



**Defensoría
del Pueblo**

**SUPERVISIÓN A LOS
SERVICIOS DE
PLANIFICACIÓN
FAMILIAR EN LAS
REGIONES DE
ÁNCASH, AREQUIPA,
AYACUCHO,
CAJAMARCA,
HUÁNUCO,
HUANCAVELICA,
JUNÍN, ICA, LORETO,
PASCO Y PUNO**





**Defensoría
del Pueblo**

**SUPERVISIÓN A LOS SERVICIOS DE
PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN LAS
REGIONES DE ÁNCASH, AREQUIPA,
AYACUCHO, CAJAMARCA,
HUÁNUCO, HUANCVELICA, JUNÍN,
ICA, LORETO, PASCO Y PUNO**

Informe Defensorial N° 0002-2023-DP/ADM

Lima, abril de 2023



**Defensoría
del Pueblo**

Jirón Ucayali 394-398
Lima-Perú Teléfono: (511) 311-0300
Fax: (511) 426-7889
Correo electrónico: consulta@defensoria.gob.pe
Página web: <http://www.defensoria.gob.pe/>
Línea gratuita: 0800-15170
Twitter: @Defensoria_Peru
Facebook: Defensoría del Pueblo - Oficial

Primera edición: Lima, Perú, mayo 2023

Informe Defensorial N° 0002-2023-DP/ADM Supervisión a los servicios de Planificación Familiar en las regiones de Áncash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huànuco, Huancavelica, Junín, Ica, Loreto, Pasco y Puno.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú n.º 2023-03916

El presente documento fue realizado por la consultora María Antonieta Gonzáles Fernández. El proceso de elaboración, revisión y corrección del documento estuvieron a cargo las comisionadas Yury Gabriela Marcelo Pérez e Isabel Ortíz Urbizagastegui, así como, Miriam Rojo Silva, responsable de Salud Sexual y Reproductiva y Walter Mendoza, analista del Programa en Población y Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú, bajo la dirección de la Adjunta para los Derechos de la Mujer (e), Patricia Carolina Garcés Peralta.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en el Perú.

Se expresa un especial agradecimiento por el valioso trabajo realizado de las Oficinas Defensoriales de Huancavelica, Arequipa, Ica, Áncash, Puno, Cajamarca, Ayacucho, Junín, Loreto, Pasco, Huànuco y los Módulos Defensoriales de Chimbote y Tingo María.

Diseño y diagramación: Troy Loayza Márquez
Cuidado de la edición: Fabrizio Tealdo Zazzali

Índice

1. Introducción	4
2. Objetivos del informe	6
3. Metodología implementada	7
4. Marco normativo	10
4.1. Marco internacional	10
4.2. Marco nacional	16
5. Marco conceptual	24
5.1. Derechos sexuales y derechos reproductivos. Definición y contenido.....	24
5.2. Estándares internacionales vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en salud sexual y reproductiva.....	27
6. Análisis de los resultados y principales hallazgos	33
6.1. Características generales de la muestra	33
6.2. Resultados y principales hallazgos de la supervisión	38
7. Conclusiones	94
8. Recomendaciones por sectores competentes	100
9. Bibliografía	104

1. Introducción

Los servicios de planificación familiar en el Perú son esenciales para garantizar una sexualidad plena y permitir que las mujeres tomen decisiones libres e informadas sobre su reproducción en concordancia con su autonomía, dignidad y plan de vida, libres de toda clase de discriminación o violencia; por lo que el rol que cumple el Estado es primordial en este extremo. Estos servicios deben ser proveídos bajo criterios de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad, y tomar en cuenta los enfoques necesarios para ser adaptados a las necesidades y expectativas de grupos de especial protección.

El Estado peruano tiene obligaciones específicas en torno al respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, que se desprenden tanto del marco normativo interno (constitucional y legal) como internacional, de obligatorio cumplimiento para el país. En las últimas décadas, estos derechos han seguido un proceso de especialización y expansión como derechos específicos, el cual se inicia en el plano internacional y regional, que ha ido impactando significativamente en las legislaciones nacionales de los países latinoamericanos. Este proceso se ha llevado a cabo a través de múltiples instrumentos, jurisprudencia y recomendaciones en la materia, tanto del sistema universal como del sistema interamericano de protección de derechos humanos; y han tenido un impacto relevante en el aparato estatal y legal del Perú, que hoy cuenta con un amplio marco jurídico y lineamientos claros sobre cómo deben implementarse estos servicios.

La pandemia por el Covid-19 ha puesto en evidencia y agudizado la problemática vinculada a la provisión adecuada de los servicios de salud, incluidos los servicios de planificación familiar. Las principales víctimas han sido las personas o grupos en situación de especial vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres, quienes ven vulnerados sus derechos fundamentales, y concretamente, sus derechos sexuales y reproductivos. Si bien la situación se viene normalizando progresivamente en comparación con el período más grave del estado de emergencia sanitaria, no puede negarse que a la fecha aún se evidencian las consecuencias, como es el caso de la afectación a los recursos humanos y presupuestales del Estado en el sistema de salud, que impiden atender adecuadamente los requerimientos en materia de salud sexual y reproductiva de las mujeres, en su diversidad; ello debido a la concentración de las prioridades que tuvo el Estado en la respuesta a la pandemia, atención de las personas contagiadas por el Covid-19 y en la prevención de contagio del mismo.

Lo expuesto, sin embargo, no justifica el incumplimiento por parte del Estado de su deber de garantizar el derecho a la salud integral (que comprende como requisitos indispensables la disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad de los servicios), más aún cuando se encuentra directamente vinculada a los derechos sexuales y reproductivos, y, por ende, a la integridad, no discriminación, dignidad y vida de las personas.

En este contexto, en atención a la importancia que revisten los servicios de planificación familiar y sus principales impactos como consecuencia de la crisis estructural del sistema de salud, la Defensoría del Pueblo y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) consideraron necesario realizar una supervisión, con el principal objetivo de conocer los alcances y limitaciones que enfrentan tanto las y los servidores de los establecimientos de salud como las usuarias, en lo que respecta a la atención y protección de sus derechos sexuales y reproductivos en los servicios

de planificación familiar, ello a fin de plantear a las entidades estatales involucradas propuestas de mejora y acciones articuladas, integradas y complementarias.

Para este propósito, la metodología empleada parte de un análisis jurídico-dogmático, que abarca el marco conceptual y el marco normativo nacional e internacional (estándares internacionales) vigentes en materia de derechos sexuales y reproductivos. Este análisis permitirá, posteriormente, evaluar los resultados y principales hallazgos obtenidos a partir de la sistematización de la información recabada por las Oficinas Defensoriales Descentralizadas (OD) y Módulos Defensoriales (MOD) respecto a los servicios de planificación familiar, a partir de dos (2) fichas de información, dirigidas al personal de salud y usuarios/as del servicio de planificación familiar de once regiones del país. Ello ha hecho posible contrastar la información de ambos grupos de entrevistados/as, para contar con una visión realista de la forma en la que se viene prestando el servicio y las percepciones de los/as usuarios/as tanto sobre los aspectos positivos como de aquellos que requieren mejora.

2. Objetivos del informe

Objetivo general

Conocer los alcances y limitaciones que vienen enfrentando las y los proveedores de los establecimientos de salud, al igual que las usuarias en lo que respecta a la atención y protección de sus derechos sexuales y reproductivos en los servicios de planificación familiar, a fin de plantear a las entidades estatales involucradas propuestas de mejora en el marco de acciones articuladas, integradas y complementarias.

Objetivos específicos

- Contribuir a la toma de conciencia respecto al grave problema que vienen enfrentando las mujeres, en su diversidad, en materia de atención de su salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar, en el actual contexto de emergencia sanitaria generada por el Covid-19.
- Identificar los alcances, aspectos positivos, problemas y limitaciones de la normatividad nacional e internacional vigente en la materia, tanto en lo concerniente a su diseño como a su efectiva implementación o cumplimiento.
- Identificar las dificultades para garantizar la continuidad de los servicios de planificación familiar y de salud sexual y reproductiva.
- Determinar el nivel de abastecimiento de los métodos anticonceptivos modernos de los servicios de planificación familiar.
- Aplicar las fichas de recojo de información a las/los responsables del servicio de planificación familiar de 8 establecimientos de salud del primer nivel de atención de las categorías I-3 y I-4 por cada región supervisada¹, alcanzando un total de 96 establecimientos de salud. Asimismo, aplicar las fichas a un máximo 5 usuarias del servicio por cada establecimiento de salud supervisado, para un total de 480 usuarias.
- Evaluar los alcances y limitaciones de la atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres en su diversidad, lo que comprende su acceso a servicios de salud sexual y reproductiva en el contexto de emergencia sanitaria, respetando los elementos indispensables del derecho a la salud: disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad.
- Identificar los problemas presupuestales y la falta de recursos humanos en materia de salud sexual y reproductiva; así como de monitoreo y seguimiento de la ejecución.
- Plantear propuestas y recomendaciones con la finalidad de contribuir a mejorar la promoción, protección y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en su diversidad y, en particular, en la meta de poner fin a sus necesidades insatisfechas de planificación familiar, en el contexto actual de la situación generada por la pandemia en el país.

¹ Cabe señalar que en el caso de la región Huánuco también se ha considerado en la supervisión los establecimientos de salud de la ciudad de Tingo María.

3. Metodología implementada

Los criterios a partir de los cuales se elaboraron las dos fichas de recojo de información y se tomaron y recogieron las encuestas fueron los siguientes:

- Se apuntó a supervisar establecimientos de salud de primer nivel de atención de las categorías I-3 y I-4 (establecimientos de salud sin internamiento y establecimientos de salud con internamiento).
- Por cada región, se buscó supervisar un aproximado de 8 establecimientos de salud, teniendo un universo de 96 establecimientos de salud supervisados. Cabe señalar que en el caso de la región Huánuco, se incluyó también en la supervisión a los establecimientos de salud de la ciudad de Tingo María.
- Por cada establecimiento de salud se planteó entrevistar como máximo a 5 usuarias mayores de edad.
- Dado el conocimiento de la realidad de sus propias jurisdicciones, las Oficinas y Módulos Defensoriales identificaron los establecimientos de salud con mayores problemas y/o con mayor accesibilidad para el desarrollo de la presente supervisión.

Criterio de selección de las regiones a supervisar

- Regiones indicadas por la ENDES 2020 como aquellas de mayor dificultad para acceder a métodos de planificación familiar. Se eligió la ENDES 2020 como base porque las fichas fueron elaboradas en febrero del año 2022 y aplicadas en marzo de ese mismo año, y la publicación de los resultados de la ENDES 2021 tuvo lugar recién en mayo del 2022.
- Regiones donde la Defensoría del Pueblo, a través de sus sedes desconcentradas, particularmente de las regiones de Tingo María, Pasco e Ica, identificó limitación o dificultad para acceder a los medicamentos que forman parte del kit para la atención de casos de violencia sexual.

Regiones supervisadas

En base a los criterios referidos líneas arriba, se supervisaron establecimientos de salud de 11 regiones, según se detalla a continuación:

Puno	Áncash	Pasco
Huancavelica	Junín	Huánuco ²
Cajamarca	Loreto	Arequipa
Ayacucho	Ica	

Elaboración: Defensoría del Pueblo

2 Se incluyó también la ciudad de Tingo María.

Instrumentos metodológicos

- Ficha de pedido de información dirigido a CENARES (información cuantitativa)
- Ficha de entrevista al jefe o jefa a cargo del servicio de Planificación familiar del establecimiento de salud supervisado.
- Ficha de entrevista dirigida a usuarias del servicio de planificación familiar³ del establecimiento de salud supervisado.

Sobre la validación y capacitación de los instrumentos metodológicos/fichas elaboradas para el recojo de información

- Con fecha 24 de febrero del año 2022, de manera virtual, se procedió a validar con los comisionados y comisionada de las Oficinas y Módulos Defensoriales de las regiones supervisadas, los dos (2) instrumentos metodológicos/fichas: la primera dirigida a las/los responsables de los servicios de planificación familiar y la segunda dirigida a las usuarias de dicho servicio.
- Asimismo, durante el mes de febrero de 2022, se realizaron las capacitaciones a las y los comisionados de las sedes defensoriales a nivel nacional en el manejo y recojo de información para las fichas de elaboración.
- Posteriormente, durante el mes de marzo de ese mismo año, se llevó a cabo la aplicación de las fichas tanto a las usuarias del servicio como a las y los proveedores del servicio.

Sobre la metodología y pasos seguidos para la elaboración del presente informe

- El desarrollo del informe parte, en primer lugar, de un análisis jurídico-dogmático, que abarca el marco conceptual y el marco normativo nacional e internacional (estándares internacionales) vigente en materia de derechos sexuales y reproductivos. En segundo lugar, a la luz de dichos marcos, se analizan los resultados y principales hallazgos encontrados a partir de la sistematización de la información obtenida por las sedes defensoriales descentralizadas respecto a los servicios de planificación familiar, a partir de dos (2) fichas de información. La primera recoge un total de 94 entrevistas a personal de salud encargado de los servicios de planificación familiar, y la segunda 396 encuestas a las/os usuarias/os (391 mujeres y 5 hombres) de los servicios de planificación familiar en once regiones del país.
- El desarrollo del informe se basa tanto en el análisis y aplicación práctica del marco normativo vigente, como en la sistematización y análisis de la información obtenida a partir de las fichas de entrevistas y de recojo de información (se logró aplicar 94 fichas a las/los responsables de los establecimientos de salud de primer nivel de atención de las categorías I-3 y I-4, y 396 fichas aplicadas a las personas usuarias del servicio).

Lo expuesto permite contar con un adecuado diagnóstico y evaluación respecto a la aplicación del marco normativo, así como sobre las acciones desarrolladas en los establecimientos de salud.

- La información cuenta con un análisis tanto cuantitativo como cualitativo, en función de las preguntas o información solicitadas en las fichas de entrevistas y recojo de información, sobre los distintos temas a abordar en el desarrollo del informe.

³ Entrevista voluntaria y confidencial, reservando su identidad.

Lo expuesto no impide, sin embargo, la inclusión de aquella información que resulta relevante, como puede ser el caso de data estadística, normas legales o informes adicionales vinculados al tema a los que se tuvo acceso. Asimismo, se tuvo en cuenta bibliografía sobre la materia, así como los informes elaborados por la Defensoría del Pueblo que resultan pertinentes.

- Teniendo en cuenta que el Perú es un Estado unitario y descentralizado, la Adjuntía para los Derechos de la Mujer previó aplicar la ficha de supervisión de los servicios de planificación familiar y entrevistas a usuarias, a través del apoyo de las Oficinas Defensoriales, en 11 regiones seleccionadas (Huancavelica, Arequipa, Ica, Áncash/Chimbote, Puno, Cajamarca, Ayacucho, Junín, Loreto, Pasco, Huánuco⁴), cuyo problema de acceso, continuidad y calidad se vio considerablemente afectada, tomando conocimiento de ello a través de las sedes desconcentradas a nivel nacional.
- Las actividades previstas en el presente documento se realizaron de manera virtual, debido a la situación de emergencia sanitaria nacional.

⁴ Cabe precisar que también participaron los Módulos Defensoriales de Chimbote (región Áncash) y Tingo María (región Huánuco) en el recojo de información.

4. Marco normativo

El contenido de los derechos sexuales y reproductivos ha venido siendo materia de reconocimiento y desarrollo por parte de diversos instrumentos internacionales y regionales de los que el Perú es parte, así como en jurisprudencia y recomendaciones emitidas por los órganos de protección en esta materia.

Estos avances han tenido un impacto relevante en el aparato estatal y legal del Estado peruano, que hoy cuenta con un marco normativo específico dirigido al respeto y garantía de estos derechos fundamentales. En la presente sección, se llevará a cabo una revisión de dichos instrumentos, para enfatizar sus aportes a este proceso.

4.1. Marco internacional

El proceso de especialización y expansión de los derechos sexuales y reproductivos como derechos específicos se inicia en el plano internacional y regional, lo que ha ido impactando significativamente en las legislaciones nacionales de los países latinoamericanos. Por ese motivo, con el propósito de evidenciar este proceso, en la presente sección, se revisarán los principales instrumentos y recomendaciones en la materia, tanto del sistema universal como del sistema interamericano de protección de derechos humanos, los que figuran en orden cronológico.

Sistema universal de derechos humanos

a. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)⁵

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 determina un hito en la historia de los derechos porque reconoce la igualdad entre las personas como principio básico sobre la que se desarrollan las relaciones. Sin embargo, el proceso de interiorización de la universalidad de los derechos humanos, que exige un entendimiento, respeto y garantía por los Estados, ha tenido un proceso acompañado en el necesario reconocimiento de los derechos de las mujeres; de ahí que ha sido necesaria la visibilización y transversalización del género en las normas internacionales.

b. Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1969)

Documentos como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, en las que se incorpora el respeto de los derechos humanos y las libertades fundamentales, reitera la garantía de los derechos de todas las personas sin distinción

⁵ La Declaración Universal de Derechos Humanos y la Declaración Americana de Derechos Humanos son considerados tratados internacionales de Derechos Humanos. En ese sentido, el Tribunal Constitucional peruano en las sentencias recaídas el Exp. N° 0025-2005/PI/TC y 0026-2005-PI/TC, FJ N° 1, 1.1. ha interpretado que los tratados internacionales sobre derechos humanos tienen jerarquía constitucional, reconociéndoles la fuerza activa y pasiva que corresponde a este tipo de normas.

de raza, sexo, idioma o religión, constituyendo un instrumento importante en la lucha para la eliminación de la discriminación racial, incluyendo a las mujeres.

c. Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (1979)

Como antecedentes relevantes, el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional ha tenido un proceso largo que data de 1968, con la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, en la que se declaró “[que el] hecho de que la mujer no goce de los mismos derechos que el hombre es contrario a la Carta de las Naciones Unidas y a las disposiciones de la Declaración Universal de Derechos Humanos”⁶. Posteriormente en la Conferencia Mundial de Población de Bucarest en 1974⁷, el derecho a la planificación familiar fue reiterado, y nuevamente en 1984 en la Conferencia Internacional de México, se declaró que era necesario que los Estados provean la información, educación y servicios adecuados y necesarios para ejercer tal derecho⁸.

Sin embargo, no será hasta 1979, que la Asamblea General de las Naciones Unidas adopta la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW). Este es el primer documento en el que se establecen varias obligaciones vinculadas a la salud y, concretamente, a los derechos reproductivos de las mujeres (art. 12)⁹, dando pie al avance progresivo en el reconocimiento específico y expreso de los derechos de las mujeres a nivel internacional y nacional, pues servirá como fundamento para la exigencia de la presencia de las mujeres en los distintos ámbitos públicos.

En tal sentido, la CEDAW dispone la obligación de los Estados respecto de:

- Medidas necesarias para la eliminación de la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres: el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia (art. 12.1).
- El aseguramiento de los servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y de una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia (art. 12.2).
- El aseguramiento en el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia, en particular para las mujeres y hombres en zonas rurales (art. 14.2.b).
- Garantizar los mismos derechos entre hombres y mujeres a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (art. 16.1.e).

6 ONU. Proclamación de Teherán. Proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968, F. 15. Recuperada de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1290.pdf>

7 ONU. Conferencia Mundial de Población, 19 a 30 de agosto de 1974, Bucarest, Rumanía. F. 14.b. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/21970/S7500346_es.pdf?seq

8 ONU. Conferencia Internacional sobre Población, 6 a 14 de agosto de 1984, Ciudad de México. Recomendaciones del 5 al 10. Recuperado de: <https://daccess-ods.un.org/tmp/4973072.40962982.html>

9 ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 18 de diciembre de 1979.

d. Plan de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo en El Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995)

Posterior a este documento, en 1994, con el Plan de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo en El Cairo¹⁰ y la Plataforma de Acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing¹¹ en 1995, el Informe de la Conferencia Beijing +5 (2000) y el Informe de la Conferencia de Beijing +20 (2015), los cuales promueven el respeto y garantía de los derechos de las mujeres, así como la igualdad de género y el empoderamiento femenino, se reconocerán de manera expresa los derechos reproductivos y se planteará una definición¹².

El reconocimiento explícito de estos derechos contribuye a generar mayores consensos sobre su naturaleza y alcance, reconociéndose su importancia en la vida de las mujeres, así como la forma en la que su falta de atención afecta las distintas esferas de su desarrollo, como son los derechos económicos, sociales, culturales y políticos¹³. Así, la garantía para la obtención de información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgo, se constituyen como los derechos reproductivos establecidos en el Programa de Acción de El Cairo.

e. Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (2013)

Adicionalmente a estos documentos, podemos encontrar el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, adoptado en el 2013 por representantes oficiales de 38 países miembros, entre los que se encuentra el Perú. Contiene una serie de acuerdos que buscan guiar la profundización de las políticas públicas y acciones necesarias para erradicar la pobreza, la exclusión y la desigualdad, aplicando una perspectiva de género e interculturalidad en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo.

Este instrumento tiene como temas prioritarios los derechos, necesidades y demandas de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en la educación pública, la igualdad de género, así como el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva que aseguren la promoción de políticas y programas de salud sexual y reproductiva de manera integral, la eliminación del aborto inseguro, la garantía de los derechos sexuales respetando la diversidad sexual, sin discriminación, coerción o violencia.

