

ALERTA

Violencia Sexual y Desprotección de Niñas y Adolescentes en el Perú

Marzo, 2026



**Seguimiento concertado a las
Políticas de Salud
Subgrupo "Prevención del Embarazo
en Niñas y Adolescentes".**



ALERTA N° 1-2026-SC/GT SALUD-MCLCP¹

VIOLENCIA SEXUAL Y DESPROTECCIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES EN EL PERÚ

-Aprobado en sesión del 19 de marzo del 2026-

La violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes constituye una grave vulneración de derechos humanos², especialmente el derecho a no ser expuesto a ningún tipo de violencia, abuso, explotación o malos tratos. Asimismo, vulnera el derecho de los niños, niñas y adolescentes a la protección especial que merecen de los Estados por su condición de mayor vulnerabilidad frente a todo tipo de violencia.

La violencia y abuso sexual hacia niños, niñas y adolescentes tiene **consecuencias devastadoras e irreparables para las víctimas en su salud física, mental y social**. Los principales trastornos mentales que pueden desarrollar los niños, niñas y adolescentes tras un abuso sexual incluyen depresión, ansiedad generalizada y fobias, trastornos de personalidad, trastornos de comportamiento, trastornos de estrés postraumático, problemas de conducta y adaptación social e ideas suicidas.

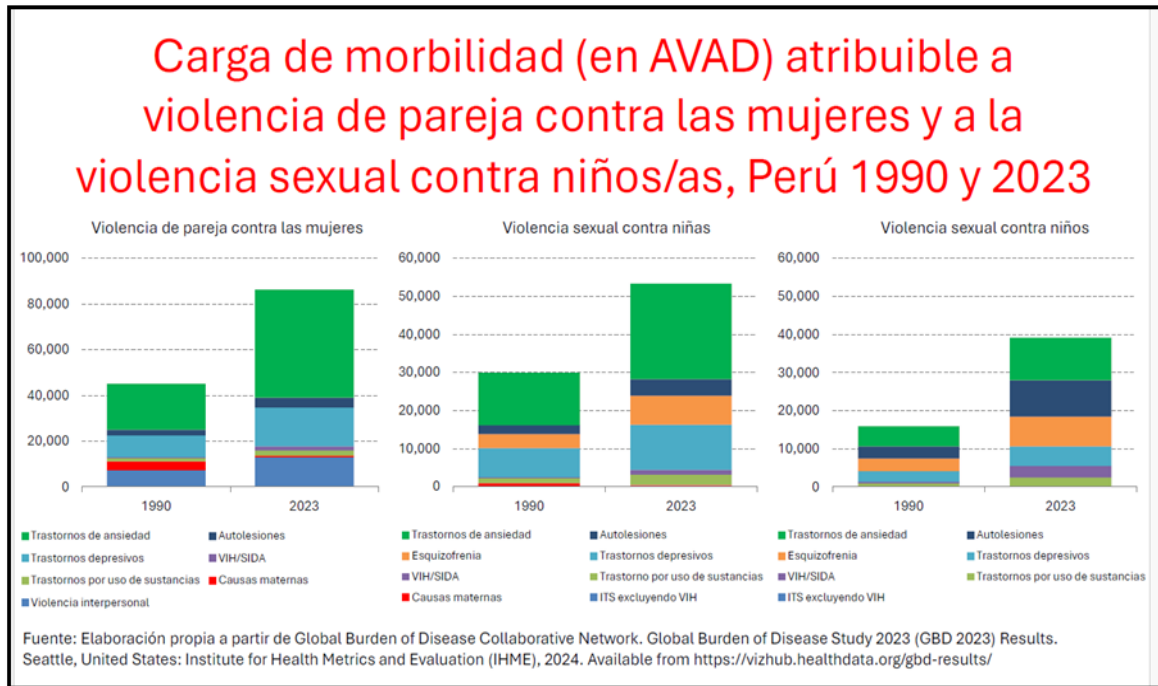
Un reciente estudio publicado en la revista científica Lancet titulado **“Carga de morbilidad atribuible a la violencia de pareja contra las mujeres y a la violencia sexual contra las niñas en 204 países, durante el periodo comprendido entre 1990 y 2023”³**; evidencia los daños duraderos que estas formas de violencia generan tanto en las sobrevivientes y como a la sociedad en general. Dicho estudio, estima para el año 2023 alrededor de 608 millones de mujeres de ≥ 15 años habían sufrido alguna vez violencia de pareja, mientras que aproximadamente 1.010 millones de personas adultas habían experimentado agresión sexual durante la niñez. Estas exposiciones se tradujeron, ese mismo año, en 18,5 millones de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) atribuibles a violencia de pareja contra mujeres y 32,2 millones asociados a violencia sexual infantil en ambos sexos.

¹ Elaborada por el Subgrupo de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes de la MCLCP.

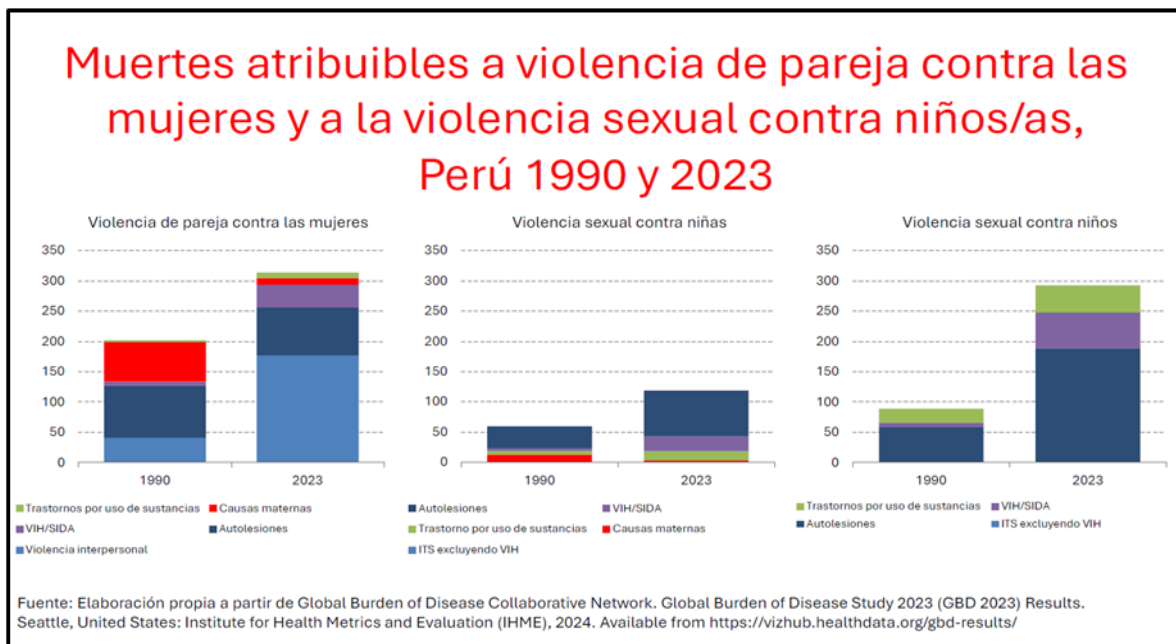
² Convención sobre los Derechos del Niño: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>

