que los proveedores y funcionarios públicos despliegan durante la atención. Independientemente de cuál sea el caso, estos silencios son una expresión de violencia estructural. Esta se manifiesta en la ausencia de condiciones y competencias para prestar el servicio, detectar el riesgo, brindar la atención y derivar al establecimiento de salud del segundo nivel. Se violenta cuando se limita el flujo de la información hacia la usuaria, de modo que siquiera pueda contemplar la posibilidad, y con ello acceder a la atención. El impacto en el caso de las víctimas de violencia sexual niñas y adolescentes, de este tipo de violencia es invisibilizado y particularmente perjudicial por sus efectos en el tiempo.

#### **5.4. EL HOSPITAL SANTA ROSA**

El Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado es un establecimiento de segundo nivel de atención categoría II-2<sup>57</sup>. A este hospital es al que corresponde las derivaciones de los servicios de primer nivel en la zona, incluidos los casos del P.S. Santa Rosa (a aproximadamente tres horas de distancia en auto vía carretera interoceánica) y el P.S.

---

<sup>57</sup> Según la Resolución Directoral N.º 209-2005-DRS-GR-MDD/DG de fecha 15 de agosto 2005, se categoriza como Hospital II-2, con la denominación de Hospital Santa Rosa de Puerto Maldonado

La Joya (a aproximadamente 10 minutos de distancia en auto).

Acceder a este establecimiento de salud implicó mayores desafíos, que acceder a los puestos de salud antes descritos. Encontré resistencias implícitas y explícitas a la observación y a sostener entrevistas. Los informantes clave con los que pude conversar no brindaron mayor información sobre la atención de casos de atención de aborto terapéutico en el Hospital Regional. Sin embargo, desde la DIRESA obtuve alguna información relevante al respecto y que considero es importante destacar: en la primera visita en 2019, quien ejercía como jefe del área de gineco-obstetricia era un médico no formado en ginecología, es decir sin especialidad, reconocido como “no escolarizado” pero cuya experiencia en la materia le validó para el ejercicio de sus funciones. El mismo mantenía públicamente discursos autodenominados “provida” es decir, en contra de la práctica del aborto en general y también específicamente del aborto terapéutico. Además, según señaló en informante, la cabeza de este servicio mantenía objeción de conciencia hacia su práctica, aun cuando, como ya se ha mencionado, según la Sentencia STC Exp. No 0895-2001-AA/TC, no puede considerarse que la objeción de conciencia garantiza al objetor el derecho de abstenerse del cumplimiento del deber. Esto es, literalmente, de vital importancia cuando hablamos de personal de salud. Lo antes descrito, presumiblemente, genera un contexto ideologizado en contra de la prestación del servicio en el establecimiento de salud directa o indirectamente.

Todas las condiciones descritas me hacen pensar que en muchos casos no solo no hay condiciones estructurales ni competencias para la atención de casos. Existen asociaciones de profesionales y a nivel nacional, organizaciones activamente en contra del aborto<sup>58</sup>, y como indicó el informante clave de este Hospital en particular, durante mucho tiempo quien estuvo a la cabeza de este hospital simpatizaba con ideas anti derechos, de ahí y del rechazo experimentado a hablar del tema, es que se puede pensar que hay un clima que no favorece la atención del aborto terapéutico. Este rechazo podría darse por parte de los proveedores de salud, con intención, o solo por evitarse problemas que pudieran surgir. Estudios futuros podrán darnos más luz sobre esta

---

<sup>58</sup> A nivel internacional el Colegio Americano de Pediatras, es un grupo de interés estadounidense de pediatras y otros profesionales de la salud socialmente conservadores, que activamente se pronuncian contra el aborto sin información basada en evidencia. En América Latina son referidos como fuente de información para apoyar posicionamientos anti derechos. A nivel nacional la ONG Ala Sin componenda a judicializado el uso del AOE, y también interpuso en el año 2014 una demanda de amparo contra el MINSA para que se abstenga de implementar, difundir y monitorear a la Guía Técnica para la atención de aborto terapéutico.

tendencia de rechazo al aborto en profesionales de salud. Sin embargo, de lo anterior deduje que no se cuenta con personal sensibilizado o capacitado para brindar información y atención por aborto terapéutico, menos aún en los casos de mayor vulnerabilidad como en los casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual en este establecimiento de salud. Asimismo, la información obtenida sugiere que la Guía para la atención en aborto terapéutico, no solo no es conocida, difundida, o priorizada, por el personal de salud de este establecimiento, sino que también puede ser intencionalmente rechazada. Este resultado contrasta con lo reportado por los proveedores de salud en el P.S. Santa Rosa y en menor medida en el P.S. La Joya quienes no mostraron un rechazo explícito a la práctica del aborto terapéutico en sus declaraciones.

En el segundo momento del trabajo de campo, en el año 2021, se presentaron mayores facilidades para entrevistar al informante clave de este establecimiento de salud. Quien tuvo disposición de proporcionar para fines de este estudio, información sobre las limitaciones estructurales del establecimiento de salud. Mediante entrevista se indicó que las obstetras y en general los proveedores de salud, tienen dificultades serias con la sostenibilidad de los horarios y servicios de atención, así como en la precariedad de las instalaciones para la atención. Las mismas que por COVID19 se han reducido a su mínima expresión (Informante 2, comunicación personal, 13 de junio de 2021).

En lo que refiere a las atenciones, es importante destacar que es preocupante que el único hospital regional de segundo nivel de la zona, a la fecha de última visita en agosto del 2021, solo era posible atenderse en el área de gineco-obstetricia por vía telefónica, lo que significa una seria barrera para la atención de casos en general, y en consecuencia también para aquellos en los que el tiempo apremia como en los casos de aborto terapéutico.

Otra manifestación de la precariedad estructural de este servicio se expresa en la dificultad para el registro de las historias clínicas y las referencias desde los establecimientos de primer nivel. Según reporta el informante 2 en entrevista, las coordinaciones de actuación conjunta con las redes de salud son de difícil seguimiento, dependen básicamente de la voluntad individual de los prestadores de salud. Además, las coordinaciones con el CEM para la atención de casos de violencia sexual, siempre

demandan demoras y no existen condiciones para el seguimiento por parte del establecimiento de salud. (Informante 2, comunicación personal, 21 de junio de 2021).

Con relación a las condiciones de los consultorios de gineco-obstetricia, hasta la fecha el Hospital no ha avanzado en la construcción de las áreas comprometidas a iniciar en la gestión del Gobierno Regional para el periodo 2014-2018 y a concluir en la actual gestión 2018-2022. Actualmente, este proceso se encuentra detenido, lo cual está trayendo como consecuencia que persista la falta de ambientes adecuados para la atención.

En el marco de este estudio no se identificó ningún caso atendido por aborto terapéutico en el Hospital. Tampoco se tuvo conocimiento de derivaciones en curso. Se hizo la consulta a la DIRESA sin lograr una respuesta al respecto. Esto es especialmente preocupante tratándose del único establecimiento de salud a nivel regional, con el nivel adecuado para prestar la atención.

Finalmente, según indica un informante entrevistado del Hospital Regional, una característica que se ha presentado visiblemente en este establecimiento es el agotamiento laboral. Tal como lo señala a continuación en su declaración:

“Este tiempo ha sido muy difícil, por los casos que -por COVID19- han sido muchos, los colegas que ya no están, por estar tan lejos. Porque mi familia está en Cusco y no nos pudimos ver en todo el confinamiento, y ellos con la preocupación por una por estar en primera línea” (Informante 2, comunicación personal, 21 de junio de 2021).

Esta cita hace referencia la carga que enfrentaron los proveedores de salud en el establecimiento en el marco del contexto de COVID19. Es poco lo que se ha podido obtener como información respecto de las atenciones específicamente de los casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados producto de violencia sexual. Esto es algo que personalmente he encontrado sorprendente, ya que estimaba que al ser este el servicio de salud, en el que, por su nivel, finalmente se pueden dar las atenciones, hubiera mayor recurrencia de atenciones, así como transparencia en cuanto al conocimiento y aplicación (o no aplicación) de la Guía; y del Protocolo de Actuación Conjunta para la atención de casos de violencia sexual en los casos de niñas y adolescentes. Sin embargo, esto no se dio así. En el marco de esta investigación, no he podido obtener mayor información, pero como señale líneas arriba, de la reducción de atención gineco obstétricas a solo modalidad telefónica, deduzco estar frente a un caso

en el que el Hospital se erige como un “elefante blanco” que si bien teóricamente puede desarrollar una atención primordial para a la seguridad de la vida y la salud integral como es el aborto terapéutico, no cuenta con condiciones ni competencias ni un contexto cultural favorable para su implementación.

