

# El acceso a los derechos reproductivos en Perú: anticoncepción y aborto, un debate en espera

*Susana Chávez Alvarado*<sup>1</sup>

## Resumen

El artículo realiza una rápida revisión de la aplicación de los derechos reproductivos en Perú, incluyendo el acceso al aborto legal y seguro, además de los aspectos que interfieren en él y, en consecuencia, afectan de manera particular a las adolescentes. Se trata de mostrar la inconsistencia de la política pública en el campo de la planificación familiar y las implicaciones de la aplicación coercitiva de las anticoncepciones quirúrgicas voluntarias (AQV), que lejos de resolver el problema, han servido para que grupos opositores a estos derechos ubicados en espacios de poder continúen influyendo en el limitado acceso a la planificación familiar, incidiendo negativamente en la situación de las adolescentes. Finalmente, se hace una breve referencia al impacto de la violación sexual, un área que continúa siendo poco atendida, a pesar de sus consecuencias demostradas en el embarazo no deseado y el aborto inseguro.

**Palabras clave:** derechos reproductivos, anticoncepción, aborto, adolescentes, Perú.

---

<sup>1</sup> Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (susana@promdsr.org).

## Introducción

A 20 años de celebrada la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en El Cairo y de cumplido el plazo primigenio establecido para el logro de las Metas del Milenio, es necesario hacer un balance de cuánto se ha podido avanzar en Perú en el ejercicio de los derechos reproductivos, y en especial en el acceso al aborto legal y seguro, dado el impacto que tiene en la salud sexual y reproductiva de las mujeres.

Aunque el acuerdo logrado en la CIPD de El Cairo no hace alusión a la despenalización del aborto, en las medidas propuestas en el Consenso de Montevideo, firmado por los países de América Latina y el Caribe en 2013 durante la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, y que constituye una reafirmación, ampliación y complementación del Programa de Acción de la CIPD, el lenguaje utilizado para aludir a este tema fue mucho más contundente. En este documento se admite la ineficacia de la penalización del aborto y su contribución a la morbilidad materna, y se señala la necesidad imperativa que tienen los Estados de reducir los riesgos y daños a causa de un aborto inseguro (CEPAL, 2013, recomendación 40).

La decisión tomada por los Estados en esta Conferencia regional no es ajena a los debates que se han suscitado durante los últimos años en los países de América Latina y el Caribe, ni a un contexto regional en el que, a pesar de los avances en el campo sanitario para reducir radicalmente su peligrosidad, el aborto inseguro continúa siendo un grave problema. Lamentablemente Perú no está fuera de este panorama, y la permisión del aborto seguro es sumamente restringida en el país, cuando no inexistente, pues aun cuando no está absolutamente penalizado, en la práctica funciona como si lo estuviera, y se niega de forma arbitraria esta posibilidad cuando el embarazo resulta riesgoso para la salud y la seguridad de las mujeres.

La negación de la posibilidad de realizarse un aborto legal y seguro es una expresión más de las dificultades que la mayoría de las mujeres enfrentan para asegurar su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, pues tal como señalan las estadísticas del Ministerio de Salud, la atención del post aborto, demanda que surge sobre todo como resultado del aborto inseguro, sigue siendo la principal causa de internamiento de las mujeres después del parto, lo que indirectamente da cuenta de la alta prevalencia del aborto inducido que se produce en el país (Perú, Ministerio de Salud, s/f).

## La legislación sobre el aborto en Perú

Como en la mayoría de los países de la región, en Perú el aborto está legislado mediante el Código Penal, que lo tipifica como delito, por lo que se pierde su perspectiva como un problema de salud pública y de derechos humanos de las mujeres. Sin embargo, se reconoce que existe una excepción que lo hace no punible, y es la circunstancia en la que el embarazo pone en riesgo la vida y la salud de la mujer (artículo 119), o lo que se conoce como la “causal salud”.