³ Jewkes, Rachel et al. The Lancet, Volume 407, Issue 10523, 2 - 3: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)02598-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)02598-X/fulltext)

Asimismo, el estudio vincula la violencia sexual infantil con catorce resultados adversos en la salud —desde trastornos mentales graves, conducta suicida y adicciones hasta algunas enfermedades metabólicas—por su parte la violencia de pareja se asocia con ocho, que abarcan lesiones físicas, homicidio y morbilidad mental, además de infecciones como el VIH en contextos específicos. En el caso del Perú, los impactos sobre la salud mental fueron los predominantes, en especial expresado en trastornos de ansiedad, y una fracción importante de esquizofrenia en el caso de niños/as, además de muertes por autolesiones. Ver imágenes 1 y 2.



Elaborado por el doctor Walter Mendoza.



Elaborado por el doctor Walter Mendoza.

La violación sexual a niñas y adolescentes mujeres también tiene como consecuencia un embarazo y/o una maternidad forzada. Esta grave situación incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad materna en niñas y adolescentes debido a que no están preparadas biológica, física y emocionalmente para un embarazo y parto a tan temprana edad.

Las publicaciones sobre prevención del embarazo en niñas y adolescentes de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP⁴, evidencian la gravedad de esta situación en el país. Asimismo, la evidencia científica muestra los daños graves e irreversibles que sufren las niñas obligadas a ser madres⁵, tales como anemia severa, preeclampsia, fracturas pélvicas, fístula obstétrica y un riesgo de muerte cinco veces mayor que en mujeres adultas.

Según las estadísticas del Centro Nacional de Epidemiología del Ministerio de Salud, en el año 2025 se notificaron 5 muertes maternas en niñas de 10 a 14 años y 27 muertes maternas en adolescentes de 15 a 19 años; representó el 15.3% de todas las muertes maternas ocurridas en el país y significó un incremento de muertes maternas en niñas y adolescentes con relación a los últimos seis años: 2024 (14.3%), 2023 (13.6%), 2022 (10.5%), 2021 (9.1%), y 2020 (11.5%).

A pesar de que la violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes constituye un problema creciente, la mayoría de los casos no son detectados ni denunciados ni sancionados.

“...entre el 2014 y 2023 se atendieron 151 694 casos de violencia sexual en los Centro de Emergencia Mujer a nivel nacional, de los cuales, en 144 416 casos (95%), las víctimas fueron mujeres. Además, del total de casos con víctimas mujeres, 108 566 casos (71.6%) fueron menores de edad... Asimismo, en 2,780 de los casos, la denunciante tenía menos de 15 años y se encontraba embarazada.” (PROMSEX, julio 2024)⁶

Los niños, las niñas y adolescentes víctimas de violencia y abuso sexual con frecuencia callan por miedo, culpa, impotencia, y vergüenza. En muchos de los casos no cuentan con el apoyo y/o respaldo de sus familiares debido a que la mayor parte de los casos de violencia y abuso sexual son cometidos por familiares y/o conocidos, que acceden con facilidad al niño/a y aprovechan la confianza nacida en la convivencia, ya sea en el hogar, en el colegio, u otros espacios de socialización.

⁴ <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-09-26/embarazo-y-maternidad-en-ninas-y-adolescentes.pdf>

⁵ TvPerú Noticias. Doctora Magaly Blas: <https://www.youtube.com/watch?v=FTlE9pRaIOs>

⁶ PROMSEX. Abortos Terapéuticos realizados en el Perú entre el 2014 y 2023. Autores: Elisa Juárez y José Villalobos. Julio, 2024.

En las zonas rurales e indígenas los casos detectados en muchos casos son resueltos con pagos monetarios a familias o dirigentes, facilitando el silencio y la impunidad. Asimismo, la existencia de economías ilegales facilita el incremento de los casos de violencia sexual hacia menores y la impunidad. Aquí la pobreza, exclusión social y la discriminación son condiciones que incrementan la situación de impunidad y desprotección de niños, niñas y adolescentes rurales e indígenas.

Desde el Estado persiste la desprotección de las niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual.

Esta situación evidencia importantes desafíos en el cumplimiento del deber de debida diligencia que el Estado tiene frente a niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual. La obligación estatal comprende acciones de prevención, detección temprana, atención integral, investigación y sanción, así como medidas efectivas de reparación. Fortalecer estos componentes resulta indispensable para garantizar una protección real y oportuna.

Pocos casos logran ser sancionados. Entre los años 2012 y 2023, se registraron 18 mil 733 denuncias de violación sexual contra menores en Lima y Callao, de los cuales sólo 646 (3%) recibieron sentencia⁷.

En la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas; las poblaciones indígenas han denunciado cerca de 800 casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, acumulados desde el año 2010 en adelante. Frente a esta grave situación la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP publicó en el año 2024 la *"Alerta sobre incremento de la violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas del ámbito rural de la provincia de Condorcanqui, Amazonas"*⁸, como un problema grave y sistemático de vulneración de derechos humanos de niños, niñas y adolescentes, y se pronunció sobre la urgencia de una actuación conjunta del Estado en los tres niveles de gobierno y la comunidad, para una atención integral de los casos de violencia y abuso sexual en la provincia de Condorcanqui, Amazonas.