## **VI. TIPIFICACIÓN DE BARRERAS PARA ACCEDER AL ABORTO TERAPÉUTICO**

En esta sección, se explorará el entramado que limita el acceso a la atención para el aborto terapéutico. A continuación, sobre la base de los tres niveles de barreras identificados por el Consorcio Latinoamericano Contra el Aborto Inseguro- CLACAI. (Ramón, et al. 2013), presentaré la organización de las barreras identificadas. En primer lugar, se ubican las barreras estructurales que responden a condiciones de precariedad propias del sistema de salud y que no necesariamente están vinculadas exclusivamente a la provisión del servicio de aborto terapéutico. En segundo lugar, presentaré las barreras sociales y culturales que se vinculan a la predominancia de un enfoque biomédico en los establecimientos de salud, a la falta de pertinencia cultural en la atención, que se expresa entre otras cosas, en la nula contextualización de la Guía y finalmente al estigma entorno a la práctica del aborto. Finalmente, identifiqué las barreras políticas y legales, que están relacionadas al marco legal y técnico restrictivo en sí mismo. Es importante mencionar, que las barreras identificadas se vinculan e influyen las unas en las otras.

### **6.1. BARRERAS ESTRUCTURALES**

El derecho de las mujeres a gozar de una salud integral es un derecho humano universal, consagrado tanto por el sistema internacional de derechos humanos como por la legislación peruana. Este derecho debería poder verse reflejado en su bienestar durante los distintos momentos de la vida, incluyendo el periodo de embarazo, la terminación del mismo, o el momento del parto. Sin embargo, frente a la necesidad de requerir atención por aborto terapéutico, en casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, producto de violación sexual, esta investigación concluye a partir del análisis de los casos seleccionados, que esta es inaccesible en la gran mayoría de los casos. (Guerrero, et al, 2019, p. 30).



El sistema de salud tiene falencias estructurales que trascienden la atención por aborto terapéutico, pero que sin duda también afectan la provisión de este servicio. Las mismas están asociadas a una comprensión biomédica de la salud, lo que implica una visión de la salud limitada, que reduce la atención de la salud integral, a la evaluación de condiciones clínicas y que se apoya en una lógica de medicalización neoliberal de la salud. Esta perspectiva induce a la negligencia en contextos sanitarios como el estudiado y constituye una barrera. Asimismo, de las falencias identificadas, las más saltantes, en el marco de este estudio, se expresan en: la falta de cifras e información actualizada sobre las atenciones de aborto terapéutico en los establecimientos de salud y DIRESA; y otras derivadas de la falta de recursos variados. Por ejemplo: la falta de competencias en gestión y para la atención; la ausencia de un sistema de referencias; el desconocimiento de las normas técnicas esenciales para la atención, tales como la propia Guía Técnica y el protocolo de actuación conjunta para la atención de los casos de violencia sexual; la escasez de personal en general y también de personal especializado; el exceso de jornadas laborales continuas; la alta rotación del personal; la falta de atención presencial, especialmente en los últimos tiempos; la falta de instalaciones adecuadas para la atención; así como de suministros, entre otros. Todas estas son debilidades de los servicios de salud estudiados y del sistema de salud en su generalidad.

En esta sección, para fines de esta investigación, me enfocaré en aquellas barreras estructurales relacionadas a lo que significa acceder al aborto terapéutico en casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, víctimas de violencia sexual a través del análisis de: a) la falta de condiciones y brecha de competencias técnicas sanitarias para la atención; y b) la burocratización de los procesos para la atención. En ese sentido, el propósito de esta sección es visibilizar las diferentes maneras en las que se ha identificado que el sistema está diseñado para generar y mantener silencios. Esta forma de proceder se desarrolla en lo que, desde la sociología, se denomina como la “sedimentación de la ignorancia” o agnotología (McGoey, 2019, p. 3), precisando que se trata de una manifestación de macroignorancia que concluyo constituye violencia estructural y que puede constituir traición institucional, lo que en sí mismo es revictimizante hacia las personas que han sido víctimas de violencia sexual y que buscan atención, dejándolas solo con su capital social y cultural para intentar sortear estas barreras.

Una de las expresiones de esta violencia, es la dificultad de contar con cifras parciales o fragmentadas sobre la demanda de atención por aborto terapéutico. En la medida en que las cifras disponibles no brindan información certera sobre la demanda potencial, real y efectiva de los abortos legales, es difícil imaginar la calidad de la gestión de los insumos y los recursos humanos necesarios; los criterios para desplegar esfuerzos adecuados para enfrentar barreras y obstrucciones en la prestación de servicios –como la objeción de conciencia–; y la puesta en marcha de mecanismos de monitoreo de los estándares de calidad. Resulta pertinente destacar, que, en esta investigación, ni desde la DIRESA, ni desde los establecimientos de salud seleccionados, se obtuvo información oficial sobre las atenciones. Esta precaria disponibilidad de datos oficiales sobre los abortos legales probablemente aliente también los abusos y distorsiones del ejercicio de un supuesto derecho a la objeción de conciencia. Es posible también que estas falencias de registro tornen invisibles las grandes desigualdades e injusticias que caracterizan las condiciones de acceso al aborto legal a escala subnacional (Bergallo, 2018, pp. 161-162)

Como ya he mencionado, este vacío de información representa solo una de muchas manifestaciones de violencia estructural. A continuación, presento las otras manifestaciones identificadas en los servicios de salud seleccionados en las siguientes formas:

a) **Falta de condiciones y brecha de competencias técnicas sanitarias para la atención**

En el estudio de los establecimientos de salud seleccionados, destacó la precariedad en el primer y segundo nivel antes y post contexto COVID19 para la atención general en salud. Cuando se exploró el desarrollo de las atenciones en salud sexual y reproductiva, y específicamente aquellos casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, producto de violación sexual, estas falencias se hicieron insondables en un contexto de alta vulnerabilidad, como es el caso de Madre de Dios. Lo que deja como consecuencia que las usuarias solo cuenten con sus propios recursos de capital social en salud para poder navegar los vacíos de información, la burocracia y los prejuicios en la atención.

Además, producto de esta investigación, se evidenció una falencia que ya se expresa en la literatura revisada para el desarrollo del contexto nacional: el limitado conocimiento práctico de la Guía para la Atención de Aborto Terapéutico y el kit para la atención de

casos de violencia sexual, así como su falta de provisión (MINSA, 2019, pp. 6-8), por parte de los proveedores de salud. Asimismo, en la atención no se transversalizan enfoques claves como el de género, el intercultural, y el intergeneracional. En el marco de esta investigación, se muestra una imperiosa necesidad de fortalecer estos elementos. En ese sentido, se identificó que hay apertura y buena disposición de capacitarse en los puestos de salud del primer nivel de atención estudiados. En el Hospital Santa Rosa, por el contrario, fue valorado como una práctica no deseable de ser aprendida o socializada. Esto resulta preocupante dado que, al ser del segundo nivel, tiene la responsabilidad de atender casos de aborto terapéutico. Los proveedores de salud que responden al segundo nivel de atención, con los que me contacté para fines de este estudio, refieren no haber recibido preparación para ello en sus espacios de formación profesional y tampoco en el establecimiento de salud. Esto es consistente con la evidencia a nivel nacional (Ascarza, 2021 párr. X), a pesar de que este procedimiento es legal desde 1924 y cuenta con protocolización -aunque restrictiva- desde el 2014, sigue siendo ignorado por el personal de salud, como parte de los problemas de formación y actualización que mantienen los profesionales de salud, pero también asociado al temor de sanciones, o la condena social que implica proveer la atención en aborto. Esta falta de competencias para la adecuada evaluación del riesgo puede implicar graves consecuencias permanentes, si consideramos que, según la OMS, las niñas menores de 14 años pueden sufrir hasta 4 veces más riesgos de morir que una mujer adulta (2021, párr. XX).

#### **b) Burocratización de los procesos para la atención**

En el marco de esta investigación, se evidenciaron las carencias en la atención brindada al ser recurrentes las demoras y dilaciones en el diagnóstico. Predominando los tratos poco empáticos, indiferentes o descuidados hacia las usuarias que requieran atención por aborto terapéutico, lo que se relaciona con las condiciones adversas en las que se desempeñan los proveedores de salud, especialmente agudizadas por el contexto de COVID19.

Por otro lado, la necesidad de una mejora en la calidad de los servicios se viene reflejando en la ausencia de información o entrega de información veraz y oportuna; en la falta de atención especializada; y en el conocimiento de las normas técnicas para la atención de los casos de violencia sexual y de aborto terapéutico (especialmente en niñas y adolescentes que lo requieran).

Entre otros problemas, se pudo apreciar una fuerte desconexión en el proceso de derivación entre los servicios de primer y segundo nivel, haciendo el proceso de tramitación engorroso y dilatado, y generando que se supere el límite en la edad gestacional de 22 semanas que establece la Guía, lo que en la práctica se desarrolla como un argumento común para no realizar el proceso de aborto terapéutico.

Asimismo, a nivel de los establecimientos de salud estudiados, se identificaron trabas burocráticas que impiden y obstaculizan el acceso a la atención por aborto terapéutico, especialmente en lo que refiere a la actuación conjunta entre el CEM y los establecimientos de salud del primer nivel, y también en la atención en el establecimiento del segundo nivel, Hospital Regional Santa Rosa, que es a donde deben llegar los casos derivados por los servicios de primer nivel analizados. Es importante destacar que esta demora en la atención, los vacíos de información, y la falta de contextualización de las normas técnicas mencionadas como el Protocolo de Actuación Conjunta para la atención de casos de violencia sexual, y la Guía Técnica, no se identifican ni se asumen como fallas en los establecimientos de salud estudiados.