Aunque la dimensión penal es determinante en su abordaje, dentro del marco legal existen otras normativas que encaran al aborto como un problema de salud pública, estableciendo así responsabilidades tanto para la prevención como para la protección de las mujeres que han abortado (artículo 29 de la Ley General de Salud).

Si bien el aborto está penalizado, es importante mencionar que no está considerado un delito grave, pues según el Código Penal se castiga con penas que no superan los dos años de prisión para las mujeres (artículo 114), cuatro años para los profesionales que lo realicen y cinco años si la mujer muere a causa de la intervención (artículo 115). También se consideran figuras atenuadas del delito de aborto, con penas de cárcel de tres a seis meses, cuando se trata de embarazos que son producto de una violación o cuando hay malformaciones fetales.

Sin embargo, aun cuando la ley permite el aborto en ciertas circunstancias, el acceso real es muy restringido. Recién en agosto de 2014, después de casi 90 años de silencio, a una década de haberse publicado la primera guía técnica de aborto seguro de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que ya fue editada por segunda vez (OMS, 2012), y tras dos dictámenes de instancias internacionales de derechos humanos que ordenaron al Estado peruano elaborar un protocolo de atención de aborto legal<sup>2</sup>, se emitió la Resolución Ministerial 486-2014 del Ministerio de Salud, que 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” (Perú, Ministerio de Salud, 2014). De todos modos, su aplicación todavía es muy limitada.

## Perú en el contexto actual y el acceso a la salud sexual y reproductiva

Analizar el aborto fuera del contexto histórico de la aplicación de los derechos sexuales en Perú sería de poca utilidad para entender por qué resulta un tema tan polémico, y ello no solo tiene que ver con su legislación, sino con muchos de los cambios sociales y económicos que se han producido en Perú, especialmente en los últimos años.

Como ha sucedido en varios de los países de la región, que se han alineado con la política económica del Consenso de Washington, en Perú se ha producido una reconfiguración de la economía, y luego de ser calificado como pobre hoy se lo ubica dentro de los países de renta media. En términos macroeconómicos, y aunque en este momento la economía nacional experimenta una amenaza de retroceso, durante los últimos 15 años su crecimiento ha sido constante, y ha presentando una baja inflación, estabilidad macroeconómica, una reducción sustantiva de la deuda externa y, como lo muestran las cifras oficiales, una reducción de la pobreza (INEI, 2012).

<sup>2</sup> Se trata del caso KL de 2003, con un dictamen del Comité de Derechos Humanos (Naciones Unidas, 2005), y del caso LC de 2007, con un dictamen del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Naciones Unidas, 2011), ambos de las Naciones Unidas.

Sin embargo, tal como se reconoce en muchos de los fueros académicos y políticos, el crecimiento del país ha sido muy desigual, y los resultados macroeconómicos que se había logrado mantener en los últimos 10 años se han puesto en cuestión, dándose pie a análisis menos optimistas. Hay también quienes señalan como un aspecto crítico del modelo económico su limitada capacidad para satisfacer las necesidades de la población, pues al basarse en la exportación de materias primas se ha renunciado al fortalecimiento del mercado interno y a la generación de fuentes de trabajo productivo, todo ello acompañado de una escasa capacidad de regulación por parte del Estado que impacta en servicios públicos como la salud, la educación, la seguridad ciudadana, entre otros (OtraMirada, 2014).

Como resultado de estas desigualdades, solo el 12% de la población tiene un trabajo decente —que incluye seguridad social— y se mantiene una tendencia creciente del gasto de bolsillo para el cuidado de la salud, que ha aumentado del 14% en 2005 al 38% en 2010 (INEI, 2012). Se señala además que en ese mismo período la estructura del financiamiento público se ha reducido del 70% al 46%.