A principios del año 2026, el Ministerio Público cerró dos fiscalías especializadas en Río Santiago y El Cenepa en la provincia de Condorcanqui, por falta de presupuesto; luego de protestas y críticas por el alto riesgo de impunidad y desprotección frente a los casos de violencia y abuso sexual contra menores de edad, el Ministerio Público anunció su reactivación. Lamentablemente, su continuidad está en riesgo debido a la falta de presupuesto para establecer

⁷ <https://www.infobae.com/peru/2023/10/17/impunidad-en-casos-de-violacion-sexual-contramenores-en-peru-solo-el-3-de-agresores-tiene-sentencia/>

⁸ <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2024-08-23/mclcp-alerta-sobre-el-incremento-de-la-violencia-sexual-en-condorcanqui.pdf>

Fiscalías con plazas fijas⁹ en un contexto de incremento de casos de violencia sexual contra menores de edad.

Las organizaciones indígenas de Condorcanqui han denunciado también falta de personal y/o presencia del Ministerio Público, de la Defensoría del Pueblo y de los Centros de Emergencia Mujer, para atender los casos de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes en sus territorios.

El aborto terapéutico sigue vigente en el Perú, no obstante, sigue enfrentando barreras de implementación, incluyendo la modificación de la guía técnica del Instituto Nacional Materno Perinatal en el año 2025 que limitaron las causales de salud mental.

El aborto terapéutico en Perú es la interrupción legal del embarazo (menor de 22 semanas) cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o evitar un mal grave y permanente en su salud. Es legal en Perú desde 1924, contemplado en el Código Penal (artículo 119). Aunque la ley existe, su implementación efectiva mediante la Guía Técnica Nacional se aprobó recién en el año 2014¹⁰.

La finalidad de la Guía Técnica Nacional es asegurar la atención integral a 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; requiere de la aprobación de una Junta Médica.

De acuerdo a la información recopilada y analizada por PROMSEX¹¹, entre el 2014 y el 2023 se registraron 3, 347 casos de aborto terapéutico a nivel nacional. Al respecto, entre el 2014 y 2015 se observó un incremento, entre el 2015 y el 2021 se observó un descenso, y entre 2021 y 2023 se observó el mayor crecimiento. Los departamentos con mayor incidencia de casos en el periodo considerado fue Puno (538), seguido de Amazonas (470), Lima (325) y Arequipa (310).

El aborto terapéutico en el Perú, a pesar que es legal, enfrenta barreras en su implementación, en especial en las menores de edad que sufren violencia sexual, a pesar del alto riesgo de mortalidad en niñas y adolescentes menores de 15 años, y los daños duraderos a las sobrevivientes y el grave impacto en su salud mental, física y social.

⁹ RPP Noticias. Entrevista a Rosemary Pioc, presidenta del Consejo de Mujeres Awajún y lideresa indígena de Condorcanqui (16.03.26), <https://www.youtube.com/watch?v=7beOxzBascA>

¹⁰ Resolución Ministerial N.º 486-2014-MINSA: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198435-486-2014-minsa> . Modificada por la Resolución Ministerial N.º 427-2025-MINSA: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/6912914-427-2025-minsa>

¹¹ PROMSEX. Abortos Terapéuticos realizados en el Perú entre el 2014 y 2023. Autores: Elisa Juárez y José Villalobos. Julio, 2024.

A respecto, PROMSEX¹² realizó un ejercicio de comparación de la evolución 2014-2023, entre el número de menores de 15 años que al momento de denunciar violencia sexual se encontraban en estado de gestación (2, 780 durante todo el periodo) reportadas por el MIMP-CEM y el número de menores de edad que accedieron a aborto terapéutico en los establecimientos de salud (177 durante todo el periodo), y evidenció una brecha significativa y un lento avance que el Estado peruano no ha logrado mejorar en el cumplimiento del mandato de garantizar el derecho al acceso al aborto terapéutico para casos como estos en los que la salud y la vida están en riesgo.

En el año 2025, el Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP) fue obligado a modificar su guía de procedimiento para aborto terapéutico, retiró los supuestos que permitían la interrupción del embarazo por daño a la salud mental, entre ellos “*daño a la salud mental por un embarazo producto de violencia sexual en niñas y adolescentes*”. El cambio fue promovido por la congresista Milagros Jáuregui de Aguayo, de la bancada Renovación Popular¹³.

La nueva directiva, oficializada a través de la Resolución Directoral N.º 200-2025-DG-INMP/MINSA, reduce de quince a once los supuestos médicos bajo los cuales se puede aplicar esta intervención. Las causales retiradas incluían el cuadro clínico de psicosis puerperal, con riesgo de suicidio u homicidio, daño a la salud mental por embarazo con feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida y el daño a la salud mental por un embarazo producto de violación sexual en niñas y adolescentes, y otras patologías que pusieran en riesgo la salud física y mental, fundamentadas por una junta médica. La exclusión de estas causales invisibiliza realidades urgentes, como el embarazo forzado en niñas producto de violación sexual, que incrementa el riesgo de morbilidad y mortalidad en las niñas. Ver Cuadro 1.

¹² Ídem.

¹³ Congreso de la República-comunicaciones. Fiscalización del Congreso logra que Instituto Nacional Materno Perinatal actualice su guía de Aborto Terapéutico. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/damos-cuenta/fiscalizacion-del-congreso-logra-que-instituto-nacional-materno-perinatal-actualice-su-guia-de-aborto-terapeutico/>

Cuadro 1. Modificaciones observadas en la guía de procedimiento de aborto terapéutico del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP). Años 2024 y 2025. Supuestos médicos bajo los cuales se puede aplicar la intervención:

Resolución Directoral N.º 100-2024-DG-INMP/MINSA	Resolución Directoral N.º 200-2025-DG-INMP/MINSA
<ol style="list-style-type: none"> 1. Insuficiencia renal crónica avanzada. 2. Lupus eritematoso con daño renal severo. 3. Hipertensión arterial crónica y evidencia de daño de órgano blanco y/o con morbilidades asociadas (Hipertensión Arterial Severa). 4. Insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III-IV por cardiopatía congénita o adquirida (valvulares y no valvulares), hipertensión arterial y cardiopatía isquémica. 5. Insuficiencia hepática crónica, trombosis del sistema porto esplénico con varices esofágicas. 6. Lesión neurológica severa que empeora con el embarazo. 7. Neoplasias malignas que requieran de tratamiento quirúrgico, radioterapia o quimioterapia, con disfunción orgánica. 8. Insuficiencia respiratoria demostrada por la existencia de una presión parcial de oxígeno menor de 50 mm de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85%. 9. Hiperémesis gravídica refractaria al tratamiento (que conlleve desequilibrio electrolítico severo). 10. Diabetes Mellitus avanzada con daño de órganos. 11. Mujeres en diálisis por daño renal irreversible. 12. Cuadro clínico de psicosis puerperal que no respondió al tratamiento, por el riesgo de homicidio o suicidio. 13. Daño a la salud mental por un embarazo con feto con malformaciones congénitas incompatibles con la vida. 14. Daño a la salud mental por un embarazo producto de violencia sexual en niñas y adolescentes. 15. Otras patologías que pongan en riesgo la vida o la salud física y/o mental de la gestante debidamente fundamentada por la junta médica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Embarazo ectópico tubárico, ovárico, cervical (*) 2. Mola hidatiforme parcial con hemorragia de riesgo materno (*) 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 menor de 50 mm de mercurio y saturación de oxígeno en sangre menor de 85% y con patología grave; y 11. 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. <p>(*) Respecto a las entidades clínicas de los subnumerales 1 y 2, no será necesario constituir ni convocar ninguna junta médica, de acuerdo al numeral 6.3.6 de la guía técnica nacional aprobado con Resolución Ministerial N°486-2014/MINSA, considerando que estas patologías corresponden al manejo en otras guías específicas.</p>