De otro lado, está el problema del establecimiento de la junta médica, que tiene, por ley, la responsabilidad de evaluar los casos. En el marco de este estudio, se reporta que los proveedores privilegian la valoración del riesgo físico al de salud mental. No cuentan con criterios diferenciados para la atención de los casos específicos de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Estos se valoran clínicamente como si se trataran de casos de mujeres adultas, sin considerar que la edad es un factor de riesgo en la salud integral a tomar en cuenta para decidir la interrupción de un embarazo salvaguardando el bienestar de la niña o adolescente. Eso en los casos en los que se da efectivamente una evaluación.

A nivel nacional persiste la evidencia de algunos actos que se constituyen barreras estructurales para la atención, tales como:

- Realizar juntas médicas, de revisión o de aprobación por auditores que ocasionan tiempos de espera injustificados y que, junto al límite de la edad gestacional de la Guía Técnica, limitan y terminan por restringir la práctica del aborto terapéutico.

- Impedir a menores de 14 años exteriorizar su consentimiento para la interrupción voluntaria del embarazo cuando representantes legales no están de acuerdo, argumentando que es probable que, a partir del aborto, se genere un nuevo trauma, ignorando así el trauma que supone llevar adelante un embarazo forzado para una niña o adolescente.
- Imponer requisitos adicionales: dictámenes forenses, órdenes judiciales, exámenes de salud injustificados, autorización de familiares, asesores jurídicos, auditores, médicos, entre otros.
- Falta de proveedores disponibles para la atención.
- Ralentizar los procesos asociados a la evaluación, por ejemplo, a través de la obstaculización de las derivaciones o referencias y contrarreferencia necesarias.
- Finalmente, no contar con servicios del segundo nivel de atención que permitan la atención del aborto terapéutico en las redes territoriales de salud en diversas partes del país (Rondón, 2015, pp.407-411).

## **6.2. BARRERAS SOCIALES Y CULTURALES**

Es importante destacar como una falencia generalizada, y como expresión de la violencia estructural del sistema sanitario, a la débil respuesta con perspectiva intercultural para la atención en salud en general, y también específicamente en contextos como el estudiados para los casos de atención de aborto terapéutico en niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Desde una perspectiva homogenizante y occidentalizada, la percepción de la salud y la enfermedad que tienen los proveedores de los servicios frente a la que tienen quienes acuden por atención en el contexto estudiado es diferente. Lo es respecto de la conciencia y conocimiento de derechos; el despliegue del capital social; la lengua; la capacidad de comprensión de códigos culturales en el establecimiento de salud; las experiencias negativas en el servicio de salud, los prejuicios, la experiencia reproductiva, sexual, laboral, ciudadana, entre otros (Aguirre Herrera, 2018, p. 94).

Es en ese sentido, que se identificó este tipo de barrera en los establecimientos de salud analizados al no contar con perspectiva intercultural e interseccional en la atención en

salud. Esto se manifiesta, entre otras cosas, en la falta de personal indígena o que conozca las culturas y lenguas originarias. De hecho, entre los proveedores entrevistados ninguno reporto ser originario de la zona. En todos los casos han migrado internamente desde otras zonas. En la mayoría de ellos para poder cumplir con el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUM) que se exige desde el MINSA a los profesionales de las Ciencias de la Salud para poder ejercer.

Este dato resulta preocupante especialmente en un contexto como el de Madre de Dios, en el que 40% de su población se autoidentificó como parte de la población indígena u originaria, es decir, 42 239 personas (INEI, 2017). Asimismo, como ya se ha precisado, Madre de Dios alberga – al menos- 10 pueblos indígenas u originarios: Amahuaca, Ashaninka, Ese Eja, Harakbut, Iñapari, Kichwa, Mashco Piro, Matsigenka, Shipibo-Konibo y Yine (Ministerio de Cultura, 2020). Se estima que la población que tiene como lengua materna una lengua originaria o indígena asciende a 28 726 personas, es decir el 21.6%. Se trata de población que vive dentro y fuera del ámbito de las localidades pertenecientes a pueblos indígenas y originarios, en zonas rurales, periurbanas y urbanas. La mayoría de los distritos tiene una alta proporción de población rural que llega a superar el 70% (INEI, 1997, párr. II). Por ello, es bastante grave que ni en el proceso de observación de establecimientos de salud, ni en las entrevistas desarrolladas para fines de este estudio se haya encontrado evidencia de que se tenga en cuenta la pertinencia cultural al momento de la atención en los servicios de salud seleccionados. Consecuentemente, los proveedores contactados reportaron no contar con información sobre el número de personas originarias atendidas en ninguno de los casos.

Estas barreras culturales se relacionan con cómo se generan los protocolos y normas técnicas para las atenciones. Así, en el caso de la Guía Técnica, esta se construye desde actores políticos de Lima quienes no reconocen la diversidad de realidades y contextos sanitarios del país o de conocerla no la priorizan. Lo que dificulta la aplicación de la Guía en un contexto regional como el estudiado, dado que no se toman en cuenta los determinantes en salud, las capacidades de los establecimientos y las competencias de los proveedores.

Por otro lado, las barreras culturales también se relacionan con el estigma respecto al aborto en general y los estereotipos de género, especialmente los que se dan entorno a la

maternidad. Los proveedores contactados para esta investigación reportaron percepciones basadas en estereotipos de género en la atención en salud sexual y reproductiva en general. En ese sentido, la atención que se brinda a las niñas y adolescentes en los diferentes servicios está marcada no solo por estereotipos de género, sino también por prácticas adulto-céntricas. Está normalizado que, en el servicio de salud, para la atención de casos de aborto terapéutico se trate a las niñas y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual, del mismo modo que a las mujeres adultas y no de acuerdo a su etapa de vida.

Respecto de la atención específica a niñas y a adolescentes menores de 15 años, es importante la revisión de algunos aspectos fundamentales: según señala la Defensoría del Pueblo (2021), es clave tomar en cuenta los lugares de atención, ya que, por la etapa de vida, es importante seguir un enfoque pertinente a la edad. Asimismo, se evidencia que no hay lineamientos claros sobre el momento en el que termina la atención de la niña o adolescente con un embarazo no intencional (si es con la consecución de la atención por aborto terapéutico o si es en el momento del parto). La tendencia a sugerir el mantener el embarazo, aun en estos casos, es generalizada. En ese sentido, los estereotipos de género vinculados al aborto en los proveedores de salud promueven directa o indirectamente- maternidades forzadas. Así, los proveedores de salud pueden fácilmente limitar, obstruir, o negar la atención por aborto terapéutico, pese a ser legal desde 1924 y estar protocolizado desde el 2014 en el país. En vez de ejercer como garantes del derecho a la salud, a través de la provisión de la atención por aborto terapéutico.

Por lo antes expuesto, se concluye que las barreras sociales y culturales afectan la forma en que están organizados los servicios, y evidencian el desbalance de poder y falta de perspectiva interseccional y reconocimiento intercultural para la atención. Esto se expresa en la percepción reportada por los proveedores de salud respecto a su desconocimiento de la diversidad de personas atendidas, en cuanto a la diversidad cultural y lingüística, entre otras (Navarro, et al. 2017, pp. 443-455). Por ello, en la observación y mediante las entrevistas, se evidencia que quienes buscan atención se encuentran normalmente en circunstancias de precariedad y vulnerabilidad, y que los servicios de salud están lejos de tener un enfoque que permita una atención de calidad a una mujer empobrecida, indígena u originaria. Menos aun pensando en los casos de quienes son niñas y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual que quedan

expuestas expuesta a estos marcos de violencia de discriminación, también en el establecimiento de salud.

Por otro lado, este orden de barrera se relaciona con una cultura institucional que, en las actuales condiciones, termina por favorecer un clima de impunidad. En los casos estudiados, las pacientes que acuden al servicio de salud y que podrían ser consideradas para la atención en aborto terapéutico suelen ser revictimizadas por los obstáculos que les implica acceder a la atención en sí. Especialmente para los casos de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual, según lo que observe producto del análisis de los establecimientos estudiados y las entrevistas desarrolladas. En el marco de esta investigación, se muestra un continuo de revictimización y de violencia en el que se falla en aplicar las normativas que aseguran una adecuada atención y, con eso, se fracasa también en garantizar el interés superior de la niña o adolescente. Persiste una fragmentación en la articulación de cada etapa. No se tiene en cuenta que brindar una atención integral es algo que deben garantizar todos los sectores que se dedican a la atención de casos de violencia sexual en niñas y adolescentes que podrían acceder a la atención por aborto terapéutico.