La atención de la salud sexual y reproductiva no es ajena a esta situación, y su impacto se puede observar en algunos indicadores que surgen de datos relevados mediante la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) de 2013. Según esta fuente, la reducción de la fecundidad entre 2009 y 2013 ha sido escasa, de 2,6 a 2,4 hijos por mujer (INEI, 2013). Sin embargo, esta disminución no refleja dos datos importantes: los grupos de edad en los que se ha producido esta reducción han sido los que corresponden a las mujeres adultas, mientras que las menos beneficiadas por este descenso han sido las adolescentes, quienes muy por el contrario han mantenido la misma proporción de embarazos desde hace 30 años, y continúan siendo el grupo que menos acceso tiene a los métodos anticonceptivos.

Además, el incremento del uso de anticonceptivos no ha sido sustantivo: hubo un leve decrecimiento en el empleo de métodos modernos (del 62,1% en 2009 al 61,5% en 2014) y un incremento un poco más significativo del uso de métodos tradicionales (del 23,2% al 24,9% en el mismo período) (INEI, 2013). Estos datos también revelan que el 85% de las mujeres declaran no haber hablado de métodos anticonceptivos con un trabajador de salud, lo que indica que el acceso a la planificación familiar está prácticamente en un proceso de enfriamiento en la política pública.

### Anticoncepción o aborto, una discusión innecesaria

Muchas veces, y de forma errónea, hay quienes creen que trabajar sobre el acceso a métodos anticonceptivos aleja la necesidad de ocuparse del acceso al aborto seguro. Desafortunadamente, esto no es consistente ni con la necesidad de las mujeres ni con las evidencias, pues aun con la disponibilidad asegurada de una amplia gama de métodos anticonceptivos, siempre habrá mujeres que necesitarán un aborto seguro y, por lo tanto, este debería darse en las mejores condiciones. Esta necesidad se sustenta en las tasas de fracaso del uso de los métodos anticonceptivos —mucho más altas de lo que indica la efectividad teórica (Soriano, Rodenas y Moreno, 2010)—,

y además en las barreras de acceso que operan para ciertos grupos poblacionales, como las mujeres pobres; las que son víctimas de violencia por parte de su pareja; aquellas con escasa información o iletradas; las mujeres indocumentadas; las menores de edad, que tienen un acceso limitado a los servicios de salud; las mujeres que habiendo planeado un embarazo experimentan complicaciones en el proceso de gestación que afectan su salud, o aquellas cuyo embarazo interfiere con su proyecto de vida.

### **El acceso a los anticonceptivos en Perú: la violación del derecho al control de la propia fecundidad**

Aunque los anticonceptivos ingresaron al país a fines de la década de 1960, a través de las instituciones privadas de planificación familiar —la International Planned Parenthood Federation (IPPF), el Instituto Marcelino y otros— (Chávez y Távara, 2010), su introducción como política pública recién se produjo a mediados de la década de 1980, y su fundamento fue, más que el derecho de las mujeres, la reducción de los riesgos que podría provocar en ellas un nuevo embarazo. Fue sobre esa base que se aplicaron prácticas nocivas en la prescripción de métodos anticonceptivos modernos, como lo autorización de las parejas o la indicación médica. Recién en 1985, con la aprobación de la primera Ley General de Población, se incorporó el enfoque del derecho a elegir sobre la propia fecundidad, haciendo mención a las personas y parejas, aunque su aplicación siguió circunscrita durante varios años al programa materno-infantil, lo que implicó un acceso muy limitado para las mujeres que no querían un embarazo.

Fue recién en la década de 1990, durante el gobierno de Alberto Fujimori, que el programa de planificación familiar ganó especial relevancia, e incluso en algún momento llegó a concentrar gran parte de los recursos de la cooperación internacional y del financiamiento del Estado, al punto de generar una enorme distorsión respecto de los demás programas sanitarios. Fue en este contexto que en 1995 se modificó la Ley de Política Nacional de Población y se introdujo la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) dentro de la gama de métodos anticonceptivos, una opción que hasta ese entonces solo era accesible en los servicios privados o cuando la mujer se exponía a un grave riesgo para su salud con un nuevo embarazo. La introducción de las AQV fue muy bien recibida por las organizaciones de mujeres, ya que la falta de acceso a esta modalidad constituía un serio problema de discriminación que afectaba el derecho a decidir.