Elaboración MCLCP.

Las niñas y adolescentes embarazadas producto de una violación sexual no logran acceder a una atención integral, especializada y oportuna a través de los servicios de salud mental, salud sexual y reproductiva (kit de emergencia y aborto terapéutico), protección y acceso a la justicia.

En el caso “Camila” hubo negación de acceso al aborto terapéutico en embarazo por abuso sexual en el Perú, al respecto, el 13 junio de 2023 el Comité de Derechos del Niño de las Naciones Unidas (CDN) determinó que Perú había violado los derechos a la salud y a la vida de una niña indígena y rural de 13 años, víctima de violación, al no proporcionarle información ni acceso al aborto legal y seguro. El CDN señaló que “en el caso de niñas embarazadas, debe valorarse la afectación especial y diferenciada de la salud física y mental que supone el embarazo en la niñez”. También enfatizó que el embarazo conlleva para la vida de las niñas un riesgo particularmente importante y una afectación potencialmente grave en su desarrollo y proyecto de vida.

Además, en el 2005 (Caso K, L) y en el 2011 (Caso L.C), el Comité de Derechos Humanos y el Comité CEDAW, y más tarde en 2013 el Comité contra la Tortura han recomendado al Estado peruano revisar y modificar la normatividad sobre aborto en los casos en que el embarazo sea resultado de violación o de incesto y evitar situaciones de vulneración de derechos de niñas y adolescentes, por constituir violencia por razones de género y constituir un acto de tortura, o trato cruel, inhumano y degradante. El derecho humano de las mujeres a vivir sin violencia está consagrado en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).

Lamentablemente, hace poco fueron denunciados tres casos graves que reflejan que la situación de desprotección de la niñas y adolescentes continúa en el país:

1. Una niña víctima de violencia sexual reiterada desde los 11 años derivado en tres embarazos durante la niñez y adolescencia en el distrito de La Encañada, región Cajamarca¹⁴, quien pese a haber denunciado no recibió una atención oportuna ni medidas de protección eficientes por parte del Estado.
2. Otra niña de 10 años embarazada producto de una violación sexual en Arequipa¹⁵, con una gestación de alto riesgo obstétrico, con mayores probabilidades de complicaciones graves e incluso muerte materna; quien acudió a un establecimiento de salud con 21 semanas de gestación, no recibió una atención integral oportuna y se le negó el acceso a un aborto terapéutico.

¹⁴ <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-condena-grave-caso-de-violencia-sexual-contradolescente-y-advierte-fallas-en-la-proteccion-estatal-en-cajamarca/>

¹⁵ <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-exhorta-al-estado-a-garantizar-la-atencion-integral-a-nina-embarazada-victima-de-violacion-sexual-en-arequipa/>

Ambos casos evidencian la necesidad urgente de fortalecer la respuesta intersectorial del Estado frente a la violencia sexual contra niñas y adolescentes. Resulta indispensable garantizar la activación oportuna de medidas de protección, la atención integral en salud física y mental, y la aplicación efectiva de los protocolos vigentes, incluyendo el acceso al aborto terapéutico cuando corresponda conforme a la normativa nacional vigente. La demora u omisión en la atención incrementa los riesgos para la vida, la salud y el bienestar de las niñas.

3. El caso del Centro de Acogida Residencial (CAR) Hogar Refugio “La Casa del Padre”¹⁶, vinculado a la familia de la congresista Milagros Jáuregui, ha generado preocupación pública al evidenciar que niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual fueron expuestas en actividades públicas y en imágenes difundidas en redes sociales de la legisladora. Este accionar vulneró varios derechos de las niñas y adolescentes, entre ellos, el derecho a la intimidad y a la privacidad, reconocidos en el Decreto Legislativo N.º 1297 y su reglamento, que establecen la obligación de resguardar estrictamente la identidad y las condiciones de vida de niñas y adolescentes, especialmente cuando son víctimas de violencia sexual.

Asimismo, este caso evidencia la necesidad de fortalecer los mecanismos de supervisión y monitoreo estatal sobre los centros de acogida residencial, garantizando que su funcionamiento se ajuste plenamente al principio del interés superior del niño y a los estándares de protección integral.

La atención en centros de acogida que albergan a niñas víctimas de violencia sexual debe regirse estrictamente por el principio del interés superior del niño, garantizando confidencialidad, acompañamiento especializado, información completa sobre sus derechos y acceso a todas las alternativas previstas en la normativa vigente. La supervisión permanente y articulada de estos espacios constituye una responsabilidad esencial del Estado para asegurar estándares adecuados de protección.

Finalmente, existen serios retrocesos en la respuesta del Estado para prevenir y erradicar la violencia sexual contra niños y adolescentes, como ha sido la aprobación en el mes de diciembre del año 2025 de la nueva “Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres”¹⁷ que elimina el enfoque de género de las políticas públicas y la educación sexual integral en las escuelas, siendo esta última

¹⁶ <https://saludconlupa.com/genero/la-casa-del-padre-y-las-fallas-en-los-centros-que-deben-protoger-a-nias-vctimas-de-violencia/>

¹⁷ Ley No 32535. Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, publicada el 24 de diciembre del 2025 en el diario El Peruano.

una estrategia clave para prevenir la violencia sexual y el embarazo en niñas y adolescentes.

¿QUÉ NOS DICEN LAS CIFRAS NACIONALES?