Estos documentos constituyen instrumentos ineludibles en el entendimiento de las obligaciones de los Estados para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, en particular de las mujeres en toda su diversidad.

f. Agenda 2030 y Objetivos de Desarrollo Sostenible (2015)

La adopción de la Agenda 2030, aprobada por la Asamblea de Naciones Unidas en el año 2015, establece 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y las 169 metas dirigidas a alcanzar el desarrollo sostenible. Dichos objetivos también comprenden nuevos compromisos de los Estados en relación con los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en el ODS 3, referido

10 ONU. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de setiembre de 1994.

11 ONU. Plataforma de Acción y Declaración de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, septiembre 4-15, 1995.

12 La definición y alcances de los derechos sexuales y reproductivos será analizada en la sección II, referida al marco conceptual.

13 Villanueva, Rocío (2006) "Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos", Revista IIDH. San José, vol. 43, p. 399. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08060-11.pdf>

a “Salud y Bienestar”, y el ODS 5, relativo a “Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas”¹⁴, como se evidencia a continuación:

ODS	Metas	Indicadores
ODS 3: Salud y Bienestar	Meta 3.7: De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos. 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad.
ODS 5: Igualdad de Género	Meta 5.6: Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos según lo acordado de conformidad con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos finales de sus conferencias de examen.	5.6.1. Proporción de mujeres de entre 15 y 49 años que toman sus propias decisiones informadas sobre las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y la atención de la salud reproductiva. 5.6.2 Número de países con leyes y reglamentos que garantizan a los hombres y las mujeres a partir de los 15 años de edad un acceso pleno e igualitario a los servicios de salud sexual y reproductiva y a la información y educación al respecto.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

g. Recomendaciones del Comité CEDAW

Adicionalmente a los instrumentos mencionados, el Comité CEDAW ha logrado ampliar los contenidos esenciales de los derechos de las mujeres y obligaciones estatales en materia de igualdad y no discriminación, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos. Los principales instrumentos para dicho propósito han sido sus recomendaciones generales. Dentro de ellas, resaltan aquellas en las que se enfatizan las siguientes temáticas:

Recomendación general	Temática vinculada a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en su diversidad
Recomendación general N° 14	Las consecuencias en la salud de las mujeres y las niñas de la circuncisión femenina y otras prácticas tradicionales similares ¹⁵ .

14 ONU. Asamblea General. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1, 21 de octubre de 2015.

15 Comité CEDAW. Recomendación General N°14 sobre las graves consecuencias en la salud de las mujeres y las niñas de la circuncisión femenina y otras prácticas tradicionales similares. 1990.

Recomendación general N° 15	La discriminación contra las mujeres en la prevención y control del VIH/SIDA ¹⁶ .
Recomendación general N° 18	Necesidad de establecer medidas especiales que aseguren igualdad en el acceso a los servicios de salud integral a las mujeres con discapacidad ¹⁷ .
Recomendación general N° 19	La salud en violencia sexual ¹⁸ .
Recomendación general N° 21	La igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, que hace referencia a medidas coercitivas de salud reproductivas y efectos adversos del matrimonio a edad temprana en la salud ¹⁹ .
Recomendación general N° 24	La garantía en el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual en general ²⁰ .

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Sistema interamericano de derechos humanos

a. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre (1948)

A la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre se le reconoce un efecto especial vinculante por diversas razones, entre las que se cuenta “su vinculación indirecta con la Convención Americana de Derechos Humanos y el argumento de que habría quedado parcialmente incorporada al Derecho Internacional consuetudinario, aspecto que ha sido expresamente confirmado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos que ha afirmado el carácter vinculante de la Declaración Americana”²¹. Como señalan Salmón y Novak, en definitiva, “la Declaración Americana constituye una interpretación autorizada de la Carta de la OEA y de la Convención Americana por lo que sus efectos jurídicos son innegables. Prueba de ello es la afirmación de la Corte Interamericana sobre su competencia para emitir opiniones consultivas acerca de la interpretación de la Declaración en el marco del artículo 64.1 de la Convención Americana”²².

Es importante señalar que, en lo referente a la protección de la salud materna de las mujeres, este tratado internacional consagra en su VII artículo la protección, cuidado y ayuda especial a toda mujer en estado de gestación o lactancia.

b. Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)

La Convención Americana sobre Derechos Humanos o “Pacto de San José” buscó promover la protección internacional de los derechos de todas las personas, incidiendo en la búsqueda de

16 Comité CEDAW. Recomendación General N° 15 sobre discriminación contra las mujeres en las estrategias nacionales para la prevención y control del VIH/SIDA. 1990.

17 Comité CEDAW. Recomendación General N° 18 sobre mujeres con discapacidad que plantea la necesidad de medidas especiales que les aseguren igualdad en el acceso a los servicios de salud integral. 1991.

18 Comité CEDAW. Recomendación General N° 19 sobre salud en violencia sexual. 1992.

19 Comité CEDAW. Recomendación General N° 21 sobre la igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, que hace referencia a medidas coercitivas de salud reproductiva y adversas del matrimonio a edad temprana en la salud. 1994.

20 Comité CEDAW. Recomendación General N° 24 sobre mujer y salud, que plantea la necesidad de garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual en general. 1999.

21 DANÓS ORDOÑEZ, Jorge. “Los derechos a la igualdad y no discriminación por razón de sexo en el Derecho Constitucional”. En: Discriminación sexual y aplicación de la ley. Volumen IV. Lima: Defensoría del Pueblo, 2000, p. 146.

22 NOVAK, Fabián y Elizabeth SALMÓN. Las obligaciones internacionales del Perú en materia de Derechos Humanos. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú / Instituto de Estudios Internacionales, 2002. p. 101.

la eliminación de la discriminación por motivos de raza, color, sexo²³, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición, resaltando que, para efectos de la Convención, persona es todo ser humano (art. 1).

c. Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura (1987)

De la misma manera, la Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura ha sido útil para la protección de los derechos sexuales y reproductivos, al ofrecer una definición de la tortura (art. 2), dentro de la cual se ha podido enmarcar la violación sexual perpetrada por agentes estatales, así como las obligaciones de los Estados Parte a adoptar medidas efectivas para prevenir y sancionar todos los actos de tortura dentro del ámbito de su jurisdicción.

d. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención Belém do Pará) (1994)

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer²⁴ (conocida como la Convención Belém do Pará) adoptada en 1994; y el Protocolo adicional a la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales²⁵, jugarán un papel clave en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, principalmente por el reconocimiento que realizan de la interrelación entre la violencia y la discriminación basadas en el género, y la extensión de los actos de violencia contra las mujeres en los espacios públicos y privados. Estos dos documentos han servido para desarrollar de manera más completa la protección interamericana del derecho a la salud (art. 10), así como el derecho a la formación y protección de la familia (art. 15).

e. Recomendaciones de la Relatoría Especial sobre los Derechos de la Mujer de la CIDH

De igual manera, los organismos del Sistema Interamericano de Protección de Derechos Humanos han desarrollado diferentes documentos dirigidos a un mejor entendimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, a través de la Relatoría Especial sobre los Derechos de la Mujer, que estableció dentro de sus líneas prioritarias los problemas de discriminación, violencia contra la mujer y el acceso a la educación y la salud, incluyendo la salud reproductiva, como parte de las obligaciones que tienen los Estados para garantizarlos. A continuación, se destacan algunos de los informes más relevantes en la materia:

Informe	Temática vinculada a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en su diversidad
Informe sobre la condición de la mujer en las Américas (1998)	Se abordó la condición de la mujer en las Américas, estableciendo la necesidad de adoptar medidas contra los altos índices de mortalidad materna como resultado de abortos peligrosos y problemas durante el embarazo y el parto ²⁶ .

23 Entendiéndose por sexo, cualquier situación relativa a la identidad de género y a la orientación sexual. En esta línea, la Corte IDH emitió la Opinión Consultiva sobre identidad de género e igualdad y no discriminación a parejas del mismo sexo, OC-24 / 17, en la que se desarrollan conceptos relacionados a la igualdad y no discriminación dejando atrás la idea de la discriminación basada únicamente en el sexo biológico.

24 Organización de los Estados Americanos (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. "Convención Belém do Pará" Adoptado en Belém do Pará en 1994, entrada en vigor en 1995. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>

25 Organización de los Estados Americanos (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales. "Protocolo de San Salvador". Adoptado en San Salvador en 1988, y con entrada en vigor en 1999. Recuperado de: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>

26 CIDH. Informe sobre la condición de la mujer en las Américas. OEA/Ser.L/V/II.100. Doc. 17. 13 octubre 1998. Recuperado de: <http://www.cidh.org/countryrep/Mujeres98/Mujeres98.htm>

Informe temático. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos (2010)	Se desarrolla el acceso a los servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos, en los que se incluyen los deberes de los Estados para que las mujeres accedan a los servicios de salud materna sin discriminación ²⁷ .
Informe temático. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos (2011)	Se establecieron estándares sobre el derecho al acceso a la información en materia reproductiva, el consentimiento informado, la protección de la confidencialidad, entre otros ²⁸
Informe temático. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación (2011)	Se establecieron estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos, que contiene diversos apartados entre los que destacan la violencia y discriminación contra las mujeres; respecto a este último se incluyen los derechos sexuales y reproductivos ²⁹ .
Informe temático. Acceso a la Justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: La educación y la salud (2011)	Se ahonda en la problemática de violencia contra las mujeres en vinculación con sus derechos sexuales ³⁰ .
Informe temático. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe (2019)	Aborda temas relacionados a violencia sexual, violencia obstétrica, matrimonio infantil, violencia sexual contra niñas y adolescentes, embarazos precoces y embarazos consecuencia de violencia sexual, estableciendo nuevos estándares sobre los servicios de salud sexual y reproductiva que deben ser brindados por el personal de salud a las usuarias de los servicios, relacionados a sus derechos a la dignidad, la vida, la salud, la integridad física y la no discriminación ³¹ .

Elaboración: Defensoría del Pueblo

4.2. Marco nacional

Tanto los instrumentos internacionales como la jurisprudencia y recomendaciones emitidas por los órganos de protección de derechos humanos³² han permitido un avance importante en la legislación interna del Estado peruano para la protección de los derechos sexuales y

27 CIDH. Informe temático. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>

28 CIDH. Informe temático. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 22 noviembre 2011. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>

29 CIDH. Informe temático. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. OEA/Ser.L/V/II.143 Doc. 60 3 noviembre 2011. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ESTANDARES%20JURIDICOS.pdf>

30 CIDH. Informe temático. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65 28 diciembre 2011. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducSalud.pdf>

31 CIDH. Informe temático. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233 14 noviembre 2019. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>

32 Cabe hacer hincapié en el deber del Estado peruano de cumplir, no solo con lo expresamente establecido en los tratados ratificados y la jurisprudencia internacional, sino también con los pronunciamientos emitidos por los organismos encargados de vigilar su cumplimiento (soft law). Miranda Burgos, Marcos José (2014) La Ejecución de sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico interno. En: Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Vol. 60, pp. 129-156. Recuperado de: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1117/revista-iidh-60.pdf>

reproductivos³³. A continuación, se llevará a cabo una revisión del marco normativo peruano en materia de protección de derechos sexuales y reproductivos.

a. Constitución Política del Perú (1993)

Nuestra Constitución Política ha establecido la defensa de la persona y su dignidad como el fin supremo de la sociedad y del Estado (art. 1), y la obligación de este de garantizar sus derechos fundamentales (art. 44) acorde con los estándares internacionales (Cuarta Disposición Final y Transitoria). De igual manera, la Constitución recoge la protección a los derechos a la vida, integridad, libre desarrollo y bienestar (art. 2.1), dentro del marco del derecho a la igualdad y no discriminación, entre otras por razones de sexo y género (art. 2.2), así como de los derechos constitucionales implícitos, basados en la dignidad, el Estado democrático de derecho y la forma republicana de gobierno (art.3)³⁴.

De ahí que los artículos 6 y 7 establecen que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsable y el consiguiente derecho de las personas a decidir si desean formar una familia, así como el derecho a la salud, deben ser interpretados de manera sistemática y unitaria, entendidos bajo el marco de la fuerza expansiva de los derechos humanos, tal como se ha expresado líneas arriba; de manera tal que el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas se encuentren integrados a estos dos artículos.

En concordancia con lo expuesto, el Tribunal Constitucional ha reconocido que estos tratados “detentan rango constitucional” y están dotados “de fuerza activa y pasiva propia de toda fuente de rango constitucional”. La fuerza activa implica que “se incorporan al ordenamiento jurídico con rango constitucional los derechos reconocidos por ellos”, y fuerza pasiva al ser normas que “no pueden ser modificadas ni contradichas por normas infraconstitucionales e, incluso, por una reforma de la Constitución que suprimiera un derecho reconocido por un tratado o que afectara su contenido protegido” (STC recaída en el Exp. N° 0025-2005/PI/TC y 0026-2005-PI/TC, FJ N° 1, 1.1).

b. Ley N° 28983, Ley de Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2007)³⁵

Esta norma establece la adopción de políticas, planes y programas que buscan promover la igualdad y no discriminación en todos los aspectos fundamentales de la vida de las personas, reconociendo expresamente la existencia de los derechos sexuales y reproductivos, señalando que es obligación del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y locales de adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente y en particular, el derecho a la maternidad segura (art. 6.i). Asimismo, incluye la obligación del Estado de “garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de

33 Resalta, como una de las más importantes, la recomendación de desarrollar una norma dirigida al personal de salud que garantice y no obstaculice el acceso al aborto terapéutico para los casos establecidos en la legislación nacional.

Comité CEDAW. Comunicación N° 22/2009. Dictamen aprobado por el Comité en su 50° período de sesiones, celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011, respecto del art. 7, párrafo 3 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Párr. 8.17; 8.18; 9.2.a; 9.2.b; 9.2.c.

Recuperado de: https://clacaidigital.info/bitstream/handle/123456789/374/CEDAW-C-50-D-22-2009_sp.pdf?sequence=5&isAllowed=y

34 El art. 2.2. de la Constitución establece el derecho a la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole”. No obstante que no integra la palabra género, está ha sido interpretada de esta manera por la Corte IDH en su sentencia Karen Atala vs. Chile, que la noción de igualdad [establecida en la Convención Americana de Derechos Humanos] se desprende directamente de la unidad de naturaleza del género humano y es inseparable de la dignidad esencial de la persona (Párr. 79) de ahí que es necesario interpretarlo de manera que se entienda dentro de este término las categorías protegidas a la orientación sexual (Párr. 83.) y a la identidad de género (Párr. 91). Así, por control de convencionalidad, el Perú se encuentra obligado a garantizar y entender estas categorías protegidas, como partes integrantes de las prohibiciones de discriminación establecidas en este artículo.

35 Congreso de la República. Publicado en el diario oficial “El Peruano” el 16 de marzo de 2007.

extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna, de acuerdo a ley” (art. 6.j).

c. Planes y políticas nacionales

Actualmente, existen políticas nacionales de alcance multisectorial que incluyen dentro de sus objetivos prioritarios la garantía de los derechos sexuales y reproductivos. En primer lugar, se encuentra la **Política General de Gobierno 2021-2026**³⁶, instrumento que reúne un conjunto de políticas priorizadas que orientan el desarrollo y actualización de políticas nacionales, planes e intervenciones gubernamentales, y se encuentran interrelacionados con las Políticas del Estado y el Plan Estratégico de Desarrollo Nacional y la Visión del Perú al 2050.

Esta política contiene 10 ejes que cuentan con lineamientos prioritarios y líneas de intervención que orientan las acciones de las entidades del Estado para superar las brechas identificadas en el ejercicio de los derechos fundamentales de las personas. Uno de los lineamientos prioritarios está orientado a promover la igualdad y no discriminación entre hombres y mujeres, así como impulsar acciones para prevenir y garantizar su acceso a la justicia, con énfasis en las víctimas de violencia sexual (Eje 6.1.7).

Asimismo, se encuentra la **Política Nacional de Igualdad de Género**³⁷, que busca abordar las causas y los efectos de la discriminación estructural contra las mujeres, incluyendo los derechos a la salud sexual y reproductiva (objetivo prioritario N° 2) que se expresan en prácticas excluyentes y violentas que afectan el desarrollo humano y el empoderamiento de las mujeres mediante la persistencia de las construcciones socioculturales de lo femenino y lo masculino, como el rol reproductivo, la crianza de las y los hijos, entre otros.

Políticas Nacionales vinculadas a la protección de los derechos sexuales y reproductivos	
Política General de Gobierno 2021-2026 ³⁸	Política Nacional de Igualdad de Género ³⁹
Rectoría: Presidencia del Consejo de Ministros Tipo de Política: Multisectorial	Rectoría: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables Tipo de Política: Multisectorial
Eje 6: Fortalecimiento del sistema democrático, seguridad ciudadana y lucha contra la corrupción, narcotráfico y terrorismo. [...] 6.1.7 Impulsar una acción multisectorial permanente para garantizar acciones de prevención, la atención, recuperación y acceso a la justicia de las mujeres e integrantes del grupo familiar que sufren de violencia, especialmente de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual.	OP2: Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres. [...] Lineamientos: 2.1. Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres. 2.2. Fortalecer la implementación de la educación sexual integral en el sistema educativo. 2.3. Ampliar el acceso a los servicios especializados de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes.

Elaboración: Defensoría del Pueblo

36 PCM. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Decreto Supremo N° 164-2021-PCM, el 16 de octubre de 2021.

37 MIMP. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP, el 04 de abril de 2019.

38 PCM. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Decreto Supremo N° 164-2021-PCM, el 16 de octubre de 2021.

39 MIMP. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP, el 04 de abril de 2019.

Adicionalmente a las políticas mencionadas, existen planes multisectoriales y normas técnicas estrechamente vinculadas a la materia. Resalta en primer lugar el Plan multisectorial de prevención del embarazo adolescente 2013-2021⁴⁰, que tiene como objetivo general “reducir en 20 % la prevalencia del embarazo adolescente ” Para este propósito, se plantean cinco objetivos específicos:

1. Postergar el inicio de la actividad sexual: reducir en 20 % el inicio de la actividad sexual en la adolescencia.
2. Incrementar el porcentaje de adolescentes que concluyen la educación secundaria: incrementar en 30 % el porcentaje de adolescentes mayores de 15 años que concluyen la secundaria.
3. Asegurar la inclusión de la educación sexual integral (ESI) en el Marco Curricular Nacional y en los programas de capacitación del Ministerio de Educación para que las regiones cuenten con condiciones institucionales para implementar la ESI: el Marco Curricular incorporará e implementará la ESI como parte de los aprendizajes fundamentales. Meta 3: Marco Curricular Nacional incluye competencias y capacidades, vinculadas al desarrollo de la educación sexual integral (ESI), en los aprendizajes fundamentales.
4. Incrementar la prevalencia de uso actual de métodos anticonceptivos modernos en las y los adolescentes sexualmente activas/os mayores de 18 años y en adolescentes que son madres.
5. Disminuir los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, poniéndose énfasis en la violencia sexual: disminuir en un 30 % la prevalencia de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes con énfasis en la violencia sexual.

Por su parte, es preciso mencionar el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS)⁴¹, que incluye el listado de condiciones, intervenciones y prestaciones cuya provisión será dada en todos los establecimientos de salud públicos y privados en función a su nivel de complejidad. En ese marco, incluye un apartado sobre condiciones obstétricas y ginecológicas. Entre las primeras, resalta el embarazo, parto y puerperio normal, así como escenarios en los que se presentan complicaciones. Entre las segundas, se incluye desde la distopia genital hasta la menopausia.

d. Normativa reglamentaria emitida por el MINSA

De otro lado, el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector en la materia, ha emitido normas de carácter administrativo que resultan importantes para el análisis de la protección de los derechos sexuales y reproductivos, las mismas que se detallan a continuación:

- **Guía Técnica para el cuidado integral de la salud mental de niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual**⁴². Establece los procedimientos técnicos para la detección, evaluación, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud mental a ser brindados por el personal de la salud que atiende a las/los niñas/os y adolescentes víctimas de violencia sexual. Asimismo, señala que en la atención de estos casos prima el interés superior del niño, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información y el principio de no revictimización.

También refiere que el cuidado integral de las/los niñas/os y adolescentes víctimas de violencia sexual es brindado en los establecimientos de salud que realizan atención de

40 MINSa. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Decreto Supremo N° 012-2013-SA, el 7 de noviembre de 2013.

41 MINSa. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Decreto Supremo N° 016-2009-SA, el 28 de noviembre de 2009.

42 MINSa. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Resolución Ministerial N° 868-2022/MINSa, el 22 de diciembre de 2022.

salud para la prevención de los problemas de salud mental y psicosociales, promoción, recuperación (evaluación, diagnóstico, tratamiento) y/o rehabilitación en salud. Ello incluye los servicios complementarios y auxiliares para el cuidado integral.

- **Norma Técnica de Salud N° 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva**⁴³. Establece algunas disposiciones dirigidas a la atención en salud sexual y reproductiva por parte del personal de salud, tales como el acceso a la información, la privacidad y confidencialidad, la atención centrada en la persona usuaria y el respeto a su dignidad y derechos, la prevención de la violencia en el marco de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva, incorporando los enfoques de género, de derechos humanos, interculturalidad e interseccionalidad.