Sin embargo, a la luz de los hechos, los planes del gobierno no estaban precisamente interesados en el derecho de las mujeres, y en vez de ofrecerse como una alternativa más dentro de la gama de métodos anticonceptivos, las AQV se convirtieron en un recurso direccionado para reducir el número de pobres y con ello la “demanda” social, llegando a posicionarse como el segundo método más usado después de los inyectables. Esta política, que vulneró el derecho a la elección e información de miles de mujeres pobres, fue reconocida como la política de las “esterilizaciones

forzadas”, y fue probablemente el principal factor que contribuyó con la reducción de la tasa global de fecundidad de 4 a 2,9 hijos por mujer entre 1991 y 2000. Los grupos más afectados fueron los de las mujeres de entre 25 y 29 años y de entre 35 y 39 años (INEI, 2000), que constituyeron la población objetivo de esa política. Según los datos de la ENDES de 2000, la reducción total de la fecundidad entre 1991 y 2000 fue del 27%, y el grupo que experimentó un mayor cambio en este sentido fue el de las mujeres del área rural y sin educación formal.

La denuncia pública de este accionar, que como en el caso de Mamérita Mestanza ha llegado a instancias internacionales (CLADEM, s/f), dejó al descubierto la violación de derechos de las mujeres pobres que implicaba esta política, y aunque hasta el momento los responsables políticos no han sido procesados, estos abusos fueron muy bien aprovechados por grupos antiderechos posicionados en el Estado, particularmente en el Ministerio de Salud (Mujica, 2007), para estigmatizar la planificación familiar, en especial las AQV.

En los años posteriores a este caso emblemático el decaimiento de la política de planificación familiar ha sido más que obvio, y actualmente puede hablarse de un enfriamiento de esta línea de acción, lo que queda claramente graficado mediante los datos de uso de anticoncepción en el país. En este sentido, según la ENDES de 2013, solo el 51% de las mujeres peruanas usaba métodos anticonceptivos modernos por esa fecha, mientras que el 23,2% continuaba empleando métodos tradicionales. Además, solo el 53% de las mujeres que usaba el método de la abstinencia periódica conocía su período fértil, y había regiones como Puno y Huancavelica en las que el empleo de anticonceptivos solo llegaba al 27% y el 33% de las mujeres, respectivamente (INEI, 2013).

### Las adolescentes, principales afectadas en la prevención del embarazo no deseado

Aun a pesar de la debilidad no superada de la política pública de acceso a métodos anticonceptivos, las mujeres peruanas han mejorado el cumplimiento de sus expectativas reproductivas: entre 1986 y 2013 hubo una reducción del 44,2% de la tasa de fecundidad según la ENDES de 2013. Sin embargo, según esta misma fuente, ocurrió lo contrario respecto de la necesidad no satisfecha de planificación familiar, que alcanzó el 9% en 2013, comparado con el 7,2% que se registró en 2009. Las más afectadas en este sentido han sido las mujeres sin educación formal, que representaron el 13,3%, en relación con el 6,8% que registraron las mujeres con educación superior.

Cuando se observa el impacto en las adolescentes la situación se torna mucho más crítica, pues en los últimos 30 años, período en el que han disminuido todos los indicadores de fecundidad, el porcentaje de embarazos adolescentes se ha incrementado, pasando del 11,3% en 2009 al 13,2% en 2013 según la ENDES de ambas fechas, y muy al contrario de las otras mediciones, el mayor incremento de este indicador se produjo en el área urbana (del 8,8% en 1991/1992 al 10,2% en 2013).