Sobre violencia sexual en las escuelas:

*“Según la definición del portal SíseVe del Ministerio de Educación, **los casos de violencia sexual en el contexto escolar comprenden:** acoso sexual, acoso sexual a través de medios tecnológicos, hostigamiento sexual, tocamientos de connotación sexual, violación sexual, y violencia con fines sexuales a través de medios tecnológicos”.*

En el Perú, a través del portal SíseVe del Ministerio de Educación, se han reportado entre los años 2015 y 2025; **19,753 casos de violencia sexual** hacia niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas del país, en donde la mayoría de las víctimas han sido adolescentes del nivel de educación secundaria. Por otro lado, la Dirección Regional de Educación en Amazonas, ha reportado **749 casos de violencia sexual** hacia niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas de la región, entre los años 2015 y 2025. Al respecto, se observa una tendencia hacia el incremento de casos reportados de violencia hacia niños, niñas y adolescentes. Amazonas. Ver Cuadro 2.

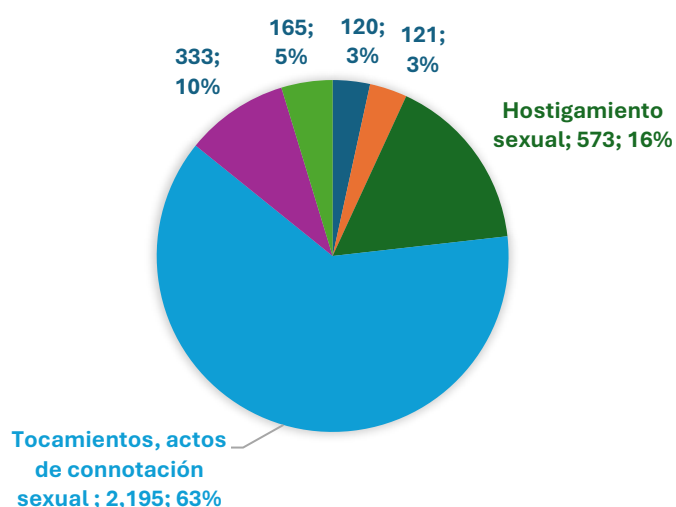
	Año 2015	Año 2016	Año 2017	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022	Año 2023	Año 2024	Año 2025	Total Casos
Nacional	403	780	797	1,510	2,340	259	311	2,423	3,519	3,904	3,507	19,753
Amazonas	25	22	19	76	111	9	27	68	65	177	150	749

Fuente: MINEDU-Síseve. Reporte al 31.01.26 /Elaboración: MCLCP. Los años 2020 y 2021 corresponde a la pandemia de COVID-19 en donde se tuvo una educación virtual.

En el 2025, se ha reportado a través del portal SíseVe del Ministerio de Educación, 3, 507 casos de violencia sexual hacia niños, niñas y adolescentes en instituciones educativas del país. Es decir, según el reporte, **cada día 10 niños, niñas y/o adolescentes fueron víctimas de algún tipo de violencia sexual en instituciones educativas del país.**

Según el **subtipo de violencia sexual reportada** en el año 2025 en instituciones educativas del país, el mayor número de casos corresponde a los relacionados a tocamientos y actos de connotación sexual, representando el 63% del total de casos reportados en todo el país. Le sigue los casos de hostigamiento sexual (16%) y los casos de violación sexual hacia niñas, niños y adolescentes (10%). Ver Gráfico 1.

GRÁFICO 1. SUB TIPOS DE VIOLENCIA SEXUAL EN EL CONTEXTO ESCOLAR. AÑO 2025.



Fuente: MINEDU-Síseve. Reporte al 31.01.26 /Elaboración: MCLCP.

Sobre casos de violencia sexual y violación sexual hacia niños, niñas y adolescentes atendidos a través de los Centros de Emergencia Mujer-MIMP:

El MIMP para fines estadísticos, tiene la siguiente definición:

Violencia sexual. Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno.

La **violación** es un tipo de violencia sexual que sucede cuando se obliga a una persona a tener acceso carnal (vaginal, anal o bucal) o tocamientos indebidos mediante violencia física, psicológica o coacción, incluyendo el aprovechamiento de la indefensión de la víctima (inconsciencia, sustancias, etc.).

Según la estadística del MIMP, entre los años 2023 y 2026, se han atendido en los Centros de Emergencia Mujer (CEM), **62, 035 casos de violencia sexual** hacia niñas y adolescentes mujeres, de los cuales, **23,957 casos** corresponden a delitos de violación sexual hacia niñas y adolescentes mujeres. La mayor parte de los casos corresponde a adolescentes mujeres entre 12 y 17 años, víctimas de violencia sexual (86%). En el año 2025, se han reportado 7,768 casos de violación sexual hacia niñas y adolescentes mujeres, es decir **cada día fueron atendidos alrededor de 21 casos de violación sexual hacia niñas y/o adolescentes mujeres en el país.** Ver Cuadro 3.

Cuadro 3. Número de Casos de Violencia hacia Niños, Niñas y Adolescentes atendidos en los CEM (0 a 17 años)														
Año	Casos de Violencia Sexual hacia NNA, por sexo y grupo de edad							Casos de Violación Sexual hacia NNA, por sexo y grupo de edad						
	Total	0 a 5 años (H)	0 a 5 años (M)	6 a 11 años (H)	6 a 11 años (M)	12 a 17 años (H)	12 a 17 años (M)	Total	0 a 5 años (H)	0 a 5 años (M)	6 a 11 años (H)	6 a 11 años (M)	12 a 17 años (H)	12 a 17 años (M)
2023	21,929	257	909	807	4,787	586	14,583	8,365	58	145	223	986	227	6,726
2024	22,798	319	915	912	5,089	769	14,794	8,417	72	117	257	996	311	6,664
2025	21,609	319	867	879	4,410	719	14,415	8,385	97	167	241	909	279	6,692
Ene-26	1,374	14	48	61	290	33	928	595	5	6	23	63	12	486