Así, la norma establece la atención diferenciada a las adolescentes, a las personas con discapacidad, las personas adultas mayores, pueblos indígenas y afrodescendientes, personas LGTBI y personas migrantes, de manera que se otorguen mejores condiciones en la atención y cuidado de la salud, atendiendo a las particularidades de cada persona, respetando la voluntad y decisión de las mujeres en toda su diversidad, en la forma en la que recibe la atención.

Es primordial resaltar los avances realizados en dicha norma, al haber colocado como parte de los lineamientos en la atención el respeto a la identidad de las personas trans, al requerir del personal de salud se consulte a las personas LGTBI, el nombre con que quiere ser identificada, aun cuando esta no coincida con la señalada en su DNI, y la eliminación de cualquier comentario sobre la orientación sexual, identidad de género o expresión de género, salvo a aquellas relacionadas al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. De igual manera, en relación con las personas migrantes, se establece la aplicación de los enfoques al considerar sus características principales para planificar la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, brindando atención gratuita sin condicionarla a tener DNI o carné de extranjería.

En el caso de las personas de los pueblos indígenas y afrodescendientes, se exige el respeto de sus costumbres y concepciones culturales respecto a su sexualidad y reproducción, disponiendo de material educativo comunicacional, información verbal, escrita o visual en el idioma requerido, o disponiendo de intérpretes con capacidades interculturales.

También reconoce a las personas con discapacidad como sujeto de derechos, con habilidades y capacidades, evitando conductas paternalistas, escuchando sus opiniones y respetando su voluntad, debiendo para ello los centros de salud contar con los apoyos requeridos que les permitan a las personas con discapacidad ejercer sus derechos a la salud sexual y reproductiva con total autonomía.

- **Norma Técnica de salud para la atención integral de adolescentes**⁴⁴, que tiene como propósito actualizar los criterios técnicos y administrativos para la atención integral de salud de adolescentes que viven en el Perú cuyas edades están comprendidas entre los 12 y 17 años, 11 meses y 29 días. En esta norma se incluye el servicio de consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes.

⁴³ MINSA. Publicado en el en el diario oficial "El Peruano" mediante Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA, el 30 de enero de 2022.

⁴⁴ MINSA. Publicado en el en el diario oficial "El Peruano" mediante Resolución Ministerial N° 1001-2019/MINSA, el 27 de octubre de 2019.

- **Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de Violencia Sexual"**⁴⁵, que tiene por finalidad "facilitar que los establecimientos de salud a nivel nacional dispongan y usen los kits para la atención de casos de violencia contra la mujer – violencia sexual", como respuesta eficiente de los servicios públicos ante el requerimiento de una atención de un caso de violencia sexual contra la mujer, mediante el manejo de un grupo de productos farmacéuticos y dispositivos médicos, los que deben encontrarse disponibles a nivel de los establecimientos de salud, que incluyen como kit mínimo: levonorgestrel 0.75 mg, prueba rápida para hepatitis B, prueba rápida duales VIH/Sífilis, vacuna contra la difteria y tétanos (DT Adulto), jeringas descartables 3ml y 10 ml, azitromicina 500 mg, penicilina G benzatínica, prueba rápida de hormona gonadotropina coriónica (HCG), preservativos sin nonoxinol.
- **Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar**⁴⁶, que tiene por finalidad contribuir "a que las personas ejerzan sus derechos de manera responsable, libre e informada respecto a la decisión del número y espaciamiento de los hijos/hijas que deseen procrear; brindando servicios de planificación familiar de calidad" para lo cual se establecen disposiciones relacionadas a la atención integral en planificación familiar con calidad y seguridad, así como la estandarización de los procedimientos técnicos en el marco de los derechos humanos, sexuales y reproductivos con los enfoques de género, integralidad, interculturalidad e inclusión social.
- **Norma Técnica de salud para la atención del parto vertical en el marco de los derechos humanos con pertinencia intercultural**⁴⁷, que tiene como objetivo contribuir "a la reducción de la morbilidad y mortalidad materna perinatal, a través de la institucionalización del parto en posición vertical en el marco de derechos humanos, considerando las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural en todas las gestantes a nivel nacional (ámbito urbano, urbano marginal y rural)". Para ello, establece los criterios técnicos para el manejo estandarizado y de calidad en la atención integral de parto vertical en el marco de los derechos humanos, basado en las evidencias científicas y el enfoque de pertinencia intercultural.

"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"⁴⁸, que fue aprobada con la finalidad de brindar una atención oportuna y apropiada en casos de excepción, dirigido a reducir la mortalidad materna, en observancia de normas internacionales de protección de los derechos humanos, para lo cual especifica en qué casos se puede proceder con la realización del aborto terapéutico⁴⁹.

45 MINSA. Publicado en el en el diario oficial "El Peruano" mediante Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA, el 8 de marzo de 2019.

46 MINSA. Publicado en el en el diario oficial "El Peruano" mediante Resolución Ministerial N° 536-2017/MINSA, el 10 de julio de 2017.

47 MINSA. Publicado en el en el diario oficial "El Peruano" mediante Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA, el 25 de julio de 2016.

48 MINSA. Publicado en el en el diario oficial "El Peruano" mediante Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA, el 28 de junio de 2014.

49 La Defensoría del Pueblo, en el marco del proceso de Acción Popular contra la Guía Técnica Nacional para el procedimiento del aborto terapéutico, remitió el 05 de mayo de 2022 a la Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente de la Corte Suprema el Oficio N° 0122-2022-DP que adjunta el *Amicus curiae*. En este concluimos que esta Guía responde a los parámetros de constitucionalidad y legalidad, ya que se encuentra acorde con estándares internacionales de derechos humanos protegiendo a las mujeres de todas las edades frente a un embarazo que arriesga su vida, dignidad y su salud integral (física y mental). Posteriormente, la Corte Suprema convocó a la Defensoría del Pueblo para participar el 27 de octubre de 2022 en la audiencia que evaluó el recurso de apelación presentado por la Asociación Centro de Estudios Jurídicos Santo Tomás Moro, para declarar la inconstitucionalidad o ilegalidad del Protocolo de Aborto Terapéutico. En dicha audiencia, la institución sustentó el *Amicus Curiae* refiriendo que este protocolo tiene su fundamento en dos casos emblemáticos (KL y LC vs. Perú), que, desde instancias internacionales, generaron al Estado peruano la responsabilidad de adoptar medidas, como la Guía, que garanticen que no sucedan hechos que vulneren la vida, salud integral y demás derechos humanos de niñas, adolescentes y adultas mujeres. No es posible limitar los avances en salud reproductiva. Por lo tanto, esta Guía constituyó un avance significativo al establecer un marco jurídico apropiado para garantizar que el procedimiento se realice en condiciones adecuadas. Asimismo, sostuvo que carecer de esta importante norma generaría graves consecuencias, especialmente en casos de embarazo en niñas y adolescentes menores de 14 años. Cabe destacar que, con fecha 07 de marzo del 2023, la Corte Suprema ha sentenciado pronunciándose por la constitucionalidad de la "Guía

e. Normas emitidas por el MINSA en el marco de la emergencia sanitaria

De otro lado, en el marco de emergencia sanitaria, el Ministerio de Salud, en su calidad de ente rector en la materia, emitió algunas normas de carácter administrativo que resultan importantes para el análisis de la protección de los derechos sexuales y reproductivos, las mismas que se detallan a continuación:

- **Directiva Sanitaria N°131-MINSA/2021/DGIESP “Directiva Sanitaria para la atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva durante la pandemia por el Covid-19”⁵⁰**, que establece medidas técnicas, administrativas y procedimientos para acceder a los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, tales como la provisión de la atención materna y de los servicios de planificación familiar en el marco de la prevención del contagio y/o propagación del Covid-19, el establecimiento de estrategias para mejorar el acceso y garantizar la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- **Norma Técnica de Salud N° 164-MINSA-2020-DGIESP, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual⁵¹**, que busca “contribuir a la respuesta nacional para el cuidado integral de la salud de las mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual”, a través de la estandarización de los procedimientos para dicho cuidado en los servicios de salud a nivel nacional, otorgando pautas para la atención oportuna y de calidad, estandarizar los procedimientos e intervenciones específicas de los equipos de salud interdisciplinarios en violencia sexual producida entre las primeras 72 horas de ocurrido el hecho, entre otros. Cabe precisar que esta norma fue elaborada sin tener en cuenta el contexto de pandemia, es decir, sin prever que, debido a esta situación, la violencia sexual y en particular la violación sexual en agravio a niñas, adolescentes y mujeres adultas se incrementó considerablemente, requiriendo por ende un abordaje especial que garantizara su idoneidad y eficacia.
- **Directiva Sanitaria N° 094-2020-MINSA-DGIESP “Directiva para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar ante la infección por el Covid-19”⁵²**, que estableció que la salud sexual y reproductiva representa

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” (Expediente N° 08933-2020-0-5001-SU-DC-01 de la Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente de la Corte Suprema del Poder Judicial).

De otro lado, el 14 de junio del 2022 la Comisión de la Mujer y Familia del Congreso de la República aprobó el Proyecto de Ley N° 1520/2021, que propone la Ley de protección del embarazo, de la madre gestante y del niño por nacer dentro del entorno familiar; a la fecha (24 de abril de 2023) está pendiente su debate en el Pleno. Al respecto la Defensoría del Pueblo mediante Oficio N° 173-2022-DP remitió su opinión sobre el citado proyecto de Ley al Congreso de la República mediante el Informe Especializado 001-2022-DP/ANA, en el que señala que de aprobarse dicha propuesta, se generaría un alto riesgo en la vida y salud de las mujeres, pues obstaculizaría el acceso al aborto terapéutico, retrocediendo lo que se vienen avanzando normativa y jurisprudencialmente desde el 2014, afectando el derecho a la vida, salud e integridad de las mujeres en toda su diversidad, desconociendo los estándares y compromisos internacionales que actualmente sostiene el Perú, principalmente a las mujeres en situación de vulnerabilidad.

Asimismo, el 13 de abril de 2023, el Congreso de la República aprobó en segunda votación el texto sustitutorio del Proyecto de Ley N° 785/2021-CR, “Ley que propone reconocer derechos al concebido”. Al respecto la Defensoría del Pueblo mediante Oficio N° 546-2022-DP/PAD de fecha 01 de setiembre de 2022 remitió su opinión sobre el citado proyecto de Ley al Congreso de la República a través del Informe Jurídico Especializado N° 0007-2022-DP/ANA, en dicho informe señala la inviabilidad de esta iniciativa legislativa, por no encontrarse acorde con los estándares internacionales a los que el Perú se encuentra obligado, así como al marco jurídico nacional vigente. Nuestra institución opinó que el Proyecto de Ley no debería aprobarse, al obviar tomar en cuenta las graves consecuencias jurídicas que existirían al equiparar los términos “concebido” y “persona humana”, generando de esta manera no solo un error científico y jurídico, sino sobre todo el grave riesgo de un impacto negativo en la efectiva vigencia de los derechos fundamentales de las mujeres en todos sus ciclos de vida, en especial de las niñas y adolescentes. Cabe precisar que el texto sustitutorio aprobado por el Congreso de la República tiene variaciones en su contenido respecto al del proyecto de ley original que fuera motivo de nuestra opinión institucional en el 2022, sin embargo, persiste en la limitación de los derechos fundamentales de las mujeres en todos sus ciclos de vida, en especial de sus derechos a la dignidad, integridad, así como a acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva. Por este motivo, la Defensoría del Pueblo ha considerado necesario remitir a la Presidencia del Consejo de Ministros el Oficio N° 0145-2023-DP de fecha 27 de abril de 2023, en el que recomendamos observar la aprobación del texto sustitutorio del Proyecto de Ley N° 785/2021-CR, “Ley que propone reconocer derechos al concebido”.

50 MINSA. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Resolución Ministerial N° 450-2021/MINSA, el 31 de marzo de 2021.

51 MINSA. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Resolución Ministerial N° 649-2020-MINSA, el 21 de agosto de 2020.

52 MINSA. Publicado en el en el diario oficial “El Peruano” mediante Resolución Ministerial 217-2020-MINSA, el 23 de abril de 2020.

un componente esencial de la salud pública, de especial interés durante la pandemia del Covid-19, por lo cual era imperativo garantizar la continuidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, así como el suministro de los métodos anticonceptivos, a través de la implementación de estrategias de monitoreo vía telefónica, o videollamada, visitas domiciliarias, sistema de citas, entre otras medidas. Cabe precisar que esta Directiva fue derogada a través de la Directiva Sanitaria N° 131-MINSA/2021/DGIESP, Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por el Covid-19, la misma que se encuentra descrita previamente.

5. Marco conceptual

Los hitos más importantes de la protección jurídica de los derechos sexuales y reproductivos como derechos específicos se dan en los años noventa, donde aparecen las primeras definiciones de los derechos reproductivos en instrumentos como el Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, Egipto, en 1994 y la Plataforma de acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing, China, en 1995, en los siguientes términos:

[L]os derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. [...] [S]e basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad [...] ⁵³.

Asimismo, ambos instrumentos definen la salud sexual reproductiva en los siguientes términos:

[...] entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos [..., y] lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos ⁵⁴.

5.1. Derechos sexuales y derechos reproductivos. Definición y contenido

A continuación, se llevará a cabo el análisis de las definiciones contenidas en los instrumentos del Programa de Acción de la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y la Plataforma de acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer, de Beijing (1995). En primer lugar, como se observa en la definición de derechos reproductivos, se resalta que estos son derechos que abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en la legislación interna de determinados Estados, así como en los tratados de derechos humanos. Este planteamiento se

53 ONU. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, artículo 7.3; ONU. Plataforma de Acción y Declaración de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, septiembre 4-15, 1995, párr. 95.

54 ONU. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994, artículo 7.2; ONU. Plataforma de Acción y Declaración de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, septiembre 4-15, 1995, párr. 94.

sustenta en las disposiciones de la CEDAW, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, que exige a los Estados parte garantizar lo siguiente⁵⁵:

- Garantizar “el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia” [Art. 10. inc. 2, literal h)].
- Asegurar, “en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia” [Art. 12. inc. 1)].
- Garantizar “a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia” [Art. 12. inc. 2)].
- Garantizar “el acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia” [Art. 14, inc. 2, literal b)];
- Asegurar “[l]os mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos [Art. 16, inc. 1, literal e)].

En esa línea, el Comité CEDAW ha interpretado que el acceso a la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico reconocido en la Convención, y que la negativa del Estado de prestar determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria⁵⁶⁵⁷.

En lo referido a la legislación interna, como se señaló previamente, la Constitución Política del Perú de 1993 reconoce de manera expresa, en su artículo 6, “el derecho de las familias y de las personas a decidir. [...] el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud”⁵⁸.

En segundo lugar, un aspecto llamativo son los documentos referidos que excluyen la mención al término “derechos sexuales”. No obstante, corresponde destacar que, de manera específica en la Plataforma de acción de la Conferencia Mundial sobre la Mujer se hace mención al derecho de la mujer “a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto a esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”⁵⁹. Asimismo, se reconoce la exigencia de consentimiento: “Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual”⁶⁰.

55 ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 18 de diciembre de 1979.

56 Comité CEDAW. Recomendación General N° 24, La mujer y la salud, 1999, párr. 1 y 11.

57 Si bien la Convención Americana sobre Derechos Humanos y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará) no mencionan a los derechos sexuales y reproductivos expresamente, los derechos que estos instrumentos reconocen permiten abordar el respeto y garantía de estas dos categorías, a la luz del principio de igualdad y no discriminación.

58 De acuerdo con la jurisprudencia del Tribunal Constitucional en materia de derechos sexuales y reproductivos y su vinculación con el derecho al libre desarrollo de la personalidad, ha señalado que el derecho a la autodeterminación reproductiva es un derecho implícito contenido en el más genérico derecho al libre desarrollo de la personalidad. Este derecho consiste en la autonomía para decidir en los asuntos que solo le atañen a la persona. Pero también puede afirmarse que el derecho a la autodeterminación reproductiva se desprende del reconocimiento de la dignidad de la persona humana y del derecho general de libertad que les es inherente. Dignidad y libertad concretizadas a partir de la necesidad de poder optar libremente y sin ninguna interferencia en el acto de trascender a través de las generaciones. Libertad para poder decidir cómo ser racional, con responsabilidad, sobre: 1) el momento adecuado u oportuno de la reproducción; 2) la persona con quien procrear y reproducirse; y; 3) la forma o método para lograrlo o para impedirlo (STC N° 02005-2009-PA/TC, fundamento 6).

59 ONU. Plataforma de Acción y Declaración de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, septiembre 4-15, 1995, párr. 96.

60 *Ibid.*

Es preciso tomar en cuenta que, aunque son derechos estrechamente relacionados, por los vínculos entre la sexualidad y la reproducción, es preciso distinguir entre la categoría de los derechos sexuales y la de los derechos reproductivos. Como señala Abad, la primera tiene relación con el disfrute de relaciones sexuales satisfactorias, lo que implica, a su vez, reconocer que “la evolución de la vida sexual va por un camino diferente al reproductivo”⁶¹. En contraste, la segunda implica reconocer el derecho de las personas de decidir de forma libre y responsable respecto a su reproducción⁶².

Bajo esa lógica, Villanueva identifica que cada una de estas categorías exige al Estado efectivizar las siguientes garantías⁶³:

Categoría	Garantías
Derechos sexuales	Las decisiones sobre la elección de la pareja y la identidad sexual, sin discriminación.
	El ejercicio de la sexualidad sin violencia, coacción, abuso, explotación o acoso.
	El acceso a la información sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad, por ejemplo, las causas de las infecciones de transmisión sexual.
	El acceso a los servicios de salud sexual que permitan atender y prevenir las infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida.
Derechos reproductivos	La decisión sobre cuándo y cuántos hijos tener
	La disponibilidad de información sobre métodos anticonceptivos y el acceso a los mismos
	El acceso a la tecnología de manera reproductiva
	La decisión de interrumpir el embarazo, en determinadas circunstancias, y a contar con los servicios adecuados para ello
	La prohibición de discriminación, coacción o violencia en materia reproductiva
	La disponibilidad de servicios adecuados en materia de salud reproductiva que permitan embarazos y partos sin riesgos.

Elaboración Defensoría del Pueblo.

Fuente: Villanueva Flores, Rocío. “Los principios implícitos: el caso de los derechos sexuales y reproductivos en la sentencia Artavia Murillo vs. Costa Rica”. De Fazio, Federico (Coord.). Principios y proporcionalidad revisitados. Querétaro: Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, 2021, pp. 233-234.

A partir de lo expuesto, se interpreta que los derechos sexuales y reproductivos, como derechos interrelacionados, exigen a los Estados una mirada integral de las libertades y garantías específicas que involucran en cuanto a sexualidad y a reproducción, que no se limita a proveer información y métodos de anticonceptivos o de fecundidad, sino también de garantizar servicios de salud especializados. Uno de estos servicios es, precisamente, el de planificación familiar, que permite a las personas decidir el número de hijos/as que desean tener y el intervalo entre los embarazos⁶⁴.

61 Abad Yupanqui, Samuel. ¿Es el Perú un Estado laico? Análisis jurídico desde los derechos sexuales y derechos reproductivos. Lima: Católicas por el Derecho a Decidir - Perú, 2012, pp. 141-142.

62 Ibíd.

63 Villanueva Flores, Rocío. “Los principios implícitos: el caso de los derechos sexuales y reproductivos en la sentencia Artavia Murillo vs. Costa Rica”. De Fazio, Federico (Coord.). Principios y proporcionalidad revisitados. Querétaro: Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, 2021, pp. 233-234.

64 OMS. Planificación familiar. 9 de noviembre de 2020.

No se debe perder de vista la perspectiva de género con la que el Estado debe garantizar estos servicios, dado que tanto los hombres como las mujeres tienen necesidades distintas en cuanto a la realización de sus derechos sexuales y reproductivos. Dado que la capacidad reproductiva reposa en el cuerpo de las mujeres, estos derechos son imprescindibles para su autonomía y su derecho a adoptar decisiones significativas sobre su vida y salud, por lo que los servicios deben ser apropiados en función de su ciclo de vida⁶⁵. A su vez, dentro de las mujeres, existen grupos que, por determinados factores de discriminación, enfrentan mayores obstáculos el acceso a la salud sexual y reproductiva, lo que exige al Estado adoptar medidas diferenciadas que respondan a su situación de mayor vulnerabilidad y sean respetuosas de sus identidades⁶⁶.

Los derechos sexuales y reproductivos tienen un vínculo directo con la salud, en su faceta sexual y reproductiva, aunque no se agotan en este derecho. También mantienen una relación de interdependencia con otros derechos humanos, como el derecho a la vida, a la integridad física, al libre desarrollo de la personalidad, a la dignidad, entre otros. Sin embargo, a través de un análisis enfocado en la salud sexual y reproductiva, existen elementos específicos que el Estado debe tomar en cuenta para garantizar la atención integral de este derecho. El Comité DESC, a través de su Observación N° 22, se ha ocupado de desarrollar dichos elementos a partir de las características de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad previamente establecidas en su Observación N° 14, sobre derecho a la salud⁶⁷.

5.2. Estándares internacionales vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, con énfasis en salud sexual y reproductiva

Los estándares internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos son de vital importancia para efectivizar su contenido en el plano nacional. Sobre ello, corresponde aclarar que, en el caso peruano, además de las disposiciones de los tratados de derechos humanos que el Estado ha ratificado, se debe tomar en cuenta las interpretaciones que se han llevado a cabo de estas disposiciones por los órganos de cada sistema.