En Lima, capital del país, donde tradicionalmente se podía observar una mayor reducción de los distintos indicadores negativos, se produjo un incremento significativo del embarazo en las adolescentes, que pasó del 4,4% en 1991/1992 al 7,7% en 2013. De acuerdo con esta información, hay regiones en las que ha aumentado de manera muy notoria el embarazo entre las mujeres de este rango etario, como Tumbes (114%) y Tacna (90%). Además, en al menos 11 regiones de las 23 que componen el país se ha incrementado el porcentaje de embarazos adolescentes.

Esta situación no solo refleja la escasa inversión que se ha estado realizando desde el Estado para mejorar el acceso de las y los adolescentes a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la educación sexual en general, sino que también es el resultado de políticas abiertamente regresivas, que han impedido de forma muy activa que los adolescentes accedan a estos servicios, como ha ocurrido por ejemplo con la penalización de las relaciones sexuales consentidas de personas de entre 14 y 18 años, aprobada en 2006, bajo el argumento de proteger a las adolescentes de las violaciones sexuales. Aunque esta medida fue derogada recientemente por el Tribunal Constitucional, los servicios continúan inmovilizados y no hay nada que señale un cambio en este tipo de políticas.

### **La violación sexual, un grave problema que afecta principalmente a las adolescentes**

Un tema álgido, de larga data y que no ha podido ser superado es el de las violaciones sexuales, que afectan de una forma muy significativa las decisiones sexuales y reproductivas de las adolescentes. Perú es uno de los países con mayores tasas de denuncias por violación sexual (Mujica, 2011), a pesar que estas denuncias solo corresponden a menos del 5% del total de las ocurrencias.

Los datos disponibles permiten afirmar que este es uno de los crímenes más extendidos, que afecta de manera particular a las mujeres (Mujica, 2011). Según el estudio de este autor, la violación sexual ocurre principalmente contra mujeres menores de edad: de acuerdo a información provista por la Policía Nacional de Perú, el 78% del total de las denuncias por este delito que se realizaron entre 2000 y 2009 tuvieron a menores de 18 años como víctimas (Mujica, 2011:80), y la concentración más alta de denuncias se verificó en el rango de los 14 a los 17 años (45%) (Mujica, 2011:81-82).

#### **Violación y embarazo**

De acuerdo a los datos provistos por un estudio sobre aborto clandestino, en 2006 se estimaba que cada año unas 15.000 mujeres recurrían al aborto en Perú a causa de embarazos resultantes de una violación (Ferrando, 2006). En otra fuente se señala que entre el 10% y el 30% de las mujeres peruanas que son víctimas de violaciones resultan embarazadas (Tantalean, 2012). El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, por su parte, ha reportado que en 2010 el 34% de las niñas y adolescentes de entre 10 y 19 años víctimas de una violación sexual atendidas en los servicios del Centro de Emergencia Mujer resultaron embarazadas producto de ese ataque (Perú,

Ministerio de Salud, 2012). Según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, entre las principales causas directas de muertes maternas en adolescentes se encuentra el aborto (29%), y la principal causa de muertes maternas indirectas<sup>3</sup> en este grupo etario sigue siendo el suicidio (56%), con una tendencia al incremento. En lugares como Mazan (Iquitos), el 56% de las mujeres entrevistadas que tuvieron un hijo entre los 14 y los 17 años indicaron que la causa del embarazo estuvo asociada a alguna forma de violencia sexual, coacción, engaño o consentimiento viciado (Muji-ca, Zevallos y Vizcarra, 2013).

La respuesta del Estado peruano frente a este gravísimo problema ha estado centrada principalmente en la persecución del delito, con muy escasa atención de la víctima. Cabe resaltar que desde 2009 las víctimas de violación no tienen acceso a la anti-concepción de emergencia en los establecimientos de salud estatales, debido a un fallo del Tribunal Constitucional. Se trata de una resolución muy controversial, por su efecto discriminatorio y por el impacto negativo en la atención de las víctimas de violencia sexual (Perú, Tribunal Constitucional, 2009).