En las ocasiones en que se logra hacer seguimiento, se incurre en otros tipos de problemas, por ejemplo, en lo que refiere a la revictimización a la familia de la niña. No se toma en cuenta el círculo de pobreza y vulnerabilidad al que están expuestas las niñas y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual, especialmente en un contexto de alta tolerancia social a la violencia basada en género, asociada a las actividades extractivas ilegales e informales en Puerto Maldonado-Tambopata-Madre de Dios.

Frente a todo ello, se identificó que en los establecimientos de salud estudiados prima un clima de impunidad porque, ante este tipo de cursos de acción, no hay investigación, ni sanciones en el establecimiento de salud. Tampoco mecanismos de vigilancia social o ciudadana que permitan abordar en algún sentido el problema, de manera que no solo no se garantizan medidas de no repetición, sino que se generan los escenarios ideales para que estas falencias se repitan sistemáticamente.

### **6.3. BARRERAS POLÍTICAS Y LEGALES**

En el Perú, coexiste el aborto legal, por razones terapéuticas, en un contexto normativo que favorece la criminalización del aborto, a través del artículo 30 de la Ley General de



Salud, el artículo 117 del Código Penal y también de las limitaciones de la Guía Técnica. Esto como señala Bergallo, es inherente a un sistema por causales, pues este nunca eliminará la posibilidad de denuncia hacia los proveedores bajo la sospecha de la práctica de un aborto punible (2018, p. 158). Esto constituye una barrera legal que se manifiesta en un contexto de debilidad estructural de los servicios descrito en el acápite anterior.

Además, pese a que la experiencia internacional, y regional da cuenta de cómo la causal salud incluye la salud mental, la Guía Técnica no la toma explícitamente, y en general los proveedores de salud no valoran el riesgo de daño grave o permanente tomando un enfoque integral del cuidado de la salud que la incluya, especialmente en aquellos casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, víctimas de violencia sexual.

Asimismo, se encuentra la negativa de reconocer una problemática social y de salud pública que se traduce en la ausencia de voluntad política para la toma de iniciativas que busquen el desarrollo y gestión de políticas públicas; mecanismos de rendición de cuentas; entre otros, cuyo objetivo sea orientar y monitorear el acceso al aborto terapéutico en el país. Este aspecto adquiere mayor complejidad en contextos locales, como es el caso de Puerto Maldonado-Tambopata- Madre de Dios. Al respecto, y siguiendo el proceso de descentralización del sistema de salud, es importante señalar la responsabilidad de cada DIRESA y, por ende, de cada Gobierno Regional, en adoptar medidas que ayuden a garantizar los estándares nacionales para la atención en todos los niveles de salud, especialmente en el primero por ser el contacto inicial, y en el segundo que es el nivel desde donde formalmente el servicio se encuentra habilitado para la atención de los casos.

En cuanto a la garantía al derecho al aborto terapéutico y la provisión de la atención, la DIRESA de Madre de Dios no ha emitido ninguna norma técnica complementaria que atienda y facilite la aplicación de la Guía Técnica en los servicios de primer y segundo nivel de salud. Tampoco se han emprendido procesos de fortalecimiento de capacidades en esa dirección. Asimismo, no se han reportado mecanismos de coordinación entre proveedores de los establecimientos de salud y funcionarios de los CEM para la atención de los casos de niñas y adolescentes víctimas de violación sexual. Por el contrario, se identifica la falencia en la actuación conjunta entre estos actores,

generando como consecuencia que acceder a la atención por aborto terapéutico sea prácticamente imposible.

Si bien, la reforma del sistema de salud de los últimos años ha buscado, junto con la descentralización, atenuar las barreras geográficas, acercando el servicio a la ciudadanía, promoviendo la autonomía de las regiones y, con ello, superar las brechas de la atención, no lo ha logrado (Valdivia, 2015). Es importante reconocer que ese marco de individualismo está motivado por la priorización de un enfoque neoliberal de la gestión sanitaria que se manifiesta en contra del bienestar de las personas, especialmente en un contexto como el analizado, en el que las brechas persisten y el Estado, junto con sus servicios, se vuelve cada vez más pequeño, aislando a las usuarias en su recorrido por atención, siendo su capital social y su capital cultural determinante y lo que podría hacer la diferencia para alcanzar la información y posteriormente la atención para casos de aborto terapéutico.

De manera que, la realidad nacional se destaca por la insuficiencia de los protocolos y normas aprobados. A ello se le suma la falta de difusión, capacitación y adecuación contextual y con pertinencia cultural en los contextos locales, como es el caso de Puerto Maldonado-Tambopata-Madre de Dios, y en los diferentes sectores del Estado a nivel regional que hacen parte del que debiera ser el circuito de atención de acuerdo al marco legal y de políticas relacionado a la atención de casos de niñas y adolescentes derivados de violencia sexual. Los proveedores de salud en los establecimientos seleccionados niegan los casos, u ocultan las atenciones, por medio del uso de una terminología que no diferencia entre el aborto terapéutico y otros tipos de procedimientos; además, omiten u ocultan datos para eludir fiscalización -estigma- o monitoreo de la provisión del servicio. En ese marco, este estudio intenta demostrar la necesidad de investigar más sobre el marco legal restrictivo, que se expresa en una Guía Técnica a su vez restrictiva e insuficiente para garantizar la atención, constituyéndose en sí misma como una grave barrera.

En ese sentido, es importante relevar cómo el estigma en torno al aborto afecta directamente el diseño del marco legal y técnico sanitario. Se evidencia una muestra de ello cuando revisamos la Guía Técnica para la Atención del Aborto Terapéutico, que establece limitantes que no están contempladas en el Código Penal que despenaliza el aborto por razones terapéuticas. Por ejemplo, se deja sin posibilidad de atención a

quienes superen el periodo de 22 semanas de edad gestacional, que son la mayoría si consideramos los largos plazos para la atención, especialmente en casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados a consecuencia de violación sexual.

Además, de acuerdo a lo que señala Álvarez (comunicación personal, 26 de setiembre de 2021), si se analiza la Guía y se la compara, con sus pares en otros países de la región, como por ejemplo Ecuador, se puede apreciar que la normativa peruana es restrictiva, tanto en el límite de la edad gestacional, como en la especificidad requerida para valorar el riesgo. Es decir, al momento de determinar el riesgo que un embarazo implica para la salud o la vida de la mujer, los profesionales de la salud, de considerar algún tipo de afectación a la salud, ven de manera exclusiva la afectación física. En parte porque la Guía técnica no dimensiona los daños a la salud mental, pese a que es un derecho protegido por la Constitución peruana. En esa medida, el riesgo de generar daños graves y permanentes no solo es real, sino muy probable, particularmente, en personas en etapas de desarrollo como son los casos de niñas y adolescentes sobrevivientes de violencia sexual ya que existen importantes diferencias en cuanto a sus respuestas emocionales, corporales, biológicas y fisiológicas. Por ello, se debe informar a las víctimas de violencia sexual la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico. Sin embargo, esto no se hace.

Por lo anterior, resulta fundamental, superar las barreras políticas y legales impuestas a la práctica del aborto terapéutico, para una transformación cultural que garantice el derecho al aborto terapéutico en el país y en el análisis local de los establecimientos seleccionados. Ya que, en la actualidad, estas barreras, son una extensión de la cultura de criminalización del aborto a nivel de las normativas e instituciones del Estado y, particularmente, del sistema sanitario, sus establecimientos de salud y proveedores. Para que ello se haga realidad en los diferentes territorios del país, hace falta, mucho más que la protocolización de la atención a través de una Guía Técnica que poco se conoce y prácticamente no se aplica.

## **VII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y REFLEXIONES FINALES**

En un contexto como el de Puerto Maldonado-Tambopata - Madre de Dios - Perú, resulta complejo hacer investigaciones cualitativas sobre el servicio de salud (Szulik y Zamberlin, 2015). Esto constituyó una limitación en la medida en que hay consciencia por parte de los proveedores de que no se brinda, en general, un servicio adecuado. De

ahí que, hay temor a la fiscalización externa y a la vigilancia social en todos los niveles de los servicios estudiados, desde quienes están a cargo de la dirección de los establecimientos de salud hasta quienes ejercen servicio de atención directa como profesionales de salud. La experiencia de este estudio sugiere un escenario de resistencia y temor entre el personal, a pesar de tratarse de una investigación académica, observo que estas reacciones se ven exacerbadas en el contexto de pandemia de la COVID-19. En relación a ello, se hace hincapié en que parte del análisis de este estudio se ha hecho durante el mencionado periodo. En ese sentido, podría traer mayor información valiosa un estudio que se realice en condiciones diferentes a la emergencia sanitaria.