En el caso del **sistema universal**, las declaraciones, recomendaciones y pronunciamientos emitidos por los órganos de supervisión del cumplimiento de los tratados constituyen parámetros de interpretación que deben ser tomados en cuenta por el Estado como parte del principio de buena fe, de conformidad con el artículo 26 de la Convención de Viena sobre Derecho de los Tratados. Asimismo, en el caso del **sistema interamericano**, por control de convencionalidad, el Estado debe adecuar su institucionalidad y legislación a las interpretaciones que la Corte IDH ha hecho de la CADH a través de su jurisprudencia⁶⁸. En esa línea, el Tribunal Constitucional peruano ha sostenido que los fallos de la Corte constituyen doctrina jurisprudencial con efectos erga omnes, aún en los casos en los que el Estado no forma parte del proceso contencioso⁶⁹.

A partir de estas consideraciones, a continuación, se detallará brevemente aquellos estándares aplicables a los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva (en adelante, establecimientos, bienes y servicios):

Link: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

65 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 25.

66 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 30.

67 Observación general N° 14. Comité DESC. Observación general N° 14. E/C.12/2000/4. 11 de agosto de 2000, párr. 12.

68 Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013, párr. 221; Corte IDH. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N° 7. Control de convencionalidad. Costa Rica: Corte IDH, 2019, pp. 6 y 21.

69 Tribunal Constitucional. Sentencia recaída en el Expediente N° 04617-2012-PA/TC. 12 de marzo de 2014, fj. 14.

- En cuanto a la **disponibilidad**, el Comité DESC ha resaltado que debe disponerse de un número adecuado de establecimientos, bienes y servicios, que permitan garantizar a la población los factores determinantes básicos de la efectividad del derecho a la salud sexual y reproductiva (agua segura y potable e instalaciones de saneamiento, hospitales y clínicas adecuados)⁷⁰. Asimismo, se debe contar con personal médico y profesional capacitado y proveedores calificados y medicamentos esenciales, incluida una amplia gama de métodos anticonceptivos, como los preservativos y los anticonceptivos de emergencia, además de medicamentos para la asistencia en casos de aborto legal y para después del aborto, y medicamentos, incluidos los medicamentos genéricos, para la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual y el VIH⁷¹. La objeción de conciencia de determinado personal médico no debe obstaculizar la provisión de estos servicios, por lo que se debe contar con un número suficiente de proveedores de salud a una distancia geográfica razonable⁷².
- En cuanto a la **accesibilidad**, el Comité DESC señala que establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relativos a la atención de la salud sexual y reproductiva deben ser accesibles a todas las personas y grupos, sin discriminación ni obstáculos. En ese marco, se debe cumplir con los siguientes criterios:
 - **Accesibilidad física:** Los establecimientos y servicios deben estar disponibles a una distancia física y geográfica segura para todos y todas, de modo que las personas necesitadas puedan recibir servicios e información oportunos. Se debe asegurar la accesibilidad física a, especialmente a las personas pertenecientes a grupos desfavorecidos y marginados, en particular, aunque no exclusivamente, las personas que viven en zonas rurales y remotas, las personas con discapacidad, las y los refugiados y desplazados internos, apátridas y personas detenidas. Cuando la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en zonas remotas sea impracticable, la igualdad sustantiva requiere medidas positivas para asegurarse que las personas necesitadas dispongan de comunicaciones y transporte a esos servicios⁷³.
 - **Asequibilidad.** Los bienes y servicios deben ser asequibles para todos, lo que significa que se deben proporcionar sin costo alguno o sobre la base del principio de igualdad a fin de evitar que los gastos de salud representen una carga desproporcionada para las personas y las familias⁷⁴.
 - **Accesibilidad de la información.** Implica recibir información con base empírica sobre todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, entre ellos la salud materna, los anticonceptivos, la planificación familiar, las infecciones de transmisión sexual, la prevención del VIH, el aborto legal sin riesgo y la asistencia posterior en casos de aborto, la infertilidad y las opciones de fecundidad, y el cáncer del sistema reproductivo⁷⁵. La información debe responder a las necesidades de la persona y la comunidad, tomando en consideración, por ejemplo, la edad, el género, los conocimientos lingüísticos, el nivel educativo, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición de intersexualidad. No se debe menoscabar el derecho a que los datos y

70 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 12

71 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 13

72 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 14

73 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 16

74 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 17

75 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 14

la información personales relativos a la salud sean tratados con carácter privado y confidencial⁷⁶.

- En cuanto a la **aceptabilidad o adaptabilidad**, los establecimientos y servicios deben ser respetuosos con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades. Asimismo, observa que los establecimientos y servicio deberán ser adaptados teniendo en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital, lo que no es una justificación para negarse a proporcionar dichos servicios adaptados a grupos específicos⁷⁷.
- En cuanto a la **calidad**, los establecimientos y servicios deben ser de buena calidad, lo que significa que tendrán una base empírica y que serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. Esto exige contar con un personal de atención de la salud formado y capacitado, así como también medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado. No incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva pone en peligro la calidad de la atención⁷⁸.

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta es que la provisión del servicio se debe llevar a cabo bajo los enfoques de género, interculturalidad e interseccionalidad, que se definen a continuación:

- **Enfoque de género.-** Es una herramienta de análisis fundamental, porque permite identificar los roles y tareas que realizan los hombres y las mujeres en una sociedad, así como las relaciones de poder e inequidades que se producen entre ellos. Al observar de manera crítica las relaciones de poder y subordinación o control que las culturas y las sociedades construyen entre hombres y mujeres y explicar las causas que producen las asimetrías y desigualdades, el enfoque de género aporta elementos centrales para la formulación de medidas (políticas, mecanismos, acciones afirmativas, normas, etc.) que contribuyen a superar la desigualdad de género, modificar las relaciones asimétricas entre mujeres y hombres, erradicar toda forma de violencia de género, origen étnico, situación socioeconómica, edad, la orientación sexual e identidad de género, entre otros factores, asegurando el acceso de mujeres y hombres a recursos y servicios públicos y fortaleciendo su participación política y ciudadana en condiciones de igualdad⁷⁹.
- **Enfoque intercultural.-** Considera el reconocimiento de las diferencias culturales como uno de los pilares de la construcción de una sociedad democrática, que se fundamenta en el establecimiento de relaciones de equidad e igualdad de oportunidades y derechos. El enfoque intercultural en la gestión pública es el proceso de adaptación de las diferentes instituciones, a nivel normativo, administrativo y del servicio civil del Estado para atender de manera pertinente las necesidades culturales y sociales de los diferentes grupos étnico-culturales del país⁸⁰.

76 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 18.

77 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 20.

78 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 21.

79 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP. Política Nacional de Igualdad de Género. 4 de abril de 2019.

80 Ministerio de Cultura. Decreto Supremo N° 009-2020-MC. Lima, 20 de julio de 2020.

- **Enfoque interseccional.-** Parte del entendimiento de que las desigualdades de género y la discriminación que enfrentan las mujeres son complejas, múltiples, simultáneas y que afectan a todas las mujeres de manera heterogénea⁸¹. La heterogeneidad al interior de la población de mujeres responde a que cada mujer expresa una combinación de identidades de acuerdo con sus orígenes e historia, relaciones sociales y la operación de las estructuras del poder, pudiendo experimentar abusos y privilegios de manera simultánea. Este enfoque hace posible entender las formas en que los sistemas de discriminación convergen e impactan en el acceso a oportunidades y derechos⁸².

La falta de garantía de los derechos sexuales y reproductivos acarrea una serie de problemáticas que condicionan gravemente el ejercicio de una vida sexual y reproductiva plena, tal como serían los embarazos no deseados, embarazos adolescentes, contagio de enfermedades de transmisión sexual, mortalidad materna, insuficiente implementación del aborto terapéutico, entre otros.

En el Perú, según la ENDES 2021, se observa que el 8,9% de adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada⁸³. Por su parte, de acuerdo con las estadísticas disponibles del Centro de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, estimó en Perú una tendencia a la reducción de la mortalidad materna hasta el año 2019, sin embargo, en el contexto de emergencia por pandemia de la Covid-19, este avance tuvo un retroceso entre los años 2020 y 2021. Se tiene así que, en el 2020, año que marcó el inicio de la crisis sanitaria mundial por la pandemia de la Covid-19, 439 mujeres murieron durante el embarazo o en los 42 días siguientes al parto en el Perú; representó un incremento de 45% respecto al 2019 (más 137 muertes maternas). En el 2021, aumento a 493, representó un incremento de 191 muertes en relación al 2019 y un incremento de 54 muertes en relación al año 2020⁸⁴. En lo que va del año (al 29 de octubre del 2022) se vienen registrando 247 muertes maternas a nivel nacional; los departamentos con mayor índice de muertes maternas, según ocurrencia, se encuentra Amazonas (6); Áncash (8); Apurímac (5) y Arequipa (7)⁸⁵.

Otro punto importante es la atención prenatal y durante el parto por parte de personal médico calificado (médico, obstetra y/o enfermera). Aunque ambas atenciones superan el 98,3% y 93,2%, respectivamente; la brecha se presenta en el área rural, en la que, si bien las atenciones prenatales alcanzan el 95%, los partos institucionales aún mantienen un porcentaje de 81,1%⁸⁶. Se ha comprobado que la ausencia de atención durante el parto de un profesional calificado incrementa el riesgo de complicaciones obstétricas y mortalidad materna.

El sector salud cumple un rol fundamental en la prevención y atención de estas problemáticas vinculadas estrechamente con los derechos sexuales y reproductivos. En primer lugar, en cuanto a planificación familiar, para muchas mujeres la única fuente de suministro de métodos anticonceptivos modernos es el Estado. Como demuestra la ENDES 2021, el 49,7%

81 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP. Política Nacional de Igualdad de Género. 4 de abril de 2019.

82 Ministerio de Cultura. Resolución Ministerial N° 339-2014-MC. Orientaciones para la implementación de políticas públicas para la población afroperuana. Lima, 26 de setiembre de 2014.

83 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2021, p. 36.

84 Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza-MCLP. Perú. Mortalidad Materna y Embarazo en Adolescentes en el contexto de Covid-19. Un problema de derechos humanos, inequidad y de desarrollo". Reporte N° 1-2022-SC/GT Salud, MCLP, junio 2022. Disponible en: <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/storage/documentos/2022-07-25/mclcp-reporte-sobre-situacion-de-la-mortalidad-materna-junio-2022v14.pdf> (consultado el 06 de noviembre de 2022).

85 Ministerio de la Salud. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Disponible: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2022/SE43/mmaterna.pdf> (consultado el 06 de noviembre de 2022).

86 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2021, p. 165.

de entrevistadas señaló obtener dichos métodos de los servicios de salud públicos⁸⁷. Dicho porcentaje se eleva respecto a la provisión de algunos métodos específicos, como el DIU o el inyectable trimestral, en los que su provisión alcanza el 73,2% y 52,6% respectivamente⁸⁸. Asimismo, en escenarios de violencia sexual contra las mujeres, son los establecimientos de salud los únicos encargados de proveer, en los servicios de emergencia y de manera gratuita, el “kit para la atención de violencia contra la mujer – violencia sexual”⁸⁹, que incluye la provisión de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) o también denominada “píldora del día siguiente”⁹⁰, para evitar embarazos, así como otros medicamentos y pruebas dirigidas a identificar el potencial contagio de enfermedades de transmisión sexual producto de un acto no consentido. A ello se suma la atención médica que corresponde y resulta indispensable proveer a dichas víctimas.

Cabe tomar en consideración, a su vez, lo señalado por el Comité CEDAW. En sus Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú, de marzo de 2022, dicho Comité recomendó expresamente al Estado peruano que lleve a cabo “más programas inclusivos de concienciación para que las mujeres y las niñas, y en particular las de los grupos marginados, **puedan tener acceso de manera confidencial a métodos anticonceptivos modernos e información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular sobre su derecho a decidir con autonomía, y eliminar las actitudes y los estereotipos de género discriminatorios con respecto a la sexualidad de las mujeres y las niñas**”⁹¹ (las negritas son nuestras).

Durante la pandemia, por la propagación del Covid-19, una problemática advertida por la Defensoría del Pueblo fue que los servicios de salud reproductiva no fueron considerados como un servicio esencial en el marco de la declaratoria del estado de emergencia sanitaria, a pesar de las recomendaciones de los organismos internacionales⁹². En este contexto, la discontinuidad, reducción de acceso, déficit de disponibilidad y calidad, entre otras alteraciones, en la provisión de los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, tuvo repercusiones inmediatas en los derechos de las mujeres, a corto, mediano y largo plazo⁹³, cuyos efectos solieron ser más pronunciados en aquellas en situación de mayor vulnerabilidad.

Los efectos de la pandemia también han sido advertidos por las organizaciones feministas, tanto de Perú como de otros países de la región latinoamericana. Entre el 28 y 30 de junio

87 INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2021, p. 109.

88 Ibid.

89 MINSa. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSa. 8 de marzo de 2019.

90 La Defensoría del Pueblo en el marco del proceso de amparo contra la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) presentó el 15 de febrero de 2021, mediante el oficio N° 0043-2021/DP dirigido a Tribunal Constitucional (TC), el segundo *Amicus Curiae* en el que reafirma su posición de años anteriores y refiere que es necesario un nuevo pronunciamiento de parte teniéndose en cuenta lo señalado por la Organización Mundial de la Salud así como por la Organización Panamericana de la Salud respecto a que la AOE no tiene efecto abortivo, ya que no actúa luego de la implantación del óvulo fecundado. Por tanto, y con base en valoraciones médicas, científicas y jurídicas, es necesario que el Estado garantice este servicio como parte del sistema de salud pública y el derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en su diversidad, más aun teniendo en cuenta que prohibir su distribución gratuita por parte del Estado vulnera el derecho a la no discriminación, por razones económicas, de aquellas mujeres que no pueden adquirir la AOE comprándolo en establecimientos privados. Cabe señalar que, el 28 de febrero de 2023, la institución participó en audiencia pública del TC sustentando el *Amicus Curiae*, en el que reafirma su posición sobre necesidad de que Estado garantice la información y su distribución gratuita, y que prohibir su distribución sería un retroceso en la protección de los derechos fundamentales de las mujeres, especialmente de las más pobres. Finalmente, el 30 de marzo de 2023, el TC publicó la sentencia recaída en el Expediente 00238-2021-PA/TC sobre la distribución gratuita de la AOE, cuya decisión protege en especial los derechos reproductivos, el derecho a la información y el derecho a la no discriminación, al garantizar su distribución nacional gratuita en los establecimientos de salud, basándose en la existencia de evidencia científica de que este método es anticonceptivo y no abortivo. Asimismo, advierte que la AOE es componente esencial del kit de emergencia, evitando embarazos forzados en víctimas de violación sexual, especialmente en niñas y adolescentes. Además, ordena al MINSa informar sobre cómo debe usarse en situaciones excepcionales, ya que no sustituye a anticonceptivos ordinarios.

91 Comité CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú. CEDAW/C/PER/CO/9, 1 de marzo de 2022, párr. 38 d).

92 Redacción RPP. “UNFPA: Muertes maternas aumentarán en 40% debido a la pandemia si no se recupera el sistema de salud”. RPP Noticias. 16 de setiembre de 2020. Consulta: 7 de julio de 2022.

93 Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía N° 013-2021-DP/ADM, 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. Lima: Defensoría del Pueblo, 2021, p. 12 y 77.

de 2022 se llevó a cabo la Cuarta Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo, en Santiago de Chile. En este espacio, las organizaciones de la sociedad civil emitieron una declaración en la que resaltan que el panorama de multicrisis que enfrentan las mujeres se ha visto agudizado por la pandemia del Covid-19, a través de las medidas de confinamiento, la negligencia en la asignación presupuestaria, el clima de retrocesos en materia de derechos humanos, entre otros factores que han tenido efectos directos en el ejercicio de sus derechos, especialmente los sexuales y reproductivos. Por ese motivo, exigieron a los Estados tomar “medidas claras, específicas, con recursos económicos suficientes para garantizar lo comprometido, **especialmente los derechos sexuales y derechos reproductivos** con pertinencia cultural, territorial, con enfoque de género, étnico-racial y accesible para personas con discapacidad asumiéndolos como derechos humanos universales”⁹⁴.

A partir de lo expuesto, se demuestra que el Estado peruano tiene obligaciones específicas en torno al respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, lo cual se sustenta a su vez en el marco internacional y nacional previamente revisado. Asimismo, se evidencia que los servicios de salud sexual y reproductiva son esenciales para garantizar una sexualidad plena y permitir que las mujeres tomen decisiones informadas sobre su reproducción en concordancia con su autonomía y plan de vida, libres de toda clase de discriminación o violencia, por lo que el rol que cumple el Estado es primordial en este extremo. Finalmente, se resalta que la pandemia por el Covid-19 ha puesto en evidencia y agudizado la problemática vinculada a la provisión adecuada de estos servicios, por lo que se requieren medidas urgentes encaminadas a garantizar los derechos vinculados a dichos servicios.

94 Declaración OSC Conferencia Regional de Población y Desarrollo. Santiago de Chile, 27 de junio de 2022. Recuperado de: https://sxpolitics.org/es/wp-content/uploads/sites/3/2022/07/DECLARACION%CC%81N-FORO-OSC-IV-CRPD_FINAL.pdf

6. Análisis de los resultados y principales hallazgos

El derecho a la salud sexual y reproductiva comporta la capacidad de “los individuos, y en especial de las mujeres, de regular y controlar su propia fecundidad, afecta la salud y el bienestar de las personas directamente involucradas, y no tener la posibilidad de decidir libremente sobre este campo constituye una violación a los derechos humanos. Además, tiene implicaciones en la estabilidad global y el equilibrio entre la población y los recursos naturales y entre las personas y su medio ambiente”⁹⁵.

Sin embargo, como señala el Relator Especial para los DESCs, “existen obstáculos [en el goce de los derechos sexuales y reproductivos] que se encuentran interrelacionados y arraigados, y operan en diferentes niveles: los cuidados clínicos, el nivel de los sistemas sanitarios, y los factores determinantes de la salud”⁹⁶, estos obstáculos influyen “de modo considerable en la determinación de la salud sexual y reproductiva de la mujer”⁹⁷, por ello, resulta oportuna y necesaria la evaluación de los cuatro elementos interrelacionados y esenciales en la atención integral de la salud sexual y reproductiva como un mecanismo de medición de estas.

En este contexto, en la presente sección, se analizarán los resultados y principales hallazgos obtenidos a partir de la sistematización de la información obtenida por las Oficinas y Módulos Defensoriales respecto a los servicios de planificación familiar. El perfil de las personas que se buscó entrevistar fue el siguiente:

- **Personal de salud:** Persona responsable del servicio de Planificación Familiar o la persona que se designe en su representación, en el establecimiento de salud supervisado.
- **Usuaris:** Personas usuarias del servicio de planificación familiar mayores de 18 años⁹⁸.

Como se detalló en la sección sobre metodología, dicha información fue obtenida a través de la aplicación de fichas dirigidas tanto al personal de los establecimientos de salud como de usuarios/as de los servicios referidos. Cabe precisar que este análisis se ha llevado a cabo a la luz de los estándares de derechos humanos en materia de derechos sexuales y reproductivos, lo que incluye las obligaciones del Estado de prestar servicios adecuados, bajo criterios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad/adaptabilidad y calidad.

6.1. Características generales de la muestra

Las Oficinas Defensoriales y Módulos descentralizados realizaron un total de 94 entrevistas a personal de salud encargado de los servicios de planificación familiar, y aplicaron 396 encuestas

95 Cook R, Dickens B, Fathalla M. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Profamilia; 2003. Citado en: RAMOS PADILLA, Miguel. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev. Perú . med. exp. salud pública [online]. 2006, vol.23, n.3 [citado 2022-07-31], pp.201-220. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342006000300010&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634.

96 E/CN.4/2004/49, 2004 “El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS 60º período de sesiones. Tema 10 del programa provisional. Disponible en: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G04/109/36/PDF/G0410936.pdf?OpenElement>, pág. 6 y ss.

97 Idem.

98 La expresión “mayores de 18 años” debe interpretarse como “mayores de edad”.

a las/os usuarias/os (391 mujeres y 5 hombres) de los servicios de planificación familiar en once regiones del país. Cabe señalar que, correspondía aplicar las fichas de supervisión defensorial únicamente a usuarias mujeres mayores de 18 años, por lo que la aplicación de la encuesta a usuarios hombres es de carácter excepcional y minoritario.

A continuación, se detallan algunos aspectos relevantes de la muestra recogida:

Regiones

Las regiones consideradas para el levantamiento de información fueron las siguientes: Áncash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Loreto, Pasco y Puno.