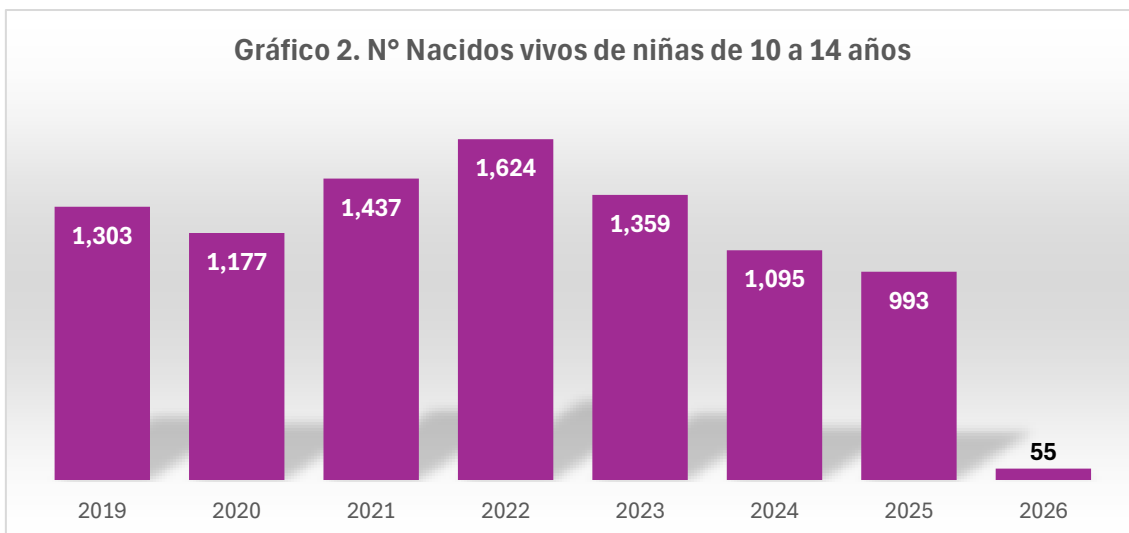
Fuente: MIMP-Programa Nacional Warmi Ñan. Años 2023-2025 y enero 2026. Elaboración: MCLCP.

Niñas y Adolescentes Madres. Entre los años 2019 al 2025, se han reportado 326,058 nacidos vivos de madres niñas y adolescentes de 10 a 19 años de edad, a través del certificado de nacido vivo en línea del Ministerio de Salud. Ver Cuadro 4.

Cuadro 4. Total Nacidos Vivos de Madres Niñas y Adolescentes de 10 a 19 años de edad. Años 2019-2025	
2019	53,310
2020	48,580
2021	49,561
2022	50,542
2023	43,069
2024	39,933
2025	37,704
2026	3,359
TOTAL	326,058

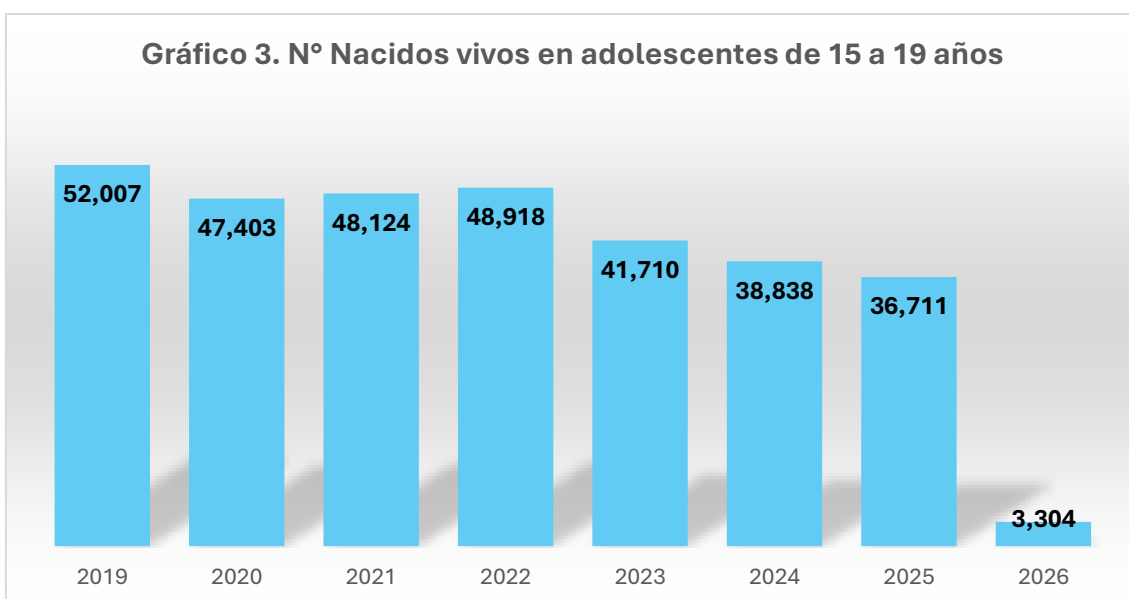
Fuente: MINSA-CNV. Extraído el 10.02.26/ Elaboración: MCLCP

A pesar que el **embarazo y maternidad en niñas menores de 15 años**, tiene un alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna, y tiene consecuencias en la salud física, mental y social de las niñas y, que desde el código penal las relaciones sexuales con menores de 14 años son consideradas no consentidas y están penalizadas y catalogadas como delito de violación sexual; los embarazos y partos siguen ocurriendo en el país. Ver Gráfico 2.



Fuente: MINSA-CNV. Extraído el 10.02.26. Elaboración: MCLCP.

En el año 2024, se tuvieron 38, 838 nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años y en el año 2025 se tuvieron 36, 711 nacidos vivos de madres adolescentes de 15 a 19 años. Ver Gráfico 3.



Fuente: MINSA-CNV. Extraído el 10.02.26. Elaboración: MCLCP.

De acuerdo a la información del INEI-ENDES 2024, sobre embarazos en adolescentes de 15 a 19 años, 6 de cada 10 adolescentes de 15 a 19 años alguna vez embarazadas actualmente unidas usan métodos modernos planificación familiar; asimismo, el 69,4% de adolescentes alguna vez embarazadas actualmente unidas querían esperar más para convertirse en madres, siendo la cifra más alta en los últimos cinco años. El 55.3% de las adolescentes alguna vez embarazadas no continuó estudiando por su mismo embarazo y/o matrimonio.

EN EL CONTEXTO DE ELECCIONES GENERALES Y ELECCIONES REGIONALES Y MUNICIPALES 2026, LA LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA EN TODAS SUS FORMAS, HACIA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES DEBE SER UNA PRIORIDAD:

Las organizaciones de la sociedad civil, las instituciones del Estado y las organizaciones de cooperación que participan en la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP han priorizado la lucha contra la violencia en todas sus formas en la **política 6 de la dimensión social del Acuerdo de Gobernabilidad Nacional 2026-2031**¹⁸:

Política 6. Garantizar que ningún niño, niña, adolescente, mujer, persona adulta mayor, sea víctima de ningún tipo de violencia, abuso, negligencia, maltrato, castigo físico y humillante, explotación laboral y sexual, trata de personas y bullying. Acuerdo Nacional. POLÍTICAS 11 Y 16/ ODS 5.