Es importante anotar que este es un estudio cualitativo y que, en esa medida, no se puede generalizar. Se trata de un estudio de caso, limitado al contexto abordado, de modo que, para hacer inferencias sobre cómo se dan las barreras para la atención por aborto terapéutico a nivel nacional, deberán hacerse otros estudios contextualizados. Sin embargo, destaco que he podido llegar a conclusiones significativas para explorar las barreras identificadas en la provisión del servicio del aborto terapéutico. Siguiendo lo anterior, se evidencia que las barreras estructurales también aplican y afectan la atención de otras enfermedades y condiciones que requieran atención en salud porque es parte de la precariedad institucional sanitaria. En este caso específico, inicialmente, este estudio buscó partir de la ruta formal establecida para la atención por aborto terapéutico. Sin embargo, en el análisis para esta investigación se evidencia que, pese a existir una pauta formal en la Guía de Atención, esta no se cumple.

Sin embargo, como ya se mencionó, es muy importante anotar que en los casos en los que se ha logrado avanzar en el proceso de atención, se denuncia el ejercicio de violencia obstétrica como característica de la atención en general, encarnizándose en los casos de atención por aborto, tal cual lo han reportado algunas de las informantes en el marco de este estudio. En esa medida, considero fundamental que posteriores investigaciones que busquen profundizar en este aspecto tomen como centro la voz de las mujeres que buscan y también en las que logran ser atendidas por aborto terapéutico, dado que, en el contexto estudiado, los entrevistados no reportaron casos en los que se alcance la atención. Finalmente, estimo que ante una Guía que es inaplicable en el contexto local, de muchas maneras, cada persona atravesará un camino “único” con

algunas barreras comunes tipificadas para el marco de este estudio y que pueden revisarse en la sección VI.

Por otro lado, a partir del análisis de los casos, han surgido preguntas adicionales a las que se plantea el presente estudio y que deberán ser exploradas en otras investigaciones. Por ejemplo, ¿cuáles serían los mecanismos más adecuados para fortalecer el trabajo articulado para la atención de casos desde los sectores del Estado responsables?; ¿hace falta una política pública que responda al problema reconociéndolo, y estableciendo metas y mecanismos de monitoreo y denuncia? Asimismo, en el caso de las atenciones para niñas y adolescentes, ¿se deben generar marcos legales y técnico sanitarios específicos para mejorar el acceso y la atención particularmente en estos casos? Sobre esto último, es importante destacar el caso del Instituto Nacional Materno Perinatal en Lima, que ante la demanda, maneja un protocolo específico para la atención en aborto terapéutico para niñas y adolescentes (MINSA, Resolución Directoral N.º 230 -2020-DG-INMP/MINSA, 2020b). Sin embargo, es posible que este a su vez sea inaplicable en contextos locales como el estudiado.

Cabe ahondar en el papel que cumple el MINSA al mantener la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral y Diferenciada de la Gestante Adolescente durante el Embarazo, Parto y Puerperio” (NTS N.º 130- MINSA/2017/DGIESP) evidenciándose con ello que existe un prejuicio institucional que desestima como esencial la atención en aborto por razones terapéuticas, ya que no solo no incluye la atención en aborto para niñas y adolescentes como parte de esta norma técnica o de alguna otra, sino que tampoco existe ninguna norma técnica específica que aborde esta temática para el nivel nacional. Esta es una demanda de salud pública que se ha relevado desde la sociedad civil y la Defensoría del Pueblo.

Adicionalmente, vale la pena señalar que, pese a que para fines de esta investigación no se ha profundizado en la relación jerárquica que existe entre los proveedores de salud de los servicios de salud sexual y reproductiva, esta es una pregunta relevante para el análisis de las relaciones de poder y privilegio que ostenta el gremio médico gineco-obstétrico frente al gremio de obstetras y enfermería. Posteriores investigaciones podrán explorar el impacto de este relacionamiento jerárquico en el servicio y la atención de salud gineco obstétrica, específicamente, para los casos de provisión de atención en aborto terapéutico.

## VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En esta investigación, he buscado explorar las diferentes barreras que se pueden dar para los casos de niñas y adolescentes con embarazos de riesgo, no deseados, víctimas de violencia sexual. Me enfoqué en el análisis de dos servicios de salud de primer nivel y uno de segundo nivel en Puerto Maldonado-Tambopata-Madre de Dios.

En resumen, a partir del análisis, se identificaron las siguientes barreras:

1.) Barreras estructurales propias de la precariedad del sistema de salud. En este orden de barreras se incluye: a) la falta de recursos, competencias y condiciones para establecer el riesgo de generar daños permanentes en su salud integral a las usuarias. Lo que colisiona con el deber de informar siempre a las víctimas de violencia sexual sobre la posibilidad de acceder a un aborto terapéutico. b) la burocratización de los procesos de atención. Es importante destacar que las barreras burocráticas identificadas también operan para el tratamiento de otras enfermedades y condiciones porque se vinculan a la precariedad institucional de los establecimientos seleccionados. Independientemente de eso, se identifica que en la práctica este orden de barreras representa violencia estructural.

2.) Barreras sociales y culturales, las que también se asocian a la precariedad estructural, y que se expresan en: a) un contexto sanitario que mantiene un enfoque neoliberal y biomédico que reduce el rol del Estado a su mínima expresión, dejando a las personas únicamente con su capital social y su capital cultural para acceder a atención ante los vacíos y barreras estructurales. b) las falencias para la implementación de la Guía con pertinencia cultural, adaptada a los diversos territorios y contextos sanitarios del país, vinculadas a la lógica limeña céntrica predominante en el diseño de las normas técnicas sanitarias en general y de la Guía Técnica en particular. c.) La predominancia de un contexto de criminalización del aborto del país, que, entre otras cosas, favorece el clima de impunidad para identificar y sancionar aquellas prácticas que contravengan el bienestar de quienes necesitan y buscan atención por aborto terapéutico.

3.) Barreras políticas y legales, a través de las cuales se concluye que, entre otras cosas, la Guía Técnica para la Atención en Aborto Terapéutico es, restrictiva en sí misma. Se reconoce que este recurso hace posible el accionar de los proveedores de salud, al ser una pauta que antes del 2014 no existía, lo cual hacía prácticamente imposible la

atención. Sin embargo, no solo no es suficiente, sino que, hacia el año 2021, evidencia fuertes falencias en lo que refiere, por ejemplo, a la atención de casos de niñas y adolescentes, o a la valoración del riesgo de privilegiar la evaluación clínica frente a la de salud mental.

Finalmente, es relevante insistir en que las barreras descritas se interrelacionan entre sí, potenciando las limitaciones para el acceso a la atención. Los resultados del estudio muestran que no es algo particular, y que las condiciones están dadas, al menos en Madre de Dios, para continuar limitando la posibilidad de niñas y adolescentes a acceder a este procedimiento.

Para mejorar las condiciones descritas, planteo las siguientes recomendaciones a nivel subnacional, tomando en cuenta la experiencia en los establecimientos de primer y segundo nivel estudiados:

- Fortalecer la articulación de los actores comunitarios con el primer nivel de atención de salud, con el propósito de mejorar la acción preventiva y de intervención temprana. Esto resulta especialmente importante en contextos como el estudiado, en el que la presencia del Estado es muy limitada, y en los que, ante ello, las usuarias solo cuentan con su capital social y su capital cultural para poder sobrellevar los vacíos de información y/o acceder a la atención en salud.
- Generar marcos legales y políticos a nivel local que permitan el monitoreo y establecimiento de medidas para garantizar la atención con estándares adecuados incluyendo cabalmente la perspectiva intercultural. Es decir, reconociendo las condiciones de cada contexto sanitario para la implementación y mejorando las competencias y la disposición de los proveedores de salud locales. Incluyendo el fortalecimiento del actuar conjunto con el personal del CEM y los actores comunitarios relevantes, como las promotoras de salud, los programas sociales entre otros, según cada caso.
- Ante las graves falencias en la actuación conjunta entre los sectores del Estado involucrados en la atención cuando se trata de casos de violación sexual, y los vacíos en los procesos de derivación entre el primer y segundo nivel de atención, se recomienda promover la atención en un solo lugar para evitar la revictimización. Generando las condiciones adecuadas de acuerdo al caso. La

evidencia internacional señala que es posible que se atiendan de manera segura interrupciones del embarazo en establecimientos de salud del primer nivel (OMS, 2022)

- Invertir recursos públicos locales para garantizar estándares en la provisión de la atención por aborto terapéutico es necesario, y requiere abarcar mejoras en cuanto a las condiciones de contratación de los proveedores de salud que se requieran; así como respecto de las óptimas condiciones de las instalaciones para la atención y la provisión oportuna y pertinente de insumos.
- Gestionar, a través de la DIRESA, la implementación de los procesos de fortalecimiento de capacidades, competencias y sensibilización para dar a conocer aquellas normas que aún no están implementadas, como es el caso de la Guía Técnica para la Atención de Aborto Terapéutico, y el Protocolo de Actuación Conjunta. Así como para incluir la comprensión intercultural en la atención en salud en general, pero especialmente en salud sexual y reproductiva más allá del parto, también para combatir los estereotipos de género y el estigma por la criminalización del aborto en la atención.
- Promover, desde los espacios universitarios y técnicos de formación ginecológica y obstétrica locales, que se desarrollen contenidos teóricos y prácticos que aborden el aborto, y brinden capacidades y competencias para atender casos de aborto terapéutico, incluyendo aquellas que se exijan para una competente valoración del riesgo de daño desde la comprensión de la salud integral incluyendo los impactos en la salud mental y social.