Cuadro N° 1: Establecimientos de salud por regiones

N°	Región	Número de establecimientos de salud	Establecimientos de salud
1	Áncash	7	Centro de Salud Cajacay
			Centro de Salud Catac
			Centro de Salud Chasquitambo
			Centro de Salud Chiquian
			Centro de Salud Huallanca
			Centro de Salud El Progreso
			Centro de Salud Yugoslavia
2	Arequipa	8	Centro de Salud Alto Selva Alegre
			Centro de Salud Ampliación Paucarpata
			Centro de Salud Ciudad Blanca
			Centro de Salud Edificadores Misti
			Centro de Salud Hunter
			Centro de Salud Mariano Melgar
			Centro de Salud Yanahuara
			Centro de Salud Zamácola
3	Ayacucho	8	Centro de Salud Belén
			Centro de Salud Carmen Alto
			Centro de Salud Conchopata
			Hospital de Apoyo Jesús Nazareno
			Centro de Salud Los Licenciados
			Centro de Salud Putacca
			Centro de Salud San Juan Bautista
			Centro de Salud Santa Elena

4	Cajamarca	8	Centro de Salud Baños del Inca
			Centro de Salud Huambocancha Baja
			Centro de Salud Jesús
			Centro de Salud La Encañada
			Centro de Salud La Tulpuna
			Centro de Salud Magna Vallejo
			Centro de Salud Pachacutec
			Centro de Salud San Juan
5	Huancavelica	8	Centro de Salud Acoria
			Centro de Salud Ascensión
			Centro de Salud Ayaccocha
			Centro de Salud Ccasapata
			Centro de Salud Huando
			Centro de Salud San Cristobal
			Centro de Salud Santa Ana
			Centro de Salud Yauli
6	Huánuco ⁹⁹	15	Centro de Salud Castillo Grande
			Centro de Salud Naranjillo
			Centro de Salud Supte San Jorge
			Centro de Salud Codo de Pozuzo
			Centro de Salud Puerto Inca
			Centro de Salud Tournavista
			Centro de Salud Yuyapichis
			Centro de Salud Acomayo
			Centro de Salud Margos
			Centro de Salud Perú Corea
			Centro de Salud Potracancha
			Centro de Salud Amarilis
			Centro de Salud Ambo
			Centro de Salud Aparicio Pomares
Centro de Salud Las Moras			
7	Ica	8	Centro de Salud La Palma Grande
			Centro de Salud Parcona
			Centro de Salud Pueblo Nuevo
			Centro de Salud Salas
			Centro de Salud San Juan de Dios

⁹⁹ Cabe señalar que en el caso de la región Huánuco también se ha considerado en la supervisión los establecimientos de salud de la ciudad de Tingo María.

			Centro de Salud Santiago
			Centro de Salud Vista Alegre
8	Junín	8	Centro de Salud San Agustín de Cajas
			Centro de Salud Chilca
			Centro de Salud Pedro Sánchez Meza
			Centro de Salud David Guerrero Duarte
			Centro de Salud Huancan
			Centro de Salud Juan Parra del Riego
			Centro de Salud Pilcomayo
			Centro de Salud San Jerónimo
9	Loreto	8	Centro de Salud 6 de Octubre
			Centro de Salud 9 de Octubre
			Centro de Salud América
			Centro de Salud Morona Cocha
			Centro de Salud Bellavista Nanay
			Centro de Salud San Antonio
			Centro de Salud San Juan
			Centro de Salud Túpac Amaru
10	Pasco	8	Centro de Salud Huariaca
			Centro de Salud Paucartambo
			Centro de Salud Pozuzo
			Centro de Salud Puerto Bermudez
			Centro de Salud Santa Ana de Tusi
			Centro de Salud Uliachin
			Centro de Salud Virgen del Carmen
			Centro de Salud Freddy Vallejos Oré
11	Puno	8	Centro de Salud Cuyo Cuyo
			Centro de Salud Acora
			Centro de Salud José Antonio Encinas
			Centro de Salud Masiapo
			Centro de Salud Putina Puncco
			Centro de Salud San Juan del Oro
			Centro de Salud Simón Bolívar
			Centro de Salud Yanahuaya
Total		94	

Elaboración Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Establecimientos de salud

La información recogida corresponde principalmente a establecimientos de salud del primer nivel de atención categoría I-3 y I-4. Excepcionalmente, se obtuvo un establecimiento de salud del segundo nivel de atención categoría II-1 (concretamente, el Hospital de Apoyo Jesús Nazareno, ubicado en la región de Ayacucho).

Cuadro N° 02: Porcentaje de proveedores entrevistados por categoría de atención

Categoría	Número de proveedores/as entrevistados/as	Porcentaje
I-3	59	62.77%
I-4	34	36.17%
II-1	1	1.06%
Total general	94	100.00%

Elaboración Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Proveedores de salud

- Género**

El número de proveedores/as encuestados/as es de 87 mujeres y 7 hombres.

Usuarios/as

- Género**

El número de mujeres usuarias encuestadas es de 391, lo que contrasta con el escaso número de encuestados hombres, que son un total de 5. Cabe precisar que, la aplicación de la encuesta a usuarios hombres es de carácter excepcional y minoritario.

- Grupo etario**

Entre los/as usuarios/as que recurren al servicio, se evidencia que resalta el grupo etario de 25 a 30 años (135 personas), equivalente al 34.09% de usuarios/as entrevistados/as, seguido de aquel que va de 18 a 24 años de edad (104 personas), equivalente al 26.26%:

Cuadro N° 03: Usuaris/os entrevistadas/os por rango de edades

Rango de edades	Número de usuarias/os	Porcentaje
Menores de 18 años	3	0.76%
18 a 24 años	104	26.26%
25 a 30 años	135	34.09%
31 a 35 años	70	17.68%

36 a 40 años	44	11.11%
41 a 45 años	24	6.06%
46 a 50 años	6	1.52%
53 a 59 años	3	0.76%
Sin información	7	1.77%
Total	396	100.00%

Elaboración Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Cabe agregar que para el desarrollo de la supervisión las entrevistas fueron voluntarias, confidenciales y reservando la identidad; importante indicar que en el caso de 7 fichas aplicadas a usuarias/os estas personas no quisieron brindar su edad.

6.2. Resultados y principales hallazgos de la supervisión

6.2.1. Avances y desafíos en la prestación del servicio de planificación familiar a partir de la información proporcionada por el personal de salud

6.2.1.1. El carácter esencial del servicio de salud sexual y reproductiva

El 100% del personal de salud entrevistado (94 personas) considera que la salud sexual y reproductiva es un servicio de salud de carácter esencial. Al responder sobre las razones de la respuesta afirmativa, los/as entrevistados/as sostuvieron que la salud sexual y reproductiva es un derecho relacionado con la calidad de vida de las personas, que influye a nivel físico, mental, emocional y social. Asimismo, se resaltó que permitía planificar la cantidad de hijos/as que se desea tener y elegir el método anticonceptivo para ese propósito; así como prevenir la ocurrencia de embarazos no deseados, la transmisión de ITS, los embarazos adolescentes, la muerte materna, etc.

Otro motivo importante resaltado por los/as entrevistados/as es que este servicio empodera a las mujeres en la toma de decisiones respecto a su salud sexual y reproductiva y les garantiza el acceso a métodos anticonceptivos sin discriminación a aquellas que están en situación de pobreza o que experimentan violencia de género. En algunas respuestas también se evidencia la importancia de adoptar un enfoque integral y adaptado a las edades de los/as usuarios/as del servicio, especialmente en el caso de adolescentes.

A continuación, se detallan algunas de las respuestas compartidas por el personal de salud en respuesta a la pregunta relacionada a, por qué considera que la salud sexual y reproductiva es un servicio de salud de carácter esencial:

- *“Para que toda mujer pueda tener una calidad de vida, decidiendo la cantidad de hijos a tener. Para empoderar a las mujeres en la toma de decisiones. Una familia con una salud sexual y reproductiva adecuada disminuye la pobreza y los índices de anemia”.*
- *“La elección de un método anticonceptivo es una decisión muy personal que debe realizarse conforme al estilo de vida, salud, edad, creencia y experiencia anticonceptiva de la pareja, es por eso que no todas las personas pueden usar cualquiera de los métodos disponibles, es por eso que este servicio es importante y por muchas razones más”.*

- “La sexualidad nos acompaña toda nuestra vida y es importante conocerla desde la niñez (con higiene y cuidado), adolescencia (toma de decisiones y proyecto de vida), adultez (asertividad, madurez y responsabilidad”.
- “Sí es muy importante porque la pareja decide cuántos hijos/as tener y cuándo tenerlos (evita los embarazos no deseados); posibilita a las mujeres que tengan sus hijos/as a las edades en que el embarazo ocasiona menores riesgos (entre 20 y 35 años), asegurando de esa manera la salud de la madre y la del bebé”.
- “Forma parte de la salud integral, es un campo muy importante desde un enfoque social, cultural, biológico y psicológico, como promotor del bienestar integral del individuo y con todo lo que le rodea. La salud reproductiva se define como el estado general de bienestar físico mental y social en todos los aspectos relacionados a disfrutar una vida sexual para decidir de una manera responsable e informada”.

Se observa entonces que existe consenso sobre el servicio de salud sexual y reproductiva como un servicio esencial por parte del personal de salud. Ello permitiría presumir que se trata de un personal capacitado y sensibilizado con la temática, lo que tendría una repercusión positiva en el desempeño de sus funciones. Sin embargo, a partir de los resultados de supervisión se advierte una serie de dificultades que evidenciarían que el tema salud sexual y reproductiva no es prioridad en el servicio de salud.

6.2.1.2. El cumplimiento de los estándares de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad/aceptabilidad y calidad en el servicio de salud sexual y reproductiva

A partir de los estándares aplicables a los establecimientos, los bienes, la información y los servicios de salud relacionados con la atención de la salud sexual y reproductiva desarrollados en el marco conceptual, se llevará a cabo el análisis de su implementación en el servicio de planificación familiar a cargo del Estado peruano:

- **Disponibilidad**

Disponibilidad de métodos anticonceptivos

La provisión de métodos anticonceptivos modernos por parte del servicio de planificación familiar es especialmente relevante dado el rol del sector público como el principal proveedor de métodos anticonceptivos, según la ENDES 2021 (49.7%).

A continuación, se detalla la disponibilidad por cada método anticonceptivo, de acuerdo a la información proporcionada por el personal de salud entrevistado. Es necesario señalar que esta información responde a la pregunta sobre si se cuenta con los métodos anticonceptivos, pero no relaciona el stock físico con el consumo del establecimiento de salud, lo que hubiese permitido conocer la disponibilidad en términos de meses de existencias.

Cuadro N° 4: Disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos

Disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos	Si	No	No responde
a. Preservativo o condón masculino	96.81%	2.13%	1.06%
b. Preservativo o condón femenino	87.23%	11.70%	1.06%
c. Orales	98.94%	0%	1.06%

d. Inyectables mensuales	97.87%	1.06%	1.06%
e. Inyectables de larga duración	96.81%	2.13%	1.06%
f. Implante	95.74%	3.19%	1.06%
g. Dispositivos intrauterinos	94.68%	4.26%	1.06%
h. Anticoncepción de emergencia	90.43%	6.38%	3.19%
i. Otros (detallar)	Se detalló la inyección trimestral.		

Elaboración Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

De las respuestas se observa un alto porcentaje de disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos. Del total de establecimientos de salud cuyo personal fue entrevistado, el porcentaje mínimo de disponibilidad es de 87%. El método anticonceptivo respecto al cual se cuenta con mayor disponibilidad son los anticonceptivos orales (98.94%), seguido de los inyectables mensuales (97.87%), los preservativos masculinos (96.81%) y los inyectables trimestrales (96.81%).

El método anticonceptivo con menor disponibilidad sería el preservativo o condón femenino (87.23%). El 11.70% del personal de salud entrevistado sostuvo que su establecimiento de salud no cuenta con disponibilidad de este método. Por su parte, la anticoncepción de emergencia también tiene una disponibilidad de 90.43%, dado que el 6.38% sostuvo no contar con este método en su establecimiento y el 3.19% no respondió la pregunta¹⁰⁰. Se considera relevante indagar en las causas de esta falta de disponibilidad, para poder llevar a cabo los ajustes necesarios que garanticen la provisión de estos métodos en todos los establecimientos de salud con servicios de planificación familiar.

Se consultó, a su vez, las cantidades de los métodos anticonceptivos con los que dispuso y dispone cada establecimiento de salud, entre el periodo de 2019 a febrero de 2022. A continuación, se presenta la información proporcionada por el personal entrevistado en los establecimientos de salud de las 11 regiones consideradas en la presente supervisión:

a. Preservativo o condón masculino

Cuadro N° 5: Disponibilidad del preservativo o condón masculino

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022 (enero y febrero)
Áncash	34266	23708	17885	6362
Arequipa	115219	83888	138968	163085
Ayacucho	50884	31613	24264	27768
Cajamarca	91886	141205	93453	23584
Huancavelica	33108	20500	25865	5139

¹⁰⁰ Cabe precisar que el anticonceptivo oral de emergencia no constituye propiamente un método de planificación familiar. Se trata de un método de uso excepcional, que los servicios de salud sexual y reproductiva proveen en circunstancias específicas como lo sería una violación sexual, con el propósito de evitar el riesgo de un embarazo no deseado.

Huánuco	170693	60607	142963	50484
Ica	227598	137139	181846	36504
Junín	112090	112446	132279	42473
Loreto	0	0	0	10600
Pasco	24115	18576	24030	8048
Puno	10800	22846	72730	63644
Total general	870659	652528	854283	437691

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

b. Preservativo o condón femenino

Cuadro N° 6: Disponibilidad del preservativo o condón femenino

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	470	508	258	279
Arequipa	670	192	612	290
Ayacucho	279	139	145	130
Cajamarca	482	256	270	329
Huancavelica	530	1005	170	150
Huánuco	113	185	375	225
Ica	1864	965	1370	11762
Junín	550	1023	2195	2161
Loreto	0	0	0	100
Pasco	1962	2181	2110	2090
Puno	80	75	2713	1094
Total general	7000	6529	10218	18610

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

c. Orales

Cuadro N° 7: Disponibilidad de anticonceptivos orales

Región	Año 2019.	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	2465	2578	2058	698
Arequipa	7045	3379	4797	1558

Ayacucho	3205	2183	2426	1274
Cajamarca	8896	11550	15081	3955
Huancavelica	3329	1835	3052	180
Huánuco	8352	7638	12976	1962
Ica	15365	13507	12266	3008
Junín	9556	4343	10315	3460
Loreto	0	0	0	2566
Pasco	4378	4325	4434	962
Puno	0	68	203	545
Total general	62591	51406	67608	20168

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

d. Inyectables mensuales

Cuadro N° 8: Disponibilidad de inyectables mensuales

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	1275	1367	1710	522
Arequipa	4690	1666	2586	1013
Ayacucho	1774	883	1238	617
Cajamarca	4778	10089	11523	2678
Huancavelica	780	560	1256	292
Huánuco	935	905	3658	963
Ica	9138	6042	5656	2145
Junín	4390	3831	6691	2255
Loreto	0	0	0	1741
Pasco	3522	4292	3605	1493
Puno	0	74	48	211
Total general	31282	29709	37971	13930

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

e. Inyectables de larga duración

Cuadro N° 9: Disponibilidad de inyectables de larga duración

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	1676	2257	1986	588
Arequipa	5432	3054	4898	1615
Ayacucho	2483	1673	2245	955
Cajamarca	9432	14992	19077	4763
Huancavelica	2227	1338	2305	408
Huánuco	6058	5594	9134	2151
Ica	14045	10696	11613	3106
Junín	9874	9757	10905	3066
Loreto	0	0	0	1349
Pasco	4661	2749	3654	986
Puno	0	71	76	726
Total general	55888	52181	65893	19713

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

f. Implante

Cuadro N° 10: Disponibilidad del implante

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	109	144	259	30
Arequipa	360	275	744	133
Ayacucho	310	254	494	329
Cajamarca	627	1698	1535	444
Huancavelica	317	132	364	47
Huánuco	57	101	424	112
Ica	2699	912	1961	290
Junín	506	664	801	155
Loreto	0	0	0	155
Pasco	373	469	667	323
Puno	0	109	5	68
Total general	5358	4758	7254	2086

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

g. Dispositivos intrauterinos

Cuadro N° 11: Disponibilidad de dispositivos intrauterinos

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	21	26	36	8
Arequipa	219	107	251	115
Ayacucho	32	14	30	19
Cajamarca	111	293	262	62
Huancavelica	303	9	10	13
Huánuco	13	10	24	22
Ica	497	555	311	63
Junín	140	166	162	119
Loreto	0	0	0	111
Pasco	276	323	300	264
Puno	0	1	9	20
Total general	1612	1504	1395	816

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

h. Anticoncepción de emergencia

Cuadro N° 12: Disponibilidad de anticonceptivos orales de emergencia

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	90	87	33	19
Arequipa	92	56	42	41
Ayacucho	25	20	35	20
Cajamarca	123	380	213	52
Huancavelica	243	134	105	56
Huánuco	32	38	19	29
Ica	689	1146	124	59
Junín	33	115	136	149
Loreto	0	0	0	208
Pasco	157	154	83	88
Puno	0	0	24	22
Total general	1484	2130	814	743

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

A través de esta mirada a los establecimientos de salud de las regiones supervisadas, surgen algunas observaciones. En primer lugar, los informantes de la región de Loreto manifestaron que los años 2019, 2020 y 2021, no se contó con ninguno de los ocho métodos anticonceptivos consultados. Una posible razón respecto a estos resultados podría ser que dichos informantes no contaban con información actualizada sobre la disponibilidad de estos insumos, por lo que no pudieron reportarlo. Este hecho evidencia la necesidad de fortalecer el registro de los datos y mejorar la calidad de la información a fin de tomar decisiones basadas en información. Por otro lado, la ausencia de stock genera grandes consecuencias para los derechos sexuales y reproductivos de las personas, con énfasis en las mujeres en situación de pobreza, que, en la mayoría de los casos, tienen como única opción de acceso a métodos al servicio de planificación familiar. Igualmente sucede en el caso de Puno, región en la que también se reportó que el 2019 no se contó con ninguno de los ocho métodos anticonceptivos consultados. Ello es aún más grave al considerar que tanto Loreto como Puno son los departamentos con menor prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos y se ubican en el primer grupo de departamentos con la más alta incidencia de pobreza a nivel nacional (entre 36,7% y 40,9%)¹⁰¹. De este modo, un porcentaje considerable de su población enfrenta obstáculos socio-económicos que podrían comprometer su acceso a métodos anticonceptivos por otros canales distintos a los servicios de planificación familiar, lo cual representa un riesgo para el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos.

Otro aspecto que llama la atención es la disparidad de cantidades de métodos anticonceptivos por región. Tal es el caso de la cantidad de preservativos o condones masculinos, en el año 2021. Mientras que en Ica se contó con stock de 181 846 de este método anticonceptivo, en Ayacucho se reportó únicamente la disponibilidad de 24 264. Corresponde indagar en los criterios de asignación anual de dichos métodos, para determinar los motivos que justifican estas diferencias.

Problemas identificados por el personal de salud respecto a la disponibilidad del servicio de planificación familiar

En la mayoría de los casos, el personal de salud entrevistado a cargo del servicio de planificación familiar ha señalado que se cumple con el criterio de disponibilidad. Concretamente, 54 (57.4%) entrevistados/as aseguraron garantizar la disponibilidad o no haber enfrentado problemas al respecto. En ese marco, 23 entrevistados/as refirieron que cuentan con stock de todos o la mayoría de los métodos anticonceptivos. Asimismo, algunos/as reportan que su establecimiento atiende de lunes a sábados (4 entrevistados/as), tiene insumos (8 entrevistados/as), o atiende las 24 horas del día (4 entrevistados/as).

Sin embargo, ello se contrasta con la información proporcionada por los 22 entrevistados/as, que refieren problemas de disponibilidad de diversa índole. En cuanto a la disponibilidad de personal, se señaló que a veces no se dispone con exclusividad del personal para la atención diferenciada en el servicio de planificación familiar (Centro de Salud Pedro Sánchez Meza – Junín). Asimismo, se sostuvo que en los turnos de la tarde no se cuenta con personal de obstetricia, por lo que se les solicita a las usuarias retornar en los horarios en los que sí hay personal (Centro de Salud Tournavista - Huánuco). Por su parte, se ha reportado como problema que el Minsa requiere muchos registros administrativos y la falta de equipo informático para llevarlos a cabo retrasa el flujo de atención (Centro de Salud Ambo – Huánuco).

En cuanto a la disponibilidad de métodos anticonceptivos, 9 establecimientos reportaron el desabastecimiento de determinados métodos modernos. Algunos de los métodos respecto

101 INEI. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2010-2021. Lima: INEI, 2022, p. 62.

de los cuales se ha reportado desabastecimiento son el DIU (Centro de Salud La Tulpuna – Cajamarca); la ampolla trimestral (Centro de Salud Naranjillo - Huánuco); y la ampolla mensual e implante (Centro de Salud Santa Ana – Huancavelica).

Una de las causas reportadas fue la pandemia del Covid-19, pero se señaló que estos problemas habían sido solucionados (Centro de Salud Huariaca – Pasco). De forma específica, como caso ilustrativo, el Centro de Salud Putacca de la región de Ayacucho reportó que, durante todo el 2020, hubo un déficit de levonorgestrel. La ausencia de este medicamento, que constituye el anticonceptivo oral de emergencia, compromete significativamente la atención de los casos de violación sexual, en los que este método debe ser proveído a las víctimas para evitar embarazos no deseados. Por su parte, el Centro de Salud David Guerrero Duarte de Junín refirió que, durante todo el mes de marzo de 2020, no se contó con preservativos masculinos.

- **Accesibilidad**

Accesibilidad física

De acuerdo con la información proporcionada por el personal de salud, el 81% de entrevistados/as indicó que la forma de atención del servicio de planificación familiar fue presencial, mientras que el 13% indicó que fue mixta (presencial y por atención remota). Ninguno indicó haber prestado el servicio exclusivamente de forma remota.