Las niñas, adolescentes y mujeres embarazadas producto de una violación sexual se ven forzadas a continuar con sus embarazos, ya que la legislación las criminaliza imponiéndoles penas que van desde los tres meses hasta los dos años de cárcel; además, las empuja a someterse a un aborto inseguro, en condiciones de clandestinidad que en muchas ocasiones pueden generar daños irreparables en su salud, y en otras incluso costarles la vida.

## Conclusiones

A pesar del reconocimiento de los derechos humanos, en Perú, como en otros países de la región, el reconocimiento del derecho a determinar de forma autónoma sobre la propia fecundidad es todavía un asunto de disputas, y ello afecta de manera particular a las mujeres que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En este marco, se han producido vulneraciones gravísimas de los derechos reproductivos, y el país es probablemente uno de los pocos en los que en los últimos 20 años, después de haber suscrito los compromisos de El Cairo y de Beijing —en la cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995—, se ha desarrollado una política coercitiva de anticoncepción. Pero lejos de aprender de este proceso y de rectificar esta línea de acción, se ha mantenido una política de negación de derechos reproductivos, pero en un sentido contrario: ya no imponiendo un método anticonceptivo, sino negando su disponibilidad, lo que al final implica la violación del derecho a decidir, afectando de manera particular a las mujeres adolescentes.

Si bien durante los últimos años se ha reconocido que Perú ha logrado salir de la pobreza y convertirse en la actualidad en un país de renta media, todo parece indicar

<sup>3</sup> La actual clasificación internacional de las causas de muertes maternas coloca al suicidio como una causa directa.



que la riqueza ha sido fundamentalmente monetaria y es muy poco lo que se ha trasladado a una mejora de la calidad de vida. Y los adolescentes son uno de los grupos más vulnerables en este escenario.

El avance efectivo de los derechos sexuales y reproductivos resulta ser siempre un camino difícil y hasta tortuoso, no solo por el debate encarnizado que suscita cada logro normativo que va en ese sentido, sino porque aunque este progreso se logre, su aplicación es neutralizada por la falta de presupuesto, por enfoques restrictivos y por la escasa inversión que destinan las autoridades pertinentes para dar a conocer a los funcionarios los compromisos que esos avances implican.

Es evidente la dura resistencia que presentan los grupos opositores a los derechos sexuales y reproductivos, que desde su posicionamiento en instancias clave, como algunas dependencias jurídicas de los ministerios, el Congreso de la República y espacios judiciales, generan medidas y acciones restrictivas que conducen a que estos derechos sean solo reconocimientos nominales.

Aun en los sectores progresistas el aborto está considerado como un tema negativo que debe ser evitado, y por ende se lo contraponen a la planificación familiar, sin reconocer que se trata de situaciones distintas, es decir, que la anticoncepción puede reducir los embarazos no deseados, pero que no podrá hacer desaparecer la necesidad del aborto, no solo debido a que todavía los métodos disponibles presentan considerable tasa de fracaso en el uso, sino también porque hay dinámicas que están fuera del control de las mujeres, como es el caso de la violación sexual, o por factores que interfieren con el empleo sostenido de métodos anticonceptivos.

Finalmente, temas como el “causal salud” o el “causal violación” están contribuyendo a un mejor entendimiento de la necesidad del aborto, tanto en el país como en la región, y en ese sentido, su reconocimiento legal es un camino que podría conducir hacia una mejor comprensión de los derechos sexuales y reproductivos.

## Referencias

- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013), “Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo”, acordado durante la primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, en <[http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso\\_montevideo\\_pyd.pdf](http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-consenso_montevideo_pyd.pdf)>, acceso 1 de febrero de 2015.
- Chávez, Susana y Távara, Luis (2010), *La planificación familiar en el Perú. Una agenda inconclusa*, Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos PROMSEX.
- CLADEM (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer) (s/f), “Caso Mamérita Mestanza, Perú (esterilización forzada)”, en <<http://www.cladem.org/programas/litigio/litigios-internacionales/12-litigios-internacionales-oea/23-caso-mamerita-mestanza-peru-esterilizacion-forzada>>, acceso 1 de febrero de 2015.