A nivel nacional, planteo las siguientes recomendaciones:

- Resultará importante que haya un esfuerzo desde el MINSA, como ente rector a nivel nacional, para impulsar localmente los procesos de establecimiento de medidas para garantizar la atención con estándares adecuados. Las mismas que deben incluir la difusión y capacitación en las normas técnicas, adaptadas a los contextos locales. Con la flexibilidad que permita su implementación y con mecanismos de monitoreo que ayuden a ir optimizando estas atenciones.
- Incluir el aborto y todas sus complicaciones dentro de sus coberturas de atención del Seguro Integral de Salud - SIS.



- Asimismo, será muy relevante que a nivel nacional el MINSA, el MIMP y el Ministerio Público trabajen en las estrategias para mejorar su actuación conjunta para la atención de los casos de violencia sexual. Impulsando que estos procesos sean descentralizados y conscientes de la diversidad de contextos en términos culturales y territoriales. Asimismo, diseñar, aplicar y evaluar medidas específicas de rendición de cuentas en relación con los abusos que puedan darse en el marco de la atención en cada contexto institucional.
- Transferir los recursos financieros necesarios desde el Ministerio de Economía y Finanzas- MEF, para desarrollar las acciones sugeridas. Tomando en cuenta el enfoque de gestión territorial e interculturalidad, ya que hay una población indígena y originaria diversa, distribuida en diversas zonas del país y de alta dispersión poblacional que incrementa significativamente el costo de atención de la población, la misma que no está definida adecuadamente (Foro Salud, 2017, p. 20).
- Dejar sin efecto el artículo 30 de la Ley General de Salud adecuadamente (Foro Salud, 2017, p. 20).
- Interpretar adecuadamente el artículo 119 del Código Penal, tomando en consideración no solamente la condición física de la gestante, sino además la psíquica, emocional y social (Foro Salud, 2017, p. 20).
- Impugnar la objeción de conciencia del personal de salud en los establecimientos de salud pública (Foro Salud, 2017, p. 20).
- Promover, desde los espacios universitarios y técnicos de formación ginecológica y obstétrica a nivel nacional, que se desarrollen contenidos teóricos y prácticos que aborden el aborto, y brinden capacidades y competencias para atender casos de aborto terapéutico, incluyendo aquellas que se exijan para una competente valoración del riesgo de daño desde la comprensión de la salud integral incluyendo los impactos en la salud mental y social.

En esta investigación, he buscado explorar las barreras para acceder a la atención en los establecimientos de salud seleccionados en Puerto Maldonado- Tambopata Madre de Dios. En el desarrollo de esta investigación, los entrevistados no reportaron pacientes que logaran acceder a la atención, a excepción de la mención del caso de “Julia” en el

P.S. Santa Rosa, cuya historia deja una penosa enseñanza: estos casos no son aislados. Como “Julia”, anualmente, un promedio de 1100 niñas y adolescentes menores de 14 años parieron sin poder acceder a su derecho de optar por el aborto terapéutico (Defensoría del Pueblo, 2021, pp. 5-6).

El Estado peruano les falló múltiples veces a niñas y adolescentes como “Julia” y como L.C. En estos casos, El Estado falló en contrarrestar las condiciones que precarizan sus vidas, así como en brindarles protección frente a la violencia sexual y a la cultura que la avala. Además, ha fracasado desde la deficiente implementación de La Guía Técnica en los servicios de salud, ya que con ella no se les garantiza un proceso adecuado de detección del riesgo del daño grave o permanente a su salud integral y de atención oportuna para recobrar su bienestar. Además, no se generan medidas enfocadas en que no se repitan los hechos que interfieren con la atención, ni a nivel de los establecimientos de salud, ni en cuanto a las DIRESA o el MINSA. En el presente persisten incontables niñas, adolescentes, mujeres, personas transmasculinas y no binarias con posibilidad de gestar, como “Julia”, L.C, y Lina Medina, que permanecen anónimas y cuyas historias son negadas. Mientras las necesidades de atención por aborto terapéutico sean ignoradas, seguirán expuestas a un sistema de salud que, en los diferentes niveles analizados, les imponen barreras que limitan y dificultan su acceso al aborto terapéutico como una medida para recobrar su bienestar. De esta manera, garantizar el acceso a la atención por aborto terapéutico es una demanda de salud pública, de justicia reproductiva y derechos humanos vigente y pendiente que exige mucho más del Estado que la sola aprobación de una Guía Técnica inaplicable en contextos como el de Madre de Dios.

## **IX. BIBLIOGRAFÍA**

Abramovich, V. (2006). Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo. *Revista de la CEPAL*, 88(4), 35-50.

Ackerson, L. K. (2008). State gender inequality, socioeconomic status and intimate partner violence (IPV) in India: a multilevel analysis. *Australian Journal of Social Issues*, 41(1), 81-102.

- Aguirre Herrera, J. C. (2018). *Percepción de la salud y la enfermedad en la comunidad afrodescendiente del corregimiento de Pacurita-municipio de Quibdó (Chocó)*. (Tesis de grado). Universidad de Antioquia, Medellín. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10495/14325>
- Angrosino, M. (2012). *Etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Morata.
- Ascarza, L. (14 de julio de 2021). Aborto terapéutico: la resistencia de los médicos se inicia en la universidad. *Salud con Lupa*. Recuperado de <https://saludconlupa.com/la-vida-de-nosotras/aborto-terapeutico-la-resistencia-de-los-medicos-se-inicia-en-la-universidad/>
- Atencio, G. (2021, 22 de setiembre) Aborto Terapéutico en el Perú, el caso de las niñas y adolescentes [ponencia]. CLADEM Presentación Informe Embarazo Infantil Forzado, Lima, Perú.
- Barabas, A. (2014). Multiculturalismo, pluralismo cultural e interculturalidad en el contexto de América Latina: la presencia de los pueblos originarios. *Configurações*, (14), 11-24. Recuperado de <https://journals.openedition.org/configuracoes/2219#citedby>
- Bareiro, L. (2016). “Democracia/s, ciudadanía y Estado en América Latina en el siglo XXI. Análisis de género de los caminos recorridos desde la década del 80 y futuros posibles”. En *Seminario PRIGEPP Democracias*. Recuperado del Programa Regional de Formación en género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Barrantes, C., y Escalante, G. (2015). *Madre de dios, la ruta del oro: Entre el cielo y el infierno. Estudio sobre la trata de adolescentes con fines de explotación sexual*. Lima, Perú: Terre des Hommes Suisse.
- Barraza, C. y C. Gómez (2009). “Un derecho para las mujeres. La despenalización parcial del aborto en Colombia”, Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres.
- Bedera, N. (2021). *Settling for Less: How Organizations Shape Survivors' Legal Ideologies Around College Sexual Assault* (Doctoral dissertation).
- Bergallo, P. (2018). Del fracaso del giro procedimental a la inviabilidad del modelo de causales. En: *El aborto en América Latina: estrategias jurídicas para luchar por su*

*legalización y enfrentar las resistencias conservadoras*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

- Bergallo, P. y A. C. González Vélez (2012), Interrupción legal del embarazo por la causal violación. Enfoques de salud y jurídico, Bogotá, La Mesa por la Vida y la Salud de las Mujeres y otros
- Blanco, L. y Reyes, S. (2009). Género, salud e interculturalidad: Disertaciones preliminares para la comprensión de las prácticas de salud sexual y reproductiva. En Luna, A. (Coord.), *GÉNERO, SOCIEDAD Y CULTURA*. Recuperado de <https://www.eumed.net/libros-gratis/2009a/503/503.zip#page=24>
- Bourdieu, P. (1987). Los tres estados del capital cultural. *Sociológica. Revista del Departamento de Sociología*, 5(2), 11-17.
- Bourdieu, P. (1999). El espacio de los puntos de vista. *Revista Proposiciones*, 29(2), 2-14.
- Boyle, M. H. (2009). Community influences on intimate partner violence in India: Women's education, attitudes towards mistreatment and standards of living. *Social Science & Medicine*, 69(5), 691-697
- Cabrera, S., Gutiérrez, M. y Mascaró, P. (2008). *Aborto Terapéutico desde los Servicios de salud*. Lima, Perú: Promsex.
- Carracedo, Elida y Viglianchino, M. (2008). *En torno a la problemática de la interculturalidad en los saberes y prácticas biomédicas* [acta]. V Jornadas de Sociología de la UNLP, Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata, Argentina. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-096/450>
- Ccoillo, M. (14 de julio de 2021). Aumentan las niñas madres ante las barreras para el aborto terapéutico. *Salud con Lupa*. Recuperado de [https://saludconlupa.com/la-vida-de-nosotras/aumentan-las-nias-madres-ante-las-barreras-para-el-aborto-terapeutico/?fbclid=IwAR0sGcokckA96peTmCqOz30yJu\\_b7tqsk52qGSBpnhK5i7Y9-WQXDePaIw](https://saludconlupa.com/la-vida-de-nosotras/aumentan-las-nias-madres-ante-las-barreras-para-el-aborto-terapeutico/?fbclid=IwAR0sGcokckA96peTmCqOz30yJu_b7tqsk52qGSBpnhK5i7Y9-WQXDePaIw)
- Cobeña, M. (11 de agosto de 2020): “No tenemos un registro unificado en casos de abusos sexuales a menores de edad”. *IDEHPUCP*. Recuperado de