Problemas identificados por el personal de salud respecto a la accesibilidad física del servicio de planificación familiar

En la mayoría de los casos, el personal de salud entrevistado a cargo del servicio de planificación familiar ha señalado que se cumple con el criterio de accesibilidad física. Concretamente, 54 (57.4%) entrevistados/as aseguraron garantizar la accesibilidad o no haber enfrentado problemas al respecto. Como ejemplos de cumplimiento de dicho criterio, refirieron que su establecimiento cuenta con rampas de acceso (5 entrevistados/as), el servicio se ubica en el primer piso del establecimiento (3 entrevistados/as); se ubica en una zona céntrica del distrito (2 entrevistado/a), cuenta con señalética en lenguas originarias (1 entrevistado/a), cuenta con suficiente disponibilidad de citas (1 entrevistado/a), brinda servicios de telesalud y seguimiento casa por casa (visitas domiciliarias) (1 entrevistado/a).

Sin embargo, ello contrasta con la información proporcionada por 14 entrevistados/as, que refieren problemas de accesibilidad por motivos geográficos o climatológicos. Por ejemplo, se señaló la dificultad de mujeres de la zona rural para acceder al servicio ya que el personal de salud solo acude una vez por mes a sus localidades (Centro de Salud Huallanca-Áncash); o el clima y lejanía impiden que se trasladen a los establecimientos de salud (Centro de Salud Codo de Pozuzo-Huánuco).

Asimismo, se reportan problemas vinculados a la infraestructura de los establecimientos, que impiden a las usuarias con discapacidad acceder físicamente al servicio. Por ejemplo, hay establecimientos a los que solo se puede acceder a través de gradas porque se ubican en un segundo piso (Centro de Salud Belén-Ayacucho) o en un sótano (Centro de Salud Aparicio Pomares-Huánuco). Otros se encuentran en un lugar de difícil acceso porque la pista está en mantenimiento (Centro de Salud Huambocancha Baja-Cajamarca). Como una solución, uno/a de los/as entrevistados/as sostuvo que, en el caso de usuarios/as con discapacidad motora con problemas para acudir al establecimiento, se les provee del insumo en su domicilio (Centro de Salud Freddy Vallejos Oré-Arequipa).

Existen otros problemas reportados que se vinculan con la accesibilidad al servicio en general y resultan altamente preocupantes. Por ejemplo, se atribuye la falta de acceso a métodos al impedimento de acceder a métodos por parte del cónyuge o de organizaciones (iglesia evangélica) (Centro de Salud Putacca–Ayacucho); o debido a que las usuarias tienen temor a sus parejas y no quieren tener tarjetas de control (Centro de Salud Putina Puncoco–Puno) o sienten vergüenza (Centro de Salud Pilcomayo–Junín).

Accesibilidad informativa

Del total de entrevistados/as, el 97.87% sostiene que sí toma en cuenta la pertinencia cultural o la práctica de libertad sexual diversa al momento de otorgar la información sobre los métodos anticonceptivos¹⁰². Ello resulta muy positivo dada la importancia de tomar en cuenta las necesidades específicas de las personas durante la provisión de información, según lo recomendado por el Comité DESC en lo que respecta a accesibilidad de la información¹⁰³. Asimismo, ello conversa con la recomendación del Comité CEDAW. En sus Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú, de marzo de 2022, que recomendó expresamente al Estado peruano que lleve a cabo “más programas inclusivos de concienciación para que las mujeres y las niñas, y en particular las de los grupos marginados, **puedan tener acceso de manera confidencial a métodos anticonceptivos modernos e información sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en particular sobre su derecho a decidir con autonomía, y elimine las actitudes y los estereotipos de género discriminatorios con respecto a la sexualidad de las mujeres y las niñas**”¹⁰⁴. (Las negritas son nuestras)

Por su parte, se consultó al personal de salud entrevistado/a si su establecimiento cuenta con material de apoyo para brindar los servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, todos señalaron contar con folletos, dípticos/trípticos, rotafolios, maquetas, etc. A continuación, se detallan los medios informativos que más se emplean en estos servicios:

Cuadro N° 13: Disponibilidad de material de apoyo para brindar servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva

Disponibilidad de material de apoyo para brindar los servicios de orientación/consejería en salud sexual y reproductiva	Número de entrevistadas/os	Porcentaje
A) Folletos	76	80.85%
B) Dípticos o trípticos	69	73.40%
C) Rotafolios	70	74.47%
D) Maquetas	52	55.32%
E) Otros	15	15.96%

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

102 Cabe precisar que dos entrevistados/as de la región Ayacucho no respondieron la pregunta (2.13%). Concretamente, se trató de personal de salud del Centro de Salud Conchopata y del Centro de Salud San Juan Bautista.

103 Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 18.

104 Comité CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú. CEDAW/C/PER/CO/9, 1 de marzo de 2022, párr. 38 d).

En el caso de los que refirieron que usan “otros”, detallaron opciones como materiales audiovisuales, campañas de difusión en redes sociales, atenciones extramurales en los parques, cartillas informativas, gigantografías, periódico mural con los métodos disponibles, entre otros.

- **Aceptabilidad/adaptabilidad**

A continuación, a la luz del criterio de aceptabilidad o adaptabilidad, se analizan las medidas que se han implementado en la atención de los servicios de planificación familiar para responder a las necesidades específicas de los diversos grupos de usuarios/as que acceden al servicio, en función a razones de género, identidad cultural, edad, discapacidad, diversidad sexual, ciclo de vida, entre otros.

Atención en lenguas originarias

El 44.68% de entrevistados/as señalaron que el establecimiento de salud se encuentra en una zona donde hay población que habla alguna lengua originaria¹⁰⁵. De ese porcentaje que indicó que sí, el 76.19% (33 personas)¹⁰⁶ refirió que el personal de salud que brinda atención en el servicio de Planificación Familiar está en la capacidad de ofertar una atención bilingüe en caso requiera. La única región cuyos establecimientos respondieron afirmativamente en su totalidad fue Ayacucho.

Según la información proporcionada, las lenguas originarias que se ofertan son las siguientes:

Cuadro N° 14: Lenguas originarias ofertadas para la atención de usuarios/as en las zonas donde hay población que habla alguna lengua originaria

Lenguas originarias en la atención, además del castellano	Número de encuestados/as	Porcentaje
Quechua	28	87.5%
Aymara	2	6.25%
Asháninka	2	6.25%
Shipibo	1	3.13%

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

105 En contraste, el 55.32% sostuvo que su establecimiento no se encontraba en una zona con estas características. La única región cuyos establecimientos indicaron ello en su totalidad fue Cajamarca. Sin embargo, establecimientos individuales en casi todas las regiones señalaron que en su zona no se hablaba una lengua originaria. Solo los establecimientos de la región de Ayacucho indicaron en su totalidad que sí se hablaba una lengua originaria en su respectiva zona.

106 Los 29 establecimientos de salud cuyo personal está en capacidad de brindar esta atención en el servicio de planificación familiar fueron las siguientes: 3 de Arequipa (Centro de Salud Ampliación Paucarpata; Centro de Salud Ciudad Blanca y Centro de Salud Edificadores Misti; Centro de Salud Mariano Melgar); 8 de Ayacucho (Centro de Salud Belén; Centro de Salud Carmen Alto; Centro de Salud Conchopata; Hospital de Apoyo Jesús Nazareno; Centro de Salud Los Licenciados; Centro de Salud Putacca; Centro de Salud San Juan Bautista; y Centro de Salud Santa Elena); 4 de Puno (Centro de Salud de Ácora, Centro de Salud Cuyo Cuyo; Centro de Salud Putina Puncco; Centro de Salud San Juan del Oro; Centro de Salud Yanahuaya); 6 de Huancavelica (Centro de Salud Acoria; Centro de Salud Ascensión; Centro de Salud Ayaccocha; Centro de Salud Ccasapata; Centro de Salud Santa Ana; Centro de Salud Yauli); 3 de Huánuco (Centro de Salud Naranjillo; Centro de Salud Puerto Inca; Centro de Salud Margos); 1 de Ica (Centro de Salud Vista Alegre); 1 de Junín (Centro de Salud Pedro Sánchez Meza); 3 de Pasco (Centro de Salud Pozuzo; Centro de Salud Puerto Bermudez; Centro de Salud Santa Ana de Tusi).

Preocupa, sin embargo, que el 21.43% de los entrevistados/as de los establecimientos de salud en zonas donde hay población que habla alguna lengua originaria refiere que no cuentan con una oferta de atención en lenguas originarias. Este sería el caso de 10 establecimientos de salud¹⁰⁷. Por ejemplo, en Huánuco, se entrevistó al personal de 15 establecimientos de salud. De esos 15 establecimientos, 8 indicaron que se encontraban en una zona donde hay población que habla una lengua originaria, predominantemente en zonas cercanas a Tingo María. Sin embargo, solo 3 de esos 8 establecimientos indicaron que estaban en la capacidad de ofertar una atención bilingüe. Una situación similar ocurre, aunque solo respecto a un establecimiento de salud por región, en las regiones de Áncash (Centro de Salud Cajacay), Ica (Centro de Salud Vista Alegre), Loreto (Centro de Salud 6 de Octubre) y Pasco (Centro de Salud Virgen del Carmen).

La falta de atención bilingüe en zonas en las que se habla una lengua originaria puede significar una brecha para las mujeres indígenas usuarias de tales establecimientos de salud, que, a su vez, tienen derecho a acceder a servicios públicos interculturales y en sus propios idiomas, a fin de garantizar que pueden tomar decisiones realmente libres e informadas. Aquello se agrava si se trata de zonas en las que existe una lengua indígena predominante, dado que existe una obligación estatal de proveer los servicios en esta lengua, a la luz del artículo 48 de la Constitución Política del Perú.

Atención diferenciada a adolescentes

Llama la atención que el 44.68% de entrevistados/as señala que su establecimiento no cuenta con un servicio de atención diferenciado para la atención integral de las adolescentes¹⁰⁸. Se trata de un porcentaje considerable que requiere de medidas específicas para garantizar una atención en función del ciclo de vida de las usuarias, más aún cuando ello puede resultar crucial para prevenir la ocurrencia de embarazos adolescentes.

Por su parte, el 55.32% que refirió que sí brindan un servicio diferenciado, sostuvo que algunas características de dicho servicio eran el (i) ambiente y horarios diferenciados (50%), (ii) el ambiente y consultorio diferenciado (26.92%), (iii) los horarios diferenciados (19.23%), (iv) otros; (v) no precisa.

Atención a personas con discapacidad auditiva

Resulta crítico que solo el 14.89% de entrevistados/as señalaron que el personal de salud que brinda atención en su establecimiento de salud está en capacidad de ofertar una atención en lengua de señas¹⁰⁹. El 82.98% de entrevistados/as negó que cuenten con esa capacidad. Pasco y Cajamarca son las únicas regiones en las que ningún establecimiento de salud de aquellos entrevistados contaba con atención en lengua de señas. En el resto de las regiones, como mínimo, un establecimiento de salud cuenta con este tipo de atención adaptada a las necesidades de las personas con discapacidad auditiva.

107 Se trata de los siguientes centros de salud: 5 de Huánuco, específicamente, Tingo María (Centro de Salud Castillo Grande; Centro de Salud Supte San Jorge; Centro de Salud Codo de Pozuzo; Centro de Salud Tournavista; Centro de Salud Yuyapichis); Áncash (Centro de Salud El Progreso; Centro de Salud Cajacay); Ica (Centro de Salud Salas); Loreto (Centro de Salud 6 de Octubre) y Pasco (Centro de Salud Virgen del Carmen).

108 En total, 42 establecimientos señalaron no contar con atención diferenciada para adolescentes en el servicio de planificación familiar. La región que refirió la ausencia de esta atención diferenciada en su totalidad fue Áncash. Sin embargo, en el caso del resto de regiones, por lo menos uno de los establecimientos ofrece este tipo de atención.

109 Únicamente, se trata de las regiones de Huánuco (Centro de Salud Naranjillo; Centro de Salud Puerto Inca); Áncash (Centro de Salud Catac); Arequipa (Centro de Salud Ampliación Paucarpata); 8 de Ayacucho (Centro de Salud Carmen Alto; Centro de Salud Conchopata); Puno (Centro de Salud Cuyo Cuyo, Centro de Salud Yanahuaya); 6 de Huancavelica (Centro de Salud Ayaccocha); Huánuco (Centro de Salud Naranjillo; Centro de Salud Puerto Inca; Centro de Salud Margos); Ica (Centro de Salud San Clemente; Centro de Salud Vista Alegre); Junín (Centro de Salud San Jerónimo); Loreto (Centro de Salud 9 de Octubre).

Es importante destacar que la garantía de sus derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad auditiva se debe llevar a cabo desde un enfoque compatible con el modelo social de discapacidad, que reconoce su plena autonomía para ejercer sus derechos. Ello exige que el personal de salud esté capacitado en lengua de señas o que se cuente con un intérprete que les permita comunicarse de forma libre y en condiciones de igualdad, respetando su privacidad¹¹⁰.

Problemas identificados por el personal de salud respecto a la aceptabilidad del servicio de planificación familiar

En la mayoría de los casos, el personal de salud entrevistado a cargo del servicio de planificación familiar ha señalado que cumple con el criterio de aceptabilidad. Concretamente, 58 entrevistados/as aseguraron garantizar la aceptabilidad o no haber enfrentado problemas al respecto. Como ejemplos de cumplimiento de dicho criterio, refirieron que su establecimiento aplica el enfoque intercultural (13 entrevistados/as), o adapta el servicio a la cultura, usos y costumbres de los/as usuarios/as (5 entrevistados/as).

Sin embargo, 7 entrevistados/as reportaron problemas para garantizar este criterio. Por ejemplo, se reportó que no se contaba con capacitación que permita tener claridad sobre lo que se refieren los enfoques de género, interculturalidad e interseccionalidad (Centro de Salud El Progreso-Áncash). También se subrayó la ausencia de intérprete de señas o de lenguas originarias (Centro de Salud Castillo Grande y Centro de Salud Supte San Jorge – Huánuco; y Centro de Salud 6 de Octubre y Centro de Salud 9 de Octubre - Loreto). Aquello ha dificultado la comunicación y exigido que participen familiares de la usuaria para traducir (Centro de Salud Salas - Ica). Ello podría comprometer que el servicio cumpla con criterios mínimos de privacidad.

Otros problemas que han referido es la falta de confianza de determinadas usuarias en torno a ciertos métodos anticonceptivos debido a creencias culturales específicas (Centro de Salud Huariaca - Pasco). También se hace referencia a que determinadas usuarias hacen uso de dichos métodos a escondidas de sus parejas (Centro de Salud Cajacay-Áncash).

- **Calidad**

En la mayoría de los casos, el personal de salud entrevistado a cargo del servicio de planificación familiar ha señalado que cumplen con el criterio de calidad. Concretamente, 39 entrevistados/as aseguraron garantizar un servicio de calidad o no haber enfrentado problemas al respecto. Por ejemplo, 21 entrevistados/as indicaron que su establecimiento cuenta con personal capacitado.

Sin embargo, cuando se les ha consultado sobre los problemas vinculados a la calidad del servicio, algunos de ellos/ellas han resaltado un déficit en los recursos humanos, de equipos, mobiliario e infraestructura para proveer adecuadamente el servicio. Por ejemplo, se ha enfatizado en la falta de personal obstétrico suficiente (14 entrevistados/as), así como la necesidad de nuevas camillas o camas ginecológicas, dopler, tensiómetro, estetoscopio, balanza, lámpara de cuello de ganso, pinza para remoción de implante, consultorio de psicoprofilaxis y EVA, pruebas de VIH, entre otros (4 entrevistados/as).

También, aunque excepcionalmente, se ha resaltado la necesidad de fortalecer la capacitación del personal en cuanto a las directivas de salud y normas técnicas, especialmente dirigida al

¹¹⁰ Se debe indicar que la ficha de supervisión no incluyó preguntas dirigidas a obtener información respecto a otras medidas de accesibilidad o aceptabilidad dirigidas a personas con discapacidad motora, visual, entre otros.). Se sugiere que se pueda hacer un levantamiento de esta información en supervisiones futuras.

personal nuevo. En el caso del personal antiguo, se señala la necesidad de capacitación respecto a las normas emitidas durante la pandemia por el Covid-19. Por ejemplo, se señala que, “[p]or tema de la pandemia, en estos dos últimos dos años no se ha realizado las capacitaciones suficientes en cuanto a género y salud sexual y reproductivo pero el personal que labora en el centro de salud tiene conocimiento de ello a través de capacitaciones pasadas” (Centro de Salud Ayaccocha - Huancavelica). Asimismo, se reporta que “[e]l personal del centro de salud requiere reforzar la implementación de las normas técnicas emitidas durante la emergencia sanitaria” (Centro de Salud San Juan - Cajamarca).

- **Rendición de cuentas**

Se le consultó al personal de salud entrevistado sobre los mecanismos de rendición de cuentas, lo que se traduce en la vigilancia del funcionamiento del servicio para garantizar disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad y calidad. Incluye, por ejemplo, la vigilancia ciudadana. Asimismo, 35 (37%) de los entrevistados/as sostuvieron que su establecimiento cumple con el criterio de rendición de cuentas. Dentro de los ejemplos de rendición de cuentas, muchos establecimientos reportaron que efectúan este tipo de acciones frente al Consejo Local de Administración de Salud (CLAS) (6 entrevistados/as) o frente a la Red de Salud (5 entrevistados/as). Los periodos de rendición varían, habiéndose reportado lapsos de 3, 6 y 12 meses. Sin embargo, en contraste, 3 entrevistados/as han señalado que no rinden cuentas; mientras que 8 entrevistados/as afirmaron que no existe mucha vigilancia ciudadana u organización comunal para este propósito¹¹¹.

6.2.1.3. Incorporación de los enfoques de género, intercultural e interseccionalidad en la atención del servicio de Planificación Familiar

Para la prestación del servicio de planificación familiar en condiciones de igualdad y no discriminación, se requiere tomar en cuenta las necesidades particulares de los distintos grupos de usuarios/as de dicho servicio. Como ya se ha referido, ello se materializa a través de la implementación de enfoques que garanticen una atención diferenciada y especializada, como es el caso de los enfoques de género, interculturalidad e interseccionalidad.

De acuerdo con la información proporcionada por el personal de salud entrevistado, el 98.94% considera que las normas vigentes incorporan los enfoques de género, intercultural e interseccional en la atención del servicio de planificación familiar; mientras que solo el 1.06% considera que no (concretamente, el Centro de Salud San Juan). En caso la respuesta fue “sí”, se les consultó sobre cómo se viene llevando a cabo la incorporación de dichos enfoques, se han especificado una serie de ejemplos.

De la agrupación de dichos ejemplos, el 58.06% del personal entrevistado coincide en que una de estas medidas es que no se emiten cuestionamientos relativos a la sexualidad/género de los/as usuarios/as. Adicionalmente, muchas respuestas también coinciden en que no se impone un método anticonceptivo específico, sino que se orienta a las usuarias para que lleven a cabo una decisión libre e informada. Asimismo, se respeta la privacidad de las usuarias. En ese marco, se promueven ambientes o espacios que garanticen la confidencialidad en la atención.

De acuerdo con la temática, se vio por conveniente agrupar algunos de los ejemplos brindados a través de un cuadro, a la luz de los tres enfoques previamente referidos.

¹¹¹ El resto de las y los entrevistados respondieron diversas razones que no son susceptibles a una sistematización.

Cuadro N° 15: Formas en las que se incorporan los enfoques de género, interculturalidad e interseccionalidad según el personal de salud entrevistado

Enfoque	Ejemplos
Enfoque de género	<ul style="list-style-type: none"> - No se cuestiona la vida sexual, incluyendo si tienen múltiples parejas. Tampoco se cuestiona la sexualidad del paciente. - Se promueve la participación de la pareja para la elección de un método o se le pide a la paciente que puede acudir con su respectiva pareja. - Se promueve el desarrollo de información y servicios para varones. - En caso de violencia familiar se deriva al servicio de psicología y coordinación al Centro Emergencia Mujer.
Enfoque intercultural	<ul style="list-style-type: none"> - Se atiende en lenguas originarias. - Se respeta la anticoncepción originaria según la cultura de la zona o, en el mismo sentido, se acompañan los métodos naturales de las mujeres de la CCNN y de las costumbres que por cultura poseen, referente a planificación familiar. - Si son de algunas etnias, son acompañados de intérprete. - Se colocan afiches en su idioma y señalización. - Respetando la idiosincrasia de cada usuaria y sus costumbres a la hora de la elección del método anticonceptivo
Enfoque interseccional	<p>Niños, niñas y adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> - No se cuestiona la edad del inicio de la vida sexual. Se atiende a adolescentes. - Los mayores de 14 años pueden venir solos para inicio y continuidad del método anticonceptivo - A los adolescentes menores de 13 se les solicita la compañía de sus padres - En el caso de las adolescentes, se respeta la voluntad de esta en cuanto a qué método anticonceptivo utilizar. <p>Personas LGTBIQ+</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se respeta la orientación sexual - Se brinda atención a personas de diversa orientación sexual (personas trans y personas homosexuales)

Elaboración Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

A partir de este cuadro, corresponde hacer dos acotaciones. En primer lugar, no se considera necesariamente que los ejemplos dados por el personal de salud sean compatibles en su totalidad con la implementación adecuada de estos enfoques. Por el contrario, en algunos casos, se visibilizan ciertos sesgos sobre cómo deben entenderse los enfoques respecto a ciertos grupos. Por eso, en la medida de lo posible, se ha mantenido el fraseo literal de las respuestas brindadas.