Resultado 31. Reducir el número de niñas, niños y adolescentes víctimas de todo tipo y/o forma de violencia, incluyendo castigo físico y humillante y bullying, así como embarazos de adolescentes tempranas (menores de 15 años).

Resultado 32. Lograr incrementar y fortalecer los servicios de prevención, protección y atención integral frente a situaciones de todo tipo y/o forma de violencia.

Resultado 35. Incremento de mujeres de 15 años a más libres de violencia en cualquiera de sus modalidades: física, psicológica, sexual, económica, trata de personas y acoso sexual, entre otras.

Resultado 36. Lograr frenar prácticas culturales nocivas que limitan los derechos de mujeres y niñas y les impiden desarrollar todo su potencial, como el matrimonio y/o uniones tempranas de niñas y adolescentes y la normalización de la violencia contra la mujer.

Asimismo, la lucha contra la violencia hacia la niñez y adolescencia ha sido incluido en la Agenda de Salud del Acuerdo de Gobernabilidad Nacional 2026-2031¹⁹ y en la Agenda Nacional de la Niñez y la Adolescencia 2026-2031²⁰.

Dichos documentos se impulsan previo a las elecciones nacional, regionales y municipales, con el fin de acordar compromisos entre los candidatos y las

¹⁸ <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/acuerdos-de-gobernabilidad/>
<https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-09-16/documento-base-peru-acuerdos-de-gobernabilidad.pdf>

¹⁹ <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-09-17/mclcp-agenda-de-salud-en-el-acuerdo-de-gobernabilidad.pdf>

²⁰ <https://intranet.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2025-12-01/agenda-nacional-de-la-ninez-y-adolescencia-2026-2031.pdf>

candidatas y la ciudadanía para lograr garantizar que las nuevas autoridades prioricen políticas públicas orientadas al desarrollo humano integral y la lucha contra la pobreza.

Lamentablemente de la revisión que ha realizado la Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza-MCLCP de 35 planes de gobierno de candidatos presidenciales que se presentan en las elecciones generales 2026, sólo 16 planes de gobierno han incluido la lucha contra la violencia hacia la niñez y adolescencia²¹.

RECOMENDACIONES PARA REDUCIR Y PREVENIR LA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES Y FORTALECER LA PROTECCIÓN QUE DEBE BRINDAR EL ESTADO DESDE EL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO.

Desde el “Subgrupo de Prevención del Embarazo en Niñas y Adolescentes” de la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP, consideramos que la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes no es un hecho aislado, es una emergencia nacional que exige respuestas inmediatas, integrales y sostenidas. El silencio y la inacción perpetúan el problema; la acción decidida salva vidas y garantiza derechos. La protección de niñas, niños y adolescentes es una responsabilidad colectiva y un deber ético, y en ese sentido planteamos las siguientes recomendaciones:

A los partidos y organizaciones políticas que participan en las elecciones generales y elecciones regionales y municipales 2026:

1. Priorizar la lucha contra la violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes, debido a su incremento en el país y los daños duraderos que ocasiona a lo largo de la vida a los y las sobrevivientes, tanto físicos como psicológicos, como trastornos de ansiedad, depresión, esquizofrenia, autolesiones e ideas suicidas y conductas de riesgo.

Al Congreso de la República:

2. Modificar la Ley No 32535. Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, reemplazando la "Educación Sexual con base científica, biológica y ética" por una "Educación Sexual Integral con base científica y ética" en las escuelas del país, que permita avanzar en prevenir la violencia sexual hacia niños, niñas, y adolescentes, el embarazo y maternidad en niñas y adolescentes, el bullying y la discriminación.

²¹ Los 16 planes de gobierno pertenecen a los candidatos presidenciales de los siguientes partidos políticos: Somos Perú, Partido Morado, Juntos por el Perú, Fuerza Popular, Avanza País, Demócrata Verde, Perú Primero, Salvemos al Perú, País para Todos, Ahora Nación, Integridad Democrática, Venceremos, Fuerza y Libertad, APRA, PRIN, y Cooperación Popular.

A la Presidencia del Consejo de Ministros, al Ministerio de Economía, al Ministerio Público, al Ministerio del Interior, al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables y al Ministerio de Justicia:

3. Promover los programas en cada uno de los sectores involucrados y conducir la coordinación intersectorial e intergubernamental para que las políticas de prevención de la violencia hacia niños, niñas y adolescentes tengan impacto en los territorios. Fortalecer la Secretaría de Descentralización para desarrollar acciones estratégicas y de monitoreo y evaluación de carácter nacional.
4. Incrementar la asignación presupuestal a fin de fortalecer la implementación del “*Sistema Nacional Especializado de Justicia para la protección y sanción de la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar*”, a fin de garantizar la atención integral, oportuna y especializada, de niñas/os y adolescentes víctimas de violencia sexual con la finalidad de contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia.
5. Asegurar presupuesto y personal especializado para el funcionamiento de las Fiscalías especializadas en Violencia contra la Mujer y los Integrantes del Grupo Familiar (Perú), priorizando las provincias y distritos del país con un alto número de casos de violencia, como en la provincia de Condorcanqui, departamento de Amazonas.

Al Ministerio de Educación:

6. Garantizar la capacitación obligatoria y periódica de docentes y equipos directivos en la aplicación de los protocolos actualizados de atención frente a la violencia contra niñas, niños y adolescentes de los “Lineamientos para la Gestión de la Convivencia Escolar, la Prevención y la Atención de la Violencia Contra Niñas, Niños y Adolescentes – Decreto Supremo 004-2018-MINEDU”, aprobados mediante la Resolución Ministerial 383-2025-MINEDU, asegurando su conocimiento práctico, activación oportuna y adecuada articulación con las rutas intersectoriales de protección.
7. Brindar a los niños/as y adolescentes orientación/consejería sobre su autocuidado y prevención de la violencia.
8. Garantizar la implementación progresiva y efectiva de la Educación Sexual Integral en el currículo de la educación básica regular a nivel nacional, como estrategia clave para la prevención de la violencia sexual y la promoción de relaciones basadas en el respeto y la igualdad.
9. Garantizar que los docentes contratados en las instituciones educativas del país no tengan denuncias administrativas o judiciales por los presuntos delitos de violación contra la libertad sexual, hostigamiento sexual, entre otros. Asimismo, implementar medidas inmediatas de sanción efectiva y retiro de los responsables de los actos de violencia realizados contra los niños, niñas y

adolescentes en las instituciones educativas del país, con énfasis en zonas rurales y dispersas y en residencias estudiantiles del ámbito rural.