<https://idehpucp.pucp.edu.pe/entrevistas/matilde-cobena-no-tenemos-un-registro-unificado-en-casos-de-abusos-sexuales-a-menores-de-edad/>

Comité de Latinoamérica y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM) (2018). Difusión del embarazo infantil forzado como tortura en redes sociales y medios de comunicación. Propuesta de documento guía para comunicadores, periodistas y activistas (p. 2). Lima, Perú: *CLADEM*

Constitucional, C. Sentencia SU095/18. 11 de octubre de 2018. Magistrada Ponente: Cristina Pardo Schlesinger. Recuperado de:

<https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/2006/c-355-06.htm>

Dammert-Guardia, M., Dammert, L. y Sarmiento, K. (2020). La trata de personas en los Andes: dinámicas socio-espaciales en las fronteras de Perú. *Íconos. Revista de Ciencias Sociales*, N.º (68), 117-134.

Defensoría del Pueblo Estado Plurinacional de Bolivia (2020). *Informe Defensorial. Sobre el Cumplimiento de la Sentencia Constitucional Plurinacional 206/2014 y la aplicación del procedimiento técnico para la interrupción legal del embarazo en los servicios de salud a nivel nacional*. Recuperado de [https://uploads-ssl.webflow.com/5f8bb57939466a7f6ac90555/5f9320c2450227c1d406ca60\\_situacion-de-la-interrupcion-legal-del-embarazo-como-derecho-humano-de-las-mujeres\\_compressed.pdf](https://uploads-ssl.webflow.com/5f8bb57939466a7f6ac90555/5f9320c2450227c1d406ca60_situacion-de-la-interrupcion-legal-del-embarazo-como-derecho-humano-de-las-mujeres_compressed.pdf)

Defensoría del Pueblo. (2020 a) *La violencia hacia niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia nacional por COVID -19. Serie Informes Especiales N° 007-2020-DP*. Lima, Perú: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/04/Serie-Informes-Especiales-N%C2%B0-007-2020-DP-Violencia-contranin%C3%83as-nin%C3%83os-y-adolescentes-en-el-contexto-de-la-emergencia.pdf>

Defensoría del Pueblo. (2020b). *Rendición de cuentas en el contexto de la pandemia: 150 días defendiendo derechos*. Lima, agosto del 2020. Lima, Perú: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/01/Atenci%C3%B3n-De-casos-DP.pdf>

- Defensoría del Pueblo. (2021). *Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud*. Informe sobre la supervisión de la atención integral en niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual, en establecimientos de salud. Serie Informes Especiales N.º 009-2021-DP. Lima, Perú: Defensoría del Pueblo. Recuperado de <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>
- Dietz, M. (2001). “El contexto es lo que cuenta: feminismo y teorías de la ciudadanía”. En *Seminario PRIGEPP Democracias*. Recuperado del Programa Regional de Formación en Género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- Flores, A. M. R. (2021). *Hospitales Públicos y Violencia Obstétrica: Consecuencias No Intencionadas De Las Burocracias a Nivel De Calle En El Sector Salud En México*. (Tesis doctoral). Centro de Investigación y Docencia Económicas, México. Recuperado de <https://www.proquest.com/openview/6d550e11dcef367c8c3b96bf94118a23/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y>
- Fornes, V. L. (2009). *Cuerpos, cicatrices y poder: Una mirada antropológica sobre la violencia de género en el parto* [acta de congreso]. Actas 1º Congreso Interdisciplinario sobre Género y Sociedad. Debates y prácticas en torno a las Violencias de género. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina.
- Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud). (2018) *Vigilancia ciudadana en salud. Aplicación del protocolo de aborto terapéutico en los establecimientos de salud públicos a nivel nacional*. Lima – Perú. Enero, 2018
- Gage, A. J. (2005). Women’s experience of intimate partner violence in Haití. *Social Science & Medicine*, 61(2), 343-364.
- Gil, F. (febrero 2018). Situación Epidemiológica de la Muerte Materna en el Perú [sesión de conferencia] Centro de Epidemiología, prevención y control de enfermedades del MINSA.
- González Vélez, A. C., & Castro, L. (2016). Barreras de acceso a la interrupción voluntaria del embarazo en Colombia. Recuperado de <http://clacaidigital.info/handle/123456789/996>

- Guerrero, R., Ramírez, S. y González, M. (2019). *Relatos de mujeres. Experiencias de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida*. Lima, Perú: Promsex.
- Haaland, M. E., Haukanes, H., Zulu, J. M., Moland, K. M., & Blystad, A. (2020). Silent politics and unknown numbers: Rural health bureaucrats and Zambian abortion policy. *Social Science & Medicine*, 251, 112909.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (1997). Perú: la población de las comunidades indígenas de la Amazonía. *Perú*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0001/capit305.htm>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2017). *Compendio estadístico de Madre de Dios 2017*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1502/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1502/libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2018). *Perú: Maternidad en la adolescencia, 2018*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1733/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1733/libro.pdf)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). *Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2012-2019*. Lima, Perú: INEI. Recuperado de [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1686/libro.pdf)
- Lee, P. H. (2022). Un (ac) countable no-bodies: the politics of ignorance in global health policymaking. *Critical Public Health*, 1-12.
- Maffi, I. (2022). The production of ignorance about medication abortion in Tunisia: between state policies, medical opposition, patriarchal logics and Islamic revival. *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 14, 111-120.
- McCall, L. (2005). "The complexity of intersectionality". En *Seminario PRIGEPP Políticas*. Recuperado del Programa Regional de Formación en género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>
- McGoey, L. (2019). *The unknowers: How strategic ignorance rules the world*. London, United Kingdom. Bloomsbury Publishing.

- Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza (MCLCP). (2018). *ALERTA N° 1-2018-SC/MCLCP Embarazo en Adolescentes Peruanas Aumentó: “Un Problema de Salud Pública, de Derechos y Oportunidades para las Mujeres y de Desarrollo para el País”*. Lima, Perú. Recuperado de [https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta\\_embarazo\\_en\\_adolescentes\\_aumento\\_junio\\_2018.pdf](https://www.mesadeconcertacion.org.pe/sites/default/files/archivos/2018/documentos/06/alerta_embarazo_en_adolescentes_aumento_junio_2018.pdf)
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2019). Protocolo de Actuación Conjunta CEM y Establecimientos de salud
- Ministerio de Cultura (MINCUL). (2020). *Madre de Dios. Cartilla Informativa sobre pueblos indígenas u originarios*. Recuperado de <https://centroderecursos.cultura.pe/sites/default/files/rb/pdf/Cartilla%20Madre%20de%20Dios%202020.pdf>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2018a). *Comisión Multisectorial de naturaleza permanente para el seguimiento y la evaluación de las medidas adoptadas en el marco del acuerdo denominado “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe”. Informe Nacional sobre el Avance en la Implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo*. Lima, Perú. Recuperado de [https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Informe\\_Nacional\\_Consenso\\_de\\_Montevideo\\_Publicaci%C3%B3n.pdf](https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Informe_Nacional_Consenso_de_Montevideo_Publicaci%C3%B3n.pdf)
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2018b). *Reglamento de la Ley N.º 30466*. Lima, Perú. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-reglamento-de-la-ley-n-30466-ley-que-establece-pa-decreto-supremo-n-002-2018-mimp-1654825-3/>
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2016). Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N.º 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Lima, Perú. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-de-la-ley-n-30364-decreto-supremo-n-009-2016-mimp-1409577-10/>
- Ministerio de Salud (MINSa). (2011). *Resolución Ministerial N.º 546 del Ministerio de Salud*. Recuperado de



[http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS\\_Farmacia.pdf](http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf)

Ministerio de Salud (MINSa). (2016). *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*. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3795.pdf>

Ministerio de Salud (MINSa). (2018). *Unidad temática N° 1: Fundamentos de Salud Pública*. En Oficina Ejecutiva de Transferencia Tecnológica y Capacitación (Coord.). Lima, Perú: MINSa. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4514.pdf>

Ministerio de Salud (MINSa). (2020). *Sistema de registro nacional del certificado del nacido Vivo en línea*. Recuperado de <https://www.minsa.gob.pe/cnv/>

Ministerio de Salud (MINSa). (23 de noviembre de 2020b). Resolución Directora N° 230 - 2020-DG-INMP/MINSa. *Guía de práctica y de procedimientos para la atención del aborto terapéutico del Instituto Nacional Materno Perinatal*. Recuperado de: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1554860/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20y%20de%20Procedimientos%20para%20la%20atenci%C3%B3n%20del%20aborto%20terap%C3%A9utico.pdf>

Ministerio de Salud (MINSa). (27 de diciembre 2020a). *Boletín Epidemiológico del Perú 2020*. Recuperado de: [https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin\\_202053.pdf](https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202053.pdf)

Ministerio de Salud (MINSa). (7 de marzo de 2019). Resolución Ministerial N° 227-2019. *Directiva sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual*. Recuperado de: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297541/Resoluci%C3%B3n\\_Ministerial\\_N\\_227-2019-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/297541/Resoluci%C3%B3n_Ministerial_N_227-2019-MINSA.PDF)

Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2015). *Atención del aborto terapéutico, Guía de Práctica Clínica*. Dirección Nacional de Normalización – MSP. Quito, Ecuador.