Algunos aspectos que llaman la atención es que se aplique como medida la de solicitar a la usuaria que acuda con su pareja respectiva al servicio de planificación familiar cuando aquello

no es necesario o puede no ser compatible con las diversas formas en las que se puede ejercer la sexualidad. Por su parte, también existen alrededor de tres o cuatro ejemplos de medidas descritas como “se atiende a personas trans” o “se atiende a personas homosexuales”. Se presume que la referencia es que no se discrimina a personas LGTBIQ+, sin embargo, la sola provisión de la atención no constituye *per se* el cumplimiento del enfoque interseccional. Se tienen que implementar medidas específicas que respondan a las necesidades concretas de estos colectivos. Por ejemplo, que en la atención se consulte a las personas trans o no binarias el pronombre con que el que quieren ser identificadas, aun cuando esta no coincida con el señalado en su DNI y que la comunicación sea libre de estereotipos o cuestionamientos sobre su identidad de género y/u orientación sexual.

Por otro lado, se debe precisar que se han incluido en el cuadro algunos ejemplos que no tienen relación con los enfoques y que permiten evidenciar un desconocimiento sobre en qué consisten o cómo deben implementarse. Esto se evidencia cuando se indica como ejemplo de implementación de los enfoques la realización de consejerías y charlas educativas, la disponibilidad de los insumos de planificación familiar en el mismo consultorio, la medida de permitir un acompañante en el parto, entre otros que no tienen un vínculo específico con los enfoques.

En caso la respuesta fue “no”, se les consultó sobre los problemas se vienen identificando para la implementación de estos enfoques (género, intercultural e interseccional). Dentro de los principales problemas, se resaltó el machismo. Como ejemplo, se indica que, para que una mujer se haga una ligadura de trompas, le exigen consentimiento del esposo, con el propósito de evitar problemas con los familiares. Asimismo, se indicó que no todos los establecimientos de salud cuentan con personal capacitado para hablar el idioma o lengua originaria del usuario/a si se requiere.

6.2.1.4. Recursos presupuestales asignados al servicio de Planificación Familiar

Frente a la pregunta respecto al monto de presupuesto asignado al servicio de planificación familiar para el periodo 2019, 2020, 2021, 2022, la totalidad de los/as entrevistados/as señalaron que desconocían el monto o que no contaban con presupuesto.

Cuadro N° 16: Respuestas respecto a los recursos presupuestales asignados al servicio de planificación familiar

Respuesta	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Desconoce	33%	33%	32%	32%
Sin presupuesto	67%	67%	68%	68%

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Como se señaló previamente, las entrevistas estuvieron dirigidas al personal responsable del servicio de planificación familiar de cada establecimiento de salud o de quien la entidad asigne en su representación.

Una posible explicación respecto a esta falta de conocimiento se relaciona con que la adquisición de anticonceptivos es centralizada. En ese sentido, el nivel central distribuye a los establecimientos de salud de todo el país para que sean entregados a la población de manera gratuita.

Por otra parte, el 94.68% de entrevistados/as ha reportado no contar con presupuesto para llevar a cabo actividades de prevención del embarazo no planeado y el 73.40% reporta que su establecimiento no cuenta con un diagnóstico situacional sobre la problemática de embarazo no planeado durante el contexto del Covid-19. La ausencia de estas medidas revela que existe una falta de priorización de la dimensión preventiva de embarazos no deseados o planificados, lo que compromete la autonomía reproductiva de las mujeres.

6.2.1.5. Sobre la capacitación del personal de salud del servicio de planificación familiar

El 98.94% de entrevistados/as refirió que conoce las normas vigentes relativas a recibir atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo los métodos anticonceptivos modernos (93 de 94 personas entrevistadas)¹¹². Asimismo, se consultó si el personal de salud que brinda atención en los servicios de planificación familiar ha recibido capacitación sobre el marco normativo vigente en los últimos 12 meses. La consulta abarcaba siete normas específicas, y del 100% de los/as entrevistados/as, los porcentajes de aquellos capacitados/as respecto a cada norma fueron los siguientes:

Cuadro N° 17: Porcentaje de capacitaciones recibidas respecto a normas técnicas en salud y normativa vinculada

Normas sobre las que versaron las capacitaciones	Porcentaje
Norma Técnica de Salud: Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes (Resolución Ministerial N° 503-2012-MINSA)	88.17%
Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Resolución Ministerial 652-2016/MINSA)	95.70%
Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por el Covid-19 (Directiva N° 131-MINSA/2021/DGIESP)	83.87%
Directiva Sanitaria para la prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por el Covid-19 (Directiva Sanitaria 097-MINSA/2020/DGIESP)	79.57%
Directiva Sanitaria para el monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud. (Directiva Sanitaria 098-MINSA/2020/DGIESP)	83.87%
Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual. (N° 164-MINSA-2020 DGIESP)	88.17%
Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de Violencia Sexual" (RM N° 227-2019/MINSA)	94.62%

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

¹¹² Únicamente el Centro de Salud San Juan, de la región de Loreto refirió no conocer las normas.

Como se señaló previamente, casi el 100% de entrevistados/as refirió tener un conocimiento de las normas relativas a recibir atención en salud sexual y reproductiva. Sin embargo, algunas de estas personas no han recibido capacitaciones respecto a cómo aplicar las normas técnicas en salud y directivas sanitarias sobre la materia. Por ejemplo, el 88.17% de entrevistados/as refirió haber recibido capacitación respecto a la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual (N° 164-MINSA-2020 DGIESP), por lo que hay un 11.83% del personal de salud entrevistado que no ha recibido capacitación respecto a esta norma¹¹³.

Ello contrasta con la respuesta a la pregunta 20 de la ficha de supervisión sobre si se aplica la entrevista clínica frente a la sospecha de que una usuaria pudo haber sido víctima de violencia sexual, según lo establecido en dicha Norma Técnica. Si bien el 93.62% de entrevistados/as respondió que sí, el 5% respondió que no¹¹⁴. Ello evidencia la necesidad de fortalecer las capacitaciones y consiguiente sensibilización a personal de salud para que brinde una atención especializada y acorde a los enfoques y principios exigidos para el respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos.

Otro punto importante es la institución que brindó la capacitación. El 45.74% de los/as entrevistados indicó que la capacitación fue dada por el Gobierno Regional (DIRESA, GERESA, DIRIS); el 44.68% indicó que fue el Ministerio de Salud (MINSA); el 9.57% indicó que fue el propio establecimiento de salud; y finalmente, el 4.26% indicó que se trataba de otra organización, tal como el Colegio de Obstetras, el Ministerio Público, entre otras.

6.2.1.6. Atención a víctimas de violencia de género

El 59.57% de entrevistados/as reportó haber identificado víctimas de violencia de género en el marco de la atención en el servicio de planificación familiar. Dentro de ese porcentaje, se le consultó al personal de salud entrevistado cuántas víctimas de violencia, tanto física como sexual, habrían identificado entre el 2019 hasta febrero de 2022. A continuación, se presenta la información proporcionada por el personal entrevistado en los establecimientos de las 11 regiones consideradas en la presente supervisión:

Cuadro N° 18: Número de víctimas de violencia física identificadas en el servicio de planificación familiar

Región	Número de entrevistadas/os	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022 (enero-febrero)	Total por región
Áncash	4	0	3	34	16	57
Arequipa	3	4	5	5	2	19
Ayacucho	5	8	2	9	3	27

113 El personal de salud que refirió no haber recibido capacitación respecto a esta norma pertenece a las siguientes regiones: Huánuco (Centro de Salud Castillo Grande; Centro de Salud Yuyapichis); Áncash (Centro de Salud Yugoslavia; Centro de Salud Chiquian); Ayacucho (Centro de Salud Conchopata); Puno (Centro de Salud Masiapo; Centro de Salud San Juan del Oro; Centro de Salud Yanahuaya); Huancavelica (Centro de Salud Ayaccocha); Junín (Centro de Salud Chilca); Loreto (Centro de Salud San Juan); Pasco (Centro de Salud Ullachin).

114 Los entrevistados que respondieron que no pertenecen a los establecimientos de salud de las siguientes regiones: Áncash (Centro de Salud Chiquian); Ayacucho (Centro de Salud Belén; Centro de Salud Conchopata); Cajamarca (Centro de Salud San Juan); y Loreto (Centro de Salud 6 de Octubre).

Cajamarca	5	0	1	0	0	6
Huancavelica	4	29	31	22	11	97
Huánuco	12	0	1	8	2	23
Ica	4	0	4	6	0	14
Junín	7	1	4	95	36	143
Loreto	3	0	0	7	1	11
Pasco	4	0	0	0	0	4
Puno	5	0	3	3	0	11
Total general	56	42	54	189	71	412

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Cuadro N° 19: Número de víctimas de violencia sexual identificadas en el servicio de planificación familiar

Región	Número de entrevistadas/os	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022 (enero-febrero)	Total por región
Áncash	4	2	2	1	0	9
Arequipa	3	0	0	0	0	3
Ayacucho	5	5	3	9	2	24
Cajamarca	5	0	1	9	1	16
Huancavelica	4	11	2	6	0	23
Huánuco	12	1	3	5	3	24
Ica	4	0	4	6	1	15
Junín	7	3	2	98	33	143
Loreto	3	0	0	2	0	5
Pasco	4	2	1	0	1	8
Puno	5	0	0	0	0	5
Total general	56	24	18	136	41	275

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

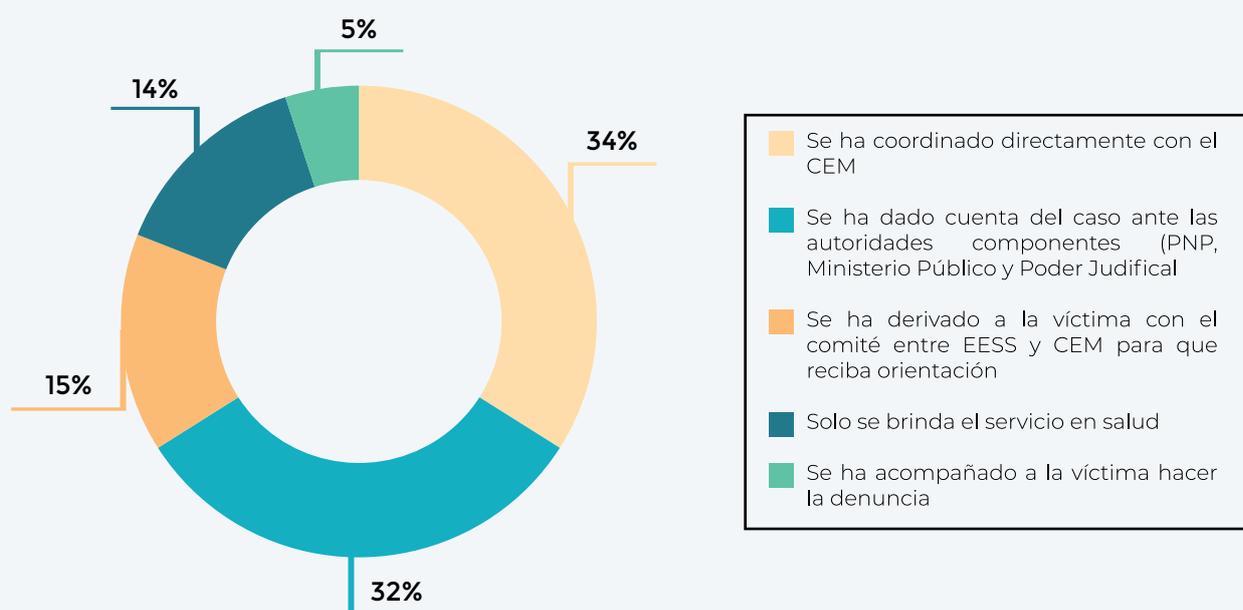
Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Llama especialmente la atención el alto número de víctimas de violencia identificadas en la región de Junín en el periodo analizado. Se han identificado 143 víctimas de violencia física y 143 víctimas de violencia sexual, cuyo pico de casos se dio en el 2021.

En cuanto a la forma de proceder, el personal de salud entrevistado indicó haber optado por las siguientes alternativas:

- Se ha coordinado directamente con el CEM (35.1%)
- Se ha dado cuenta del caso ante las autoridades competentes (PNP, Ministerio Público y Poder Judicial) (34%), y
- Se ha derivado a la víctima con comités intersectoriales locales entre EESS y CEM para que reciba orientación (15.96%)
- Solo se brinda el servicio en salud (14.9%)
- Se ha acompañado a la víctima hacer la denuncia (5.3%)

Gráfico N° 1: Atención de casos de violencia de género detectados en el EESS



Elaboración: Defensoría del Pueblo

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

6.2.1.7. Entrega de kits de emergencia

Sobre la disponibilidad de los kits de emergencia para casos de violencia sexual en los servicios de planificación familiar

A continuación, se detalla la disponibilidad de medicamentos del kit de emergencia, de acuerdo a la información proporcionada por el personal de salud entrevistado:

Cuadro N° 20: Porcentaje de medicamentos disponibles del kit de emergencia

Medicamentos disponibles del kit de emergencia	Si	No	No responde
Levonorgestrel 0.75mg	94.68%	4.26%	1.06%
Prueba Rápida para hepatitis B	87.23%	11.70%	1.06%
Prueba Rápida Duales VIH/Sífilis	98.94%	0%	1.06%
Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT Adulto)	96.81%	2.13%	1.06%
Jeringas descartables 3ml y 10ml	98.94%	0%	1.06%
Azitromicina 500 mg-Tableta	98.94%	0%	1.06%
Penicilina G Benzatinica 2400000 UI-Inyectable	97.87%	1.06%	1.06%
Prueba Rápida de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG)	92.55%	6.38%	1.06%
Preservativos sin nonoxinol	97.87%	1.06%	1.06%

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Se observa un alto grado de disponibilidad de medicamentos del kit de emergencia, siendo el porcentaje mínimo de disponibilidad el 87.23%, en el caso de la prueba rápida para hepatitis B.

Se consultó, a su vez, las cantidades de los medicamentos que forman parte del kit de emergencia con los que dispuso y dispone cada establecimiento de salud. A continuación, se presenta la información proporcionada por el personal entrevistado en los establecimientos de las 11 regiones consideradas en la presente supervisión:

a. Levonorgestrel 0.75mg

Cuadro N° 21: Disponibilidad de Levonorgestrel 0.75mg

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	28	24	22	21
Arequipa	25	23	33	33
Ayacucho	27	22	37	22
Cajamarca	126	79	123	40
Huancavelica	2	2	3	10
Huánuco	26	12	9	18
Ica	612	1225	104	28
Junín	27	108	122	128

Loreto	0	0	20	44
Pasco	13	8	8	13
Puno	0	0	12450	0
Total general	886	1503	12931	357

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

b. Prueba Rápida para hepatitis B

Cuadro N° 22: Disponibilidad de Prueba Rápida para Hepatitis B

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	18	12	37	25
Arequipa	3	3	677	457
Ayacucho	158	72	124	63
Cajamarca	149	53	214	35
Huancavelica	2	2	3	8
Huánuco	80	155	82	129
Ica	618	3	4023	2
Junín	655	905	908	957
Loreto	0	0	240	866
Pasco	12	7	7	13
Puno	0	0	0	175
Total general	1695	1212	6315	2730

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

c. Prueba Rápida Duales VIH/Sífilis

Cuadro N° 23: Disponibilidad de Prueba Rápida Duales VIH/Sifilis

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	29	129	58	91
Arequipa	3	3	616	1642
Ayacucho	211	91	178	221
Cajamarca	5450	3321	5530	3017
Huancavelica	2	2	3	83

Huánuco	182	130	83	140
Ica	1348	816	731	718
Junín	732	835	831	927
Loreto	0	0	0	1165
Pasco	11	6	7	13
Puno	0	0	0	450
Total general	7968	5333	8037	8467

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

d. Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT Adulto)

Cuadro N° 24: Disponibilidad de Vacuna contra la Difteria y Tétanos (DT Adulto)

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	74	90	62	51
Arequipa	3	3	17	65
Ayacucho	132	263	125	108
Cajamarca	449	817	425	102
Huancavelica	2	2	3	21
Huánuco	322	832	896	23
Ica	1016	955	638	348
Junín	35	45	56	67
Loreto	0	0	70	722
Pasco	11	5	7	14
Puno	0	0	0	0
Total general	2044	3012	2299	1521

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

e. Jeringas descartables 3ml y 10ml

Cuadro N° 25: Disponibilidad de Jeringas descartables 3ml y 10ml

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	5	5	9	5663
Arequipa	5	5	20	10453

Ayacucho	2443	1771	2269	3278
Cajamarca	6161	7332	6167	12457
Huancavelica	3	3	4	11
Huánuco	8447	5657	5343	1059
Ica	36896	26133	74999	2254
Junín	67	187	203	212
Loreto	0	0	0	9001
Pasco	17	12	13	19
Puno	0	0	0	0
Total general	54044	41105	89027	44407

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

f. Azitromicina 500 mg-Tableta

Cuadro N° 26: Disponibilidad de Azitromicina 500 mg-Tableta

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	2343	12258	3980	1410
Arequipa	5	5	20	4911
Ayacucho	3697	6805	6112	1928
Cajamarca	2830	2710	5498	7279
Huancavelica	3	3	5	262
Huánuco	3651	3825	878	174
Ica	9223	8224	5121	775
Junín	486	516	528	632
Loreto	0	0	1100	4601
Pasco	20	14	15	26
Puno	0	0	0	342
Total general	22258	34360	23257	22340

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

g. Penicilina G Benzatinica 2400000 UI-Inyectable

Cuadro N° 27: Disponibilidad de Penicilina G Benzatinica 2400000 UI-Inyectable

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	547	264	163	40
Arequipa	3	3	17	1232
Ayacucho	667	347	134	334
Cajamarca	6	12	21	43
Huancavelica	2	2	3	25
Huánuco	449	120	100	14
Ica	237	264	134	59
Junín	15	27	31	35
Loreto	0	0	455	611
Pasco	13	8	9	15
Puno	0	0	0	7
Total general	1939	1047	1067	2415

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

h. Prueba Rápida de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG)

Cuadro N° 28: Disponibilidad de Prueba Rápida de Hormona Gonadotropina Coriónica (HCG)

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	7	6	14	8
Arequipa	3	3	17	44
Ayacucho	1349	793	1303	733
Cajamarca	1925	1478	2154	716
Huancavelica	2	2	4	29
Huánuco	77	192	117	672
Ica	4542	14983	3914	2
Junín	8067	83	86	94
Loreto	0	0	180	373
Pasco	16	12	11	18
Puno	0	0	0	1250
Total general	15988	17552	7800	3939

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

i. Preservativos sin nonoxinol

Cuadro N° 29: Disponibilidad de preservativos sin nonoxinol

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Áncash	41497	26094	4634	10578
Arequipa	23341	18499	40144	23405
Ayacucho	50924	31653	24304	27808
Cajamarca	58781	54975	46307	16021
Huancavelica	30	30	50	520
Huánuco	162349	50199	58926	35456
Ica	164733	107279	102419	10827
Junín	880	57662	20536	1200
Loreto	0	0	8600	19101
Pasco	168	67	65	170
Puno	0	0	0	25
Total general	502703	346458	305985	145111

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

A través de esta mirada a los establecimientos de salud de las regiones supervisadas, surgen algunas observaciones. Resulta muy preocupante que el personal de salud entrevistado de los establecimientos de salud supervisados en Puno, en los años 2019 y 2020, hayan señalado que no se cuentan con información sobre disponibilidad de los nueve medicamentos que conforman el kit de emergencia. En el año 2021, la situación es muy similar, a excepción de que se informó que disponía de 12450 unidades de Levonorgestrel 0.75mg. Una situación similar ocurre en Loreto. Los establecimientos de salud entrevistados reportaron que, durante los años 2019 y 2020, tampoco contaban con información sobre los nueve medicamentos del kit de emergencia. En el caso de Huancavelica, aunque cuentan con dichos medicamentos, se observa que las cantidades disponibles son considerablemente reducidas.