10. Fortalecer el uso obligatorio y adecuado del portal SíseVe como herramienta de registro, seguimiento y activación de las rutas de protección frente a casos de violencia sexual, garantizando capacitación permanente a docentes y directivos, supervisión de su uso y articulación efectiva con los sectores Salud, Mujer y Justicia.

Al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables:

11. Garantizar la atención integral, oportuna y especializada, de niñas/os y adolescentes víctimas de violencia sexual con la finalidad de contribuir a la protección, recuperación y acceso a la justicia, a través del Programa Nacional para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar - Warmi Ñan, los Centros de Emergencia Mujer y otros programas, políticas e intervenciones existentes relacionados.
12. Garantizar que toda niña víctima de violencia sexual reciba medidas de protección inmediatas y efectivas, asegurando la activación urgente de las rutas de protección, el acompañamiento especializado continuo y el seguimiento permanente del caso hasta su restitución integral de derechos.
13. Fortalecer las capacidades de las gerencias de desarrollo social de los gobiernos departamentales y locales con capacitación a distancia, organizada con el concurso y potenciando los programas que tienen los otros sectores que tienen más presencia local como son el MINSa, MIDIS y MINEDU, en un esfuerzo intersectorial para mayor impacto en el territorio.
14. Fortalecer los mecanismos de supervisión, evaluación y rendición de cuentas de los Centros de Emergencia Mujer y de los Centros de Acogida Residencial, asegurando estándares adecuados de atención especializada, confidencialidad, no revictimización y enfoque diferenciado para niñas y adolescentes. Asimismo, fortalecer las capacidades de las Unidades de Protección Especial (UPE) para la evaluación oportuna y especializada de situaciones de riesgo o desprotección familiar, garantizando la adecuada determinación y seguimiento de las medidas de protección, así como la derivación pertinente a Centros de Acogida Residencial, en estricto cumplimiento del interés superior del niño

Al Ministerio de Salud:

15. Fortalecer la implementación de las actividades de consejería/orientación en salud sexual y reproductiva para población adolescente dentro y fuera de los servicios de salud del país, empezando por las regiones de la Amazonía con alta incidencia de casos de violencia sexual y embarazo en la adolescencia.

16. Brindar información/consejería para prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/SIDA y tamizaje ITS y VIH/SIDA a adultos, jóvenes y adolescentes, empezando por los departamentos del país con un número alto de casos de VIH/SIDA. Asimismo, mejorar e incrementar el acceso a servicios, atención integral y tratamiento de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.
17. Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos para población adolescente.
18. Plena implementación del manejo clínico de la violencia sexual, incluyendo garantía de distribución universal, consejería y entrega de Kits de Violencia Sexual.
19. Asegurar la plena implementación del protocolo del aborto terapéutico y su acceso en niñas y adolescentes con alto riesgo de morbilidad y mortalidad materna.
20. Reforzar los mecanismos institucionales que aseguren que las solicitudes de aborto terapéutico en niñas víctimas de violencia sexual sean evaluadas de manera oportuna, con información clara, acompañamiento especializado y respeto al marco normativo vigente.
21. Fortalecer el financiamiento y personal especializado de los centros de salud mental comunitario para la atención de casos de violencia sexual contra niñas, niños y adolescentes. Asimismo, en los hospitales especializados en el país.

A LOS GOBIERNOS REGIONALES, y A LOS GOBIERNOS LOCALES:

22. Fortalecer la articulación y coordinación en el marco del funcionamiento Instancias Distritales de Concertación para erradicar la violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar (IDC), tal como lo establece la Ley n.º 30364, mediante la elaboración de planes de trabajo e informes de evaluación anuales sobre lo avanzado. Asimismo, fortalecer su rol de seguimiento y evaluación de políticas, planes, programas y servicios públicos de prevención, atención y protección frente a la violencia contra la mujer y los integrantes del grupo familiar, en sus respectivos territorios.
23. Fortalecer el financiamiento y personal para los Centros de Emergencia Mujer.
24. Impulsar campañas de difusión de prevención de la violencia contra la niñez y adolescencia.
25. Movilizar a través de la Gerencia de Desarrollo Social a las comunidades para elaborar planes de prevención conjuntos, maximizando el trabajo existente con agentes comunitarios que impulsan otros programas en el territorio local, incorporando este componente en los programas existentes como Programas de Incentivos Municipales, Ollas Comunes, Vaso de Leche, entre otros.



MCLCP-SUBGRUPO PREVENCIÓN DEL EMBARAZO EN NIÑAS Y ADOLESCENTES /SEGUIMIENTO CONCERTADO A LAS POLÍTICAS DE SALUD, AÑO 2026.

Participaron en la elaboración de la alerta las siguientes instituciones:

POR EL ESTADO:

- Ministerio de Salud-MINSA (Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, Dirección de Prevención y Control de Enfermedades No Transmisibles, Raras y Huérfanas -DENOT y Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - CDC Perú)
- SUSALUD-CECONAR/MINSA.

POR SOCIEDAD CIVIL:

- INPPARES
- CMP Flora Tristán
- Movimiento Manuela Ramos
- PROMSEX
- PRISMA
- Plan International
- Sociedad Peruana de Adolescencia y Juventud-SPAJ.
- Sociedad Peruana de Pediatría
- Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.
- Iniciativa Regional Voces Ciudadanas
- Future Generations
- Centro de Estudios y Publicaciones-CEP
- CMMB Perú.
- Colegio Médico del Perú
- Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM)- Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
- Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP)-CISEPA.

- Academia Peruana de Salud
- Plataforma Ciudadana Salud y Derechos
- Colectivo Neonatal
- En Consulta Perú-Políticas de Salud.

COOPERACIÓN INTERNACIONAL:

- Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia-UNICEF

INTEGRACIÓN REGIONAL E INTERNACIONAL:

- Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue (ORAS-CONHU)
- Asociación Internacional para la salud del Adolescente-IAAH

Facilitador:

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Equipo coordinador del documento:

Eleana Rodríguez y Kelly Gonzáles. CMP Flora Tristán.

Wendy Albán. Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLCP.

Aporte técnico: Walter Mendoza. Universidad Científica del Sur / Plataforma Ciudadana Salud y Derechos