Mora-Ríos, J. y Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud mental*, 37(4), 303-312.

- Navarro, R. C., Sánchez, E. Y. P. y Maya, A. P. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud colectiva*, 13(3), 443-455. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/scol/2017.v13n3/443-455/es/>
- Nogueiras García, B. (2019). Presentación del monográfico La salud en la teoría y las vindicaciones feministas. *Atlánticas–Revista Internacional de Estudios Feministas*, 4(1), 1-9.
- Observatorio de Criminalidad = Fiscalía de la Nación. (2015). *Cifras estadísticas sobre trata de personas 2009-2014*. Recuperado de [https://www.fiscalia.gob.pe/Docs/observatorio/files/trata\\_01.pdf](https://www.fiscalia.gob.pe/Docs/observatorio/files/trata_01.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Directrices sobre la atención para el aborto: resumen ejecutivo* [Abortion care guideline: executive summary]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (18 de enero de 2021). Salud del adolescente y el joven adulto. *OMS*. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2021). *Determinantes Sociales en Salud*. Recuperado de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Palomino, C. A. (2003). Médicos contratados por servicios no personales: inhumana realidad. *Pediátrica*, 5(1), 34-39.
- Picasso, N. (2018). *El requisito de denuncia para acceder al aborto. Una carga desproporcionada para las mujeres*. En: El aborto en América Latina: estrategias jurídicas para luchar por su legalización y enfrentar las resistencias conservadoras. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Pollock, A. M. (2016). Cómo la mercantilización y la privatización se están utilizando para abolir los sistemas nacionales de atención universal de salud y qué se debe hacer para restaurarlos. *Revista del CLAD Reforma y Democracia*, 64(1/2016), 5-50. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3575/357544807001.pdf>

- Quelal, C. R. (2020). *Rutas del aborto en Quito: política del cuerpo y clase social*. (Tesis de maestría). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales Sede Ecuador – Programa de Estudios de Género y de la Cultura, Quito, Ecuador. Recuperado de <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/7431/2/TFLACSO-2013OCRQ.pdf>
- Radio Madre de Dios, (11 de mayo de 2019). La Joya será un nuevo distrito de Tambopata en un año. *Radio Madre de Dios*. Recuperado de: <https://noticias.madrededios.com/articulo/local-sociedad/la-joya-sera-nuevo-distrito-tambopata-ano/20160627063541010325.html>
- Ramón, A., Ramos, S. y Romero, M. (2013). *Barreras en el acceso a los abortos legales: una mirada a las regulaciones sanitarias que incluyen el uso del misoprostol*. Recuperado de <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/4247/1/10505.pdf>
- Registro Nacional de Identidad y Estado Civil (RENIEC) y Ministerio de Salud (MINSA). (2018, 2019, 2020). *Consultas dinámicas. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea*. Lima, Perú: RENIEC Y MINSA. Recuperado de <https://webapp.minsa.gob.pe/dwcnv/dwterritorio.aspx>
- Romero, J. (22 de setiembre de 2021) ¿Cómo garantizar el acceso al aborto por violación en Ecuador?, *Agenda Estado de Derecho*, 2021/09/22. Disponible en: <https://agendaestadodederecho.com/como-garantizar-el-acceso-al-aborto-por-violacion-en-ecuador/>
- Romero, T.C. (2020). *Miradas que importan. Rol de las comunidades en la trata de personas desde la perspectiva de mujeres que han pasado por una situación de trata y pobladores de comunidades de Cusco y Puerto Maldonado*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Rondón, M. B. (octubre de 2015). Salud mental y aborto terapéutico. *Anales de la Facultad de Medicina*, 76(4), 407-411.
- Ruiz, M.G. (2018). *Diagnóstico de la implementación del Plan Nacional de lucha contra la trata y su ejecución a través de los planes regionales: el caso de Madre de Dios*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. Recuperado de

[https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14246/RUIZ\\_PASAPERA\\_MAR%c3%8da\\_GRAZIA1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/14246/RUIZ_PASAPERA_MAR%c3%8da_GRAZIA1.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Salazar, E y Castro, J. (19 de enero de 2018). Los cuadernos de la esclavitud en Madre de Dios. *Ojo Público*. Recuperado de <https://ojo-publico.com/596/los-cuadernos-de-la-esclavitud-en-madre-de-dios>

Salgado, F. y Diaz, M. (2019). Violencia obstétrica y de género mediante la medicalización del cuerpo femenino. *Revista Latinoamericana de Estudios sobre Cuerpos, Emociones y Sociedad*, 29(11), 23-34. Recuperado de <http://www.relaces.com.ar/index.php/relaces/article/view/263>

Salud con Lupa. (11 de marzo de 2021). El número de niñas que se convirtieron en madres en el Perú se triplicó en 2020. *Salud con Lupa*. Recuperado de <https://saludconlupa.com/noticias/el-nmero-de-nias-que-se-convirtieron-en-madres-en-el-per-se-triplic-en-2020/>

Schwarz, I. (2005). *(Re)creating spaces within rural general practice: women as agents of change at the organisational and practitioner levels*. (Tesis doctoral). University of Ballarat, Victoria, Australia. Recuperado de <https://researchonline.federation.edu.au/vital/access/services/Download/vital:1071/DS1?view=true>

Sebastiani, A. (2014). Educación integral de la sexualidad: conceptos, enfoques y competencias. Lima, Perú: UNESCO. Recuperado de <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/20.500.12799/4458>

Segato, R. (2003). *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Bernal, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.

Segato, R. (2016). Patriarcado: del borde al centro. Disciplinamiento, territorialidad, y crueldad en la fase apocalíptica del capital. *La guerra contra las mujeres*, 91-108.

Segato, R. L., & Segato, R. L. (2003). *Las Estructuras Elementales de la Violencia*.

Segato, R. y Gherardi, N. (2017). “Géneros y violencias: revisión y actualización conceptual y metodológica para la investigación y las políticas”. En *Seminario PRIGEPP Violencias*.

Recuperado del Programa Regional de Formación en género y Políticas Públicas (PRIGEPP). <http://prigepp.org>

- Seguro Integral de Salud (SIS). (2015). *Base de Datos del Seguro Integral de Salud- Sede Central, Lima*. Lima, Perú: Ministerio de Salud.
- Silva, R. (2008). *Maternidad y Basurización Simbólica* En: El factor asco: basurización simbólica y discursos autoritarios en el Perú contemporáneo. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 69-87.
- Siu, J. Y. (2015). Communicating under medical patriarchy: gendered doctor patient communication between female patients with overactive bladder and male urologists in Hong Kong. *BMC Women's Health*, 15 (44), 1-11. Recuperado de <https://bmcmwomenshealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12905-015-0203-4>
- Smith, Carly Parnitzkem y Jennifer J. Freyd. 2013. "Refugios peligrosos: la traición institucional exacerba el trauma sexual". *Journal of Traumatic Stress* 26(1).
- Szulik, D. y Zamberlin, N. (2015). *Percepciones de los profesionales de la salud sobre el estigma relacionado a la práctica de aborto no punible en el contexto argentino* [Diapositivas de PowerPoint]. Recuperado de <http://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/712/Percepcionprof.salud.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
- Valdivia, F. R. M. (2015). La descentralización centralista en el Perú: entre la crisis y el crecimiento 1970-2014. *Investigaciones sociales*, 19(34), 153-167.
- Vallejos, N. B. (2017). El capital social como determinante de salud pública. *Revista de Calidad Asistencial*, 32(6), 342-346.
- Valls-Llobet, C. (2014). Género, Ética y Acto Médico. En Vázquez, R., Casado, M. y Luna, F. (Coord.), *Género y Bioética. Serie "Género, Derecho y Justicia" Suprema Corte de Justicia de la Nación-Fontamara*, (41-73).
- Villalba Hualla, M. H. (2017). *Menores de estado de abandono como factor causal de trata de personas en el distrito de Tambopata, provincia de Tambopata, departamento de Madre de Dios*. (Tesis inédita de licenciatura). Universidad Andina del Cusco. Puerto Maldonado, Perú.

**ANEXOS:**

Anexo 1: [Guías de entrevista y tabla de observación](#)

Anexo 2: [Listado de normativa legal y técnica consultada](#)

Anexo 3: [Registro fotográfico de los establecimientos de salud](#)