Al respecto, es importante tener en consideración que, tal como ha referido la Defensoría del Pueblo, desde antes de la declaratoria de emergencia sanitaria ya se presentaban diversos problemas en lo que se refiere al cumplimiento del Estado de entregar los kits de emergencia a víctimas de violencia sexual, entre los cuales se encuentran la falta de capacitación y socialización de la normativa vigente, la no disponibilidad de medicamentos, así como la ausencia de reporte de los casos de violencia sexual¹¹⁵. Sin duda, la falta de disponibilidad de estos medicamentos compromete seriamente la adecuada atención de las víctimas de violencia sexual, dado que la falta de acceso a los mismos se puede traducir en embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

¹¹⁵ Defensoría del Pueblo. Reporte de supervisión entrega de kits de emergencia para la atención de casos de violencia sexual, Lima, Adjuntía para los Derechos de la Mujer, Serie Igualdad y No Violencia n.º 016 Autonomía física, Reporte de Adjuntía N° 007-2019-DP/ADM, noviembre 2019, pp.29-31

Sobre las cantidades de entrega de kits durante el 2019 hasta febrero de 2022

En cuanto a las cantidades de entrega de kits de emergencia a las víctimas de violación sexual de los años 2019, 2020, 2021, y de enero-febrero 2022, se reportó lo siguiente:

Cuadro N° 30: Cantidades de entrega de kits durante el 2019 y febrero de 2022

Región	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022 (enero y febrero)	Total por región
Áncash	2	2	5	6	15
Arequipa	3	15	34	4	56
Ayacucho	17	17	28	13	75
Cajamarca	0	1	10	1	12
Huancavelica	0	0	0	0	0
Huánuco	1	13	31	6	51
Ica	0	5	13	2	20
Junín	3	2	7	0	12
Loreto	0	0	2	0	2
Pasco	2	1	0	0	3
Puno	0	0	0	0	0
Total por año	28	56	130	32	246

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Ayacucho es la región con mayor número de entregas del kit de emergencia entre el 2019 y la actualidad, con 75 kits entregados en dicho periodo. Esta región es seguida por Arequipa, con 56 kits entregados, y Huánuco, con 51 kits entregados. También se observa un incremento en la cantidad de entrega del kit de emergencia en el año 2021, con 130 kits, lo cual contrasta con los años 2019 y 2020.

Sobre los requisitos de entrega del kit de emergencia

Con relación a la entrega del kit de emergencia, del total de entrevistados/as, el 54.26% sostiene que sí es requisito que la víctima pase por una consulta de planificación familiar para que se le haga entrega del kit que contiene el anticonceptivo oral de emergencia (51 entrevistados/as), mientras que el 41.49% señaló que no es requisito (39 entrevistados/as)¹¹⁶. Un total de 4 entrevistados/as no respondieron.

¹¹⁶ A continuación, se detallan los 51 establecimientos cuyo personal respondió que es requisito que la víctima pase por una consulta de planificación familiar para que se le haga entrega del kit que contiene el anticonceptivo oral de emergencia: 2 de Áncash (Centro de Salud Yugoslavia; Centro de Salud Chasquitambo); 2 de Arequipa (Centro de Salud Ampliación Paucarpata; Centro de Salud Edificadores Misti); 3 de Ayacucho (Centro de Salud Carmen Alto; Centro de Salud Conchopata; Centro de Salud San Juan Bautista); 3 de Cajamarca (Centro de Salud La Encañada; Centro de Salud La Tulpuna; y Centro de Salud San Juan); 2 de Ica (Centro de Salud Parcona; Centro de Salud Pueblo Nuevo); 6 de Huancavelica (Centro de Salud Ayaccocha; Centro de Salud Ccasapata;

Llama la atención que la mayoría de entrevistados/as consideren tal requisito, cuando no se encuentra contemplado en ninguna norma específica vinculada a la provisión de los kits de atención de la violencia sexual. Según lo establecido en el “Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de salud (EESS) para la atención a las víctimas de violencia”, el establecimiento de salud debe informar a la víctima de violencia sexual sobre el derecho a recibir tratamiento frente a infecciones de transmisión sexual, antirretrovirales, anticonceptivo oral de emergencia y otros, los cuales se administran previo consentimiento informado¹¹⁷. En ese marco, el establecimiento proporciona el kit de emergencia y lleva a cabo los exámenes pertinentes para evitar enfermedades de transmisión sexual¹¹⁸.

Resulta preocupante que gran parte del personal de salud entrevistado comparta la creencia de la obligatoriedad de la consulta de planificación familiar. Especialmente, llama la atención que en todos los establecimientos de las regiones como Huancavelica y Pasco exista consenso sobre su obligatoriedad. Aquello puede repercutir en la actuación oportuna y adecuada para la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, comprometiendo significativamente los derechos sexuales y reproductivos de las víctimas de violencia sexual. Asimismo, revela la necesidad de fortalecer las capacitaciones desde los principios de debida diligencia y no revictimización.

6.1.1.1. Identificación de problemáticas específicas vinculadas al Covid-19

Dentro de los problemas que se agudizaron durante la pandemia en cuanto al servicio de salud sexual y reproductiva, el 75.53% de entrevistados/as refirió que fue la imposibilidad de realizar visitas informativas casa por casa, lo que ha dificultado y reducido la provisión de consejería. Asimismo, el 51.06% resaltó el déficit de personal para la atención, mientras que el 36.17% coincidió en el limitado o inexistente uso de modalidades alternativas como distribución comunitaria de insumos, información a través de medios de comunicación o redes sociales.

Dentro de los efectos de la agudización de los problemas en cuanto al servicio de salud sexual y reproductiva, el 90.43% de entrevistados/as sostuvo que se encontraban los embarazos no deseados o planificados, mientras que el 34.04% indicó que se encontraba el aumento del contagio de infecciones de transmisión sexual. Entre los ejemplos adicionales mencionados en respuesta a preguntas abiertas respecto a los efectos, los/as entrevistados/as indicaron el incremento de casos de aborto, de complicaciones en el parto y del embarazo adolescente. Asimismo, se mencionó la ocurrencia de migraciones de otras jurisdicciones para atención de controles ginecológicos, de embarazos, partos y planificación (lo que también originó la aparición e incremento de enfermedades de transmisión sexual).

Dentro de los mecanismos implementados durante la pandemia para contribuir a garantizar la atención en el servicio de planificación familiar, las y los entrevistados han referido las

Centro de Salud Huando; Centro de Salud San Cristobal; Centro de Salud Santa Ana y Centro de Salud Yauli); 10 de Huánuco (Centro de Salud Supte San Jorge; Centro de Salud Puerto Inca; Centro de Salud Tournavista; Centro de Salud Yuyapichis; Centro de Salud Acomayo; Centro de Salud Margos; Centro de Salud Perú Corea; Centro de Salud Amarilis; Centro de Salud Ambo y Centro de Salud Las Moras); 7 de Junín (Centro de Salud San Agustín de Cajas; Centro de Salud Pedro Sánchez Meza; Centro de Salud David Guerrero Duarte; Centro de Salud Huancan; Centro de Salud Juan Parra del Riego; Centro de Salud Pilcomayo y Centro de Salud San Jerónimo); 3 de Loreto (Centro de Salud 9 de Octubre; Centro de Salud América; Centro de Salud San Antonio); 8 de Pasco (Centro de Salud Huariaca; Centro de Salud Paucartambo; Centro de Salud Pozuzo; Centro de Salud Puerto Bermudez; Centro de Salud Santa Ana de Tusi; Centro de Salud Uliachin; Centro de Salud Virgen del Carmen y Centro de Salud Freddy Vallejos Oré); y 6 de Puno (Centro de Salud San Juan; Centro de Salud Acora; Centro de Salud José Antonio Encinas; Centro de Salud Masiapo; Centro de Salud Simón Bolívar y Centro de Salud Yanahuaya).

117 MINSa. Decreto Supremo N° 008-2019-SA. Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS 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° 30364, y personas afectadas por violencia sexual. 17 de abril de 2019, capítulo XVI, i).

118 Ibíd, capítulo XVI, j).

teleconsultas (62.77%), las citas en establecimientos (60.64%), las llamadas a pacientes a línea gratuita de atención (54.26%), las visitas a domicilio (36.17%) y otros (29.79%).

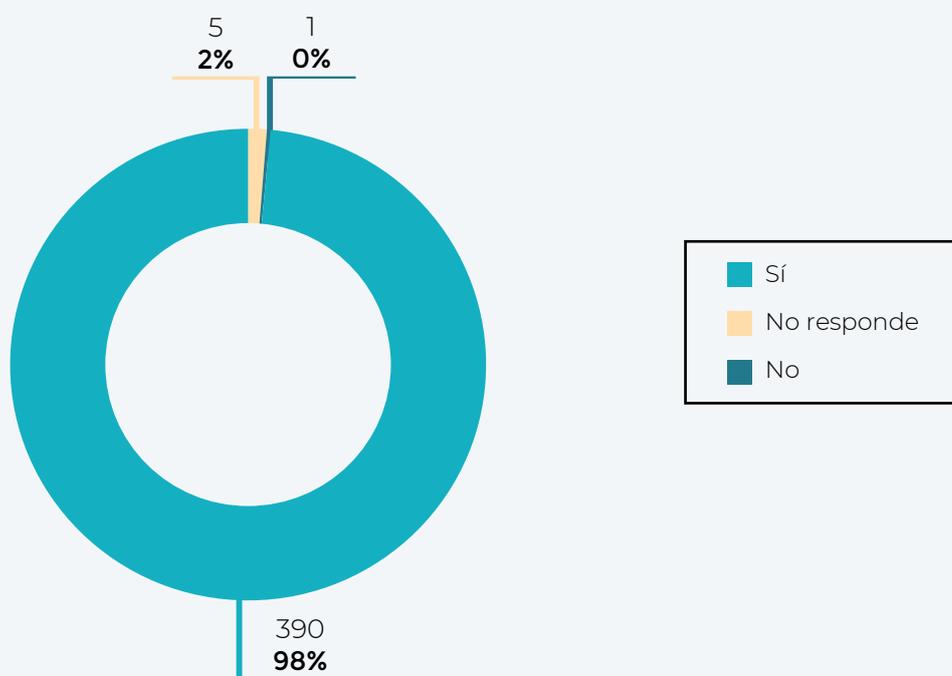
6.2.2. Percepciones de las usuarias respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad/adaptabilidad y calidad del servicio de planificación familiar

Las y los usuarios receptores de estos servicios son personas entre 16 a 59 años de edad, de 11 regiones del país¹¹⁹ que han accedido a diferentes centros de Establecimiento de Salud (I-3 E I-4) y que han consentido voluntariamente contestar algunas preguntas elaboradas por la Adjuntía para los Derechos de la Mujer con la finalidad de recabar y analizar información sobre la forma en la que se vienen ofertando los servicios de salud sexual y reproductiva, de conformidad con los cuatro elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad desarrollados en la Observación General N° 22, de marzo de 2016, del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, sobre salud sexual y reproductiva.

6.2.2.1. El carácter esencial del servicio de salud sexual y reproductiva y los servicios de planificación familiar

El 98.48% de las y los usuarios consultados refirieron que el servicio de planificación familiar resulta importante, principalmente para la planificación familiar, evitar embarazos no deseados y tener un mayor control de natalidad. Llama la atención que sean usuarias de las regiones de Pasco (5.23%) y Puno (7.5%) las que no contestaron sobre su importancia, teniendo estas entre 17 y 27 años de edad.

Gráfico N° 2: Importancia del servicio de planificación familiar



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

119 Áncash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Puno, Huancavelica, Huánuco, Ica, Junín, Loreto, Pasco.

Este dato no es menor en un país en donde se estima que hay alrededor de 1, 619,300 mujeres con necesidades insatisfechas de planificación familiar de métodos modernos¹²⁰ y con una prevalencia del 78.1% en el uso de métodos de planificación familiar (ENDES 2021), entre modernos y tradicionales. Aunque dicha incidencia ha mejorado respecto del 2020 (77.4%), persiste la necesidad de mejorar la concientización y conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos, enfocado en las regiones con zonas predominantemente rurales.

Aun cuando se haya incrementado el uso en los métodos de planificación familiar, será necesario analizar la forma en la que dicho uso se enmarca en los ideales de fecundidad de las mujeres peruanas, el acceso a los servicios y la disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad que las usuarias han percibido por parte de los servicios de salud.

Así, por ejemplo, el INEI detalla que, en el año 2021, la tasa global de fecundidad para los tres años anteriores fue 2.0 hijos/as por mujer, mientras que la deseada alcanzó 1.3. hijos/as. A su vez, por quintiles de riqueza la tasa global de fecundidad en el quintil más pobre era de 2.8 hijos/as por mujer, revelando que el nivel socioeconómico repercute en el comportamiento reproductivo¹²¹. Por ello, es necesario resaltar la importancia de los servicios de salud pública en planificación familiar, más aún si consideramos que de lo señalado por el INEI, en el año 2021, el mayor proveedor de métodos anticonceptivos modernos en el país fue el sector público (49,7%), mientras que el sector privado atendió un 48,5% y en este último, las farmacias/boticas suministraron una cantidad importante de anticonceptivos a la población (43.0%).

La situación relatada da cuenta de la importancia de garantizar el acceso universal a la planificación familiar, para lo cual se deberá analizar si el Estado cuenta con los recursos suficientes en su sistema de salud (incluido el personal), desarrolla una oferta adecuada, facilita el acceso, y presta servicios adaptados a las diferentes capacidades de las personas, creando entornos favorables para todos los grupos de personas en situación de vulnerabilidad de ejercer plenamente sus derechos sexuales y reproductivos.

6.2.2.2. Disponibilidad en los métodos de planificación familiar

De acuerdo a lo señalado por el Comité DESC, en su Observación General N° 14 anteriormente citada, debe entenderse por disponibilidad la obligación de cada Estado de contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos y centros de atención de la salud, así como de programas. Esta exigencia es aplicable a los deberes del Estado en relación con el derecho a la salud sexual y reproductiva.

En tal sentido, de acuerdo con la información brindada a través de las fichas planteadas a las usuarias y usuarios de los servicios de planificación familiar, se advierte que existen serios problemas respecto de:

a. Suficiente personal y horarios para la atención

Respecto de esta situación, si bien en las fichas no se ha considerado una pregunta expresa que permita analizar si las usuarias y usuarios consideraron adecuada la disponibilidad de personal, al momento que se les realizó la consulta sobre cómo mejorar la calidad en la atención del servicio de planificación familiar, el 30.23% de quienes contestaron señalaron su preocupación y solicitaron que se amplíen los horarios de atención, asimismo se invocó a que el MINSa pueda

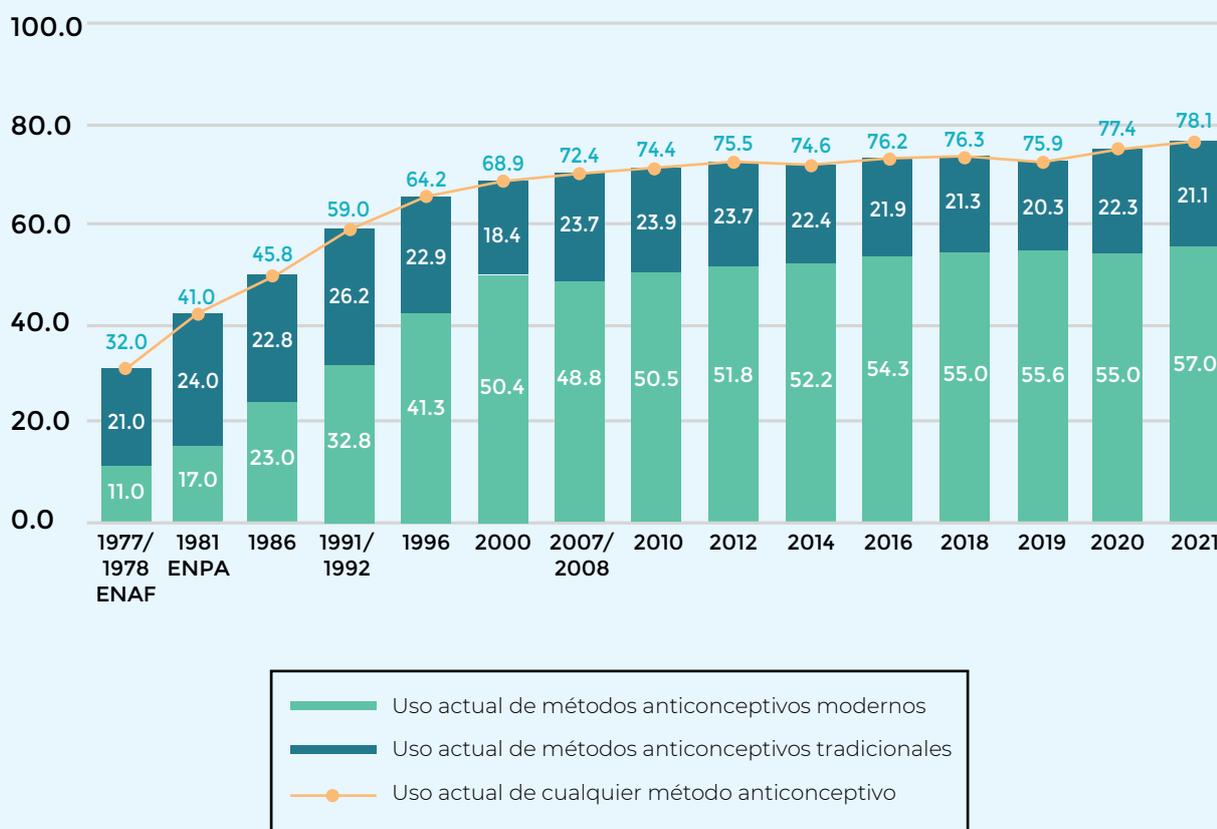
¹²⁰ Salud con Lupa. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/peru-retrocedio-cinco-anos-en-acceso-a-metodos-anticonceptivos-durante-la-pandemia/>

¹²¹ INEI (2022). Informe "Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales", pág. 147.

contar con mayor personal a fin de que las usuarias y usuarios puedan gozar de una mejor atención, pues advierten que muchas de ellas pierden sus citas por emergencias ginecológicas, deben esperar por largas colas, o no reciben la suficiente información porque el personal tiene alta demanda de atención.

Esta situación afecta claramente los derechos sexuales y reproductivos, que tendría su correlato en el bajo nivel del uso de los métodos modernos en el Perú, tal como lo advierte el INEI en su informe "Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales"¹²².

Gráfico N° VI.17
Perú: Uso de algún método anticonceptivo por las mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente unidas, 1977-2021 (Porcentaje)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).

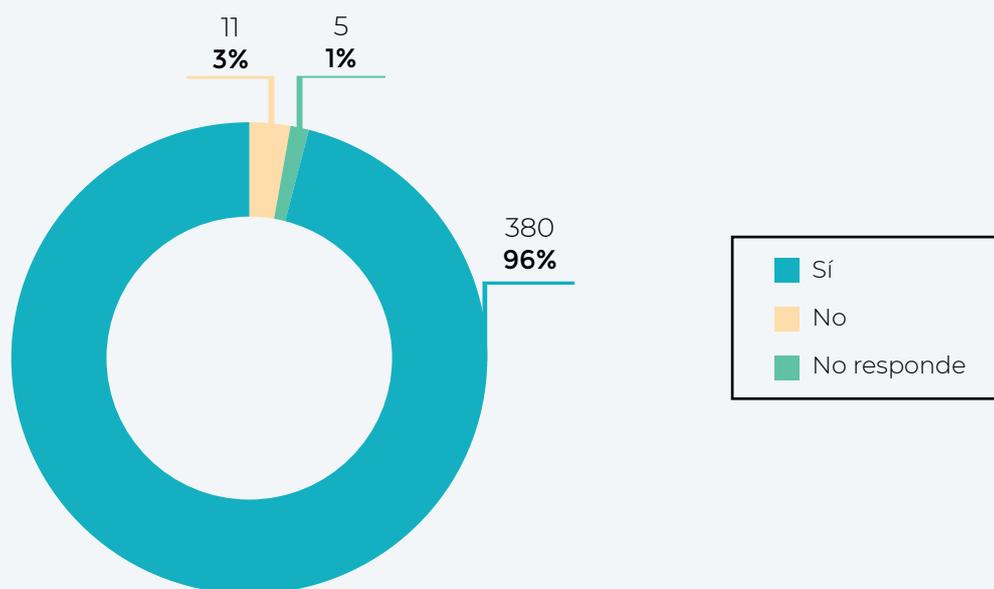
Pero esta situación no es la única que se advierte. De igual manera, muchas de las y los usuarios advierten un problema con los espacios donde son atendidos, como la falta de privacidad, ventilación e iluminación. Estas condiciones están estrechamente vinculadas a la prestación del servicio, siendo para ello indispensable contar con espacios adecuados que permitan mantener y atender a las personas resguardando su privacidad y reserva sobre su salud sexual y reproductiva.

122 INEI (2022). Informe "Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales", pág. 136.

b. Suficiente suministro de los métodos anticonceptivos

Un factor no menos importante es el mencionado por las usuarias y usuarios sobre la disponibilidad de los métodos anticonceptivos. Tal es así que si bien el 95.96% de usuarias y usuarios señaló haber podido acceder al método anticonceptivo recomendado, un 2.78% (11) señalaron que no lograron acceder a dicho método.

Gráfico N° 3: Acceso a los anticonceptivos recomendados



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Esta situación se condice con lo señalado por las usuarias al ser consultadas si se les negó algún método de planificación familiar. Al respecto, de las 22 que refirieron que sí se les negó, 12 señalaron que fue por no tener disponibilidad en el centro de salud.

Es importante señalar que el desabastecimiento por problemas en el suministro viene siendo advertido por PROMSEX desde el 2020, en su informe "Informe de la situación del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia del Covid-19 en el Perú"¹²³. Asimismo, la Defensoría del Pueblo ha solicitado al MINSA la situación actual de los métodos anticonceptivos, en donde se observa una escasez o carencia de algunos productos indispensables en el tratamiento de la salud sexual y reproductiva como son:

- Pruebas rápidas para hepatitis B.
- Pruebas rápidas para VIH 1-2 y sífilis
- Preservativo femenino
- Jeringas descartables 3 ml con aguja 21G x 1 ½, entre otras

¹²³ <https://promsex.org/publicaciones/informe-