- Ferrando, Delicia (2006), *Aborto clandestino en el Perú. Revisión*, Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y Pathfinder International.
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) (2000), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000*, Lima: INEI.
- \_\_\_\_ (2012), *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza (ENAHO) 2012*, Lima: INEI.
- \_\_\_\_ (2013), *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013*, Lima: INEI.
- Mujica, Jaris (2007), *Economía política del cuerpo. La reestructuración de los grupos conservadores y el biopoder*, Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX.
- \_\_\_\_ (2011), *Violaciones sexuales en el Perú 2000-2009. Un informe sobre el estado de la cuestión*, Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, PROMSEX.
- Mujica, Jaris; Zevallos, Nicolás y Vizcarra, Sofía (2013), *Estudio de estimación del impacto y prevalencia de la violencia sexual contra mujeres adolescentes en un distrito de la Amazonía peruana*, Lima: PROMSEX, AECID, Interarts e Inagruv.
- Naciones Unidas (2005), “Dictamen. Comunicación No. 1153/2003” (CCPR/C/85/D/1153/2003), Comité de Derechos Humanos, 85° período de sesiones, 17 de octubre a 3 de noviembre, en <<http://www.minjus.gob.pe/wp-content/uploads/2014/08/Dictamen-Caso-Llantoy.pdf>>, acceso 1 de febrero de 2015.
- \_\_\_\_ (2011), “Comunicación N° 22/2009. Dictamen aprobado por el Comité en su 50° período de sesiones, celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011” (CEDAW/C/50/D/22/2009), Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, en <[http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/374/CEDAW-C-50-D-22-2009\\_sp.pdf?sequence=1](http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/374/CEDAW-C-50-D-22-2009_sp.pdf?sequence=1)>, acceso 1 de febrero de 2015.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), *Aborto sin riesgo: guía técnica y de políticas para sistemas de salud*, Montevideo: OMS, segunda edición.
- OtraMirada (2014), *Análisis y Propuestas de Política*, N° 39, octubre.
- Perú, Ministerio de Salud (s/f), “Principales causas de morbilidad registrada en hospitalización. Perú”, varias fechas, en <<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/Morbilidad/HSMacros.htm>>, acceso 1 de febrero de 2015.
- \_\_\_\_ (2012), *Hoja de Datos 3. Violencia contra las mujeres adolescentes*, Lima: UNPFA.
- \_\_\_\_ (2014), Resolución N° 486-2014/MINSA, “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 <[http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/544/Peru\\_MINSA-GUIATECNICAAbortoTerap%C3%A9utico2014.pdf?sequence=3](http://www.clacaidigital.info:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/544/Peru_MINSA-GUIATECNICAAbortoTerap%C3%A9utico2014.pdf?sequence=3)>, acceso 1 de febrero de 2015.

Perú, Tribunal Constitucional (2009), “Exp. N° 02005-2009-pa/tc. Lima ONG ‘Acción de Lucha Anticorrupción’”, 16 de octubre, en <<http://www.tc.gob.pe/jurisprudencia/2009/02005-2009-aa.html>>, acceso 1 de febrero de 2015.

Soriano Fernández, Humberto; Rodenas García, Lourdes y Moreno Escribano, Dolores (2010), “Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos. Nuevas recomendaciones”, *Revista Clínica de Medicina de Familia*, Albacete, v.3, n.3, octubre.

Tantalean, Romina (2012), “La despenalización del aborto por violación sexual”, *Noticias SER.pe*, en <<http://www.noticiasser.pe/31/10/2012/informe/la-despenalizacion-del-aborto-por-violacion-sexual>>, acceso 4 de febrero de 2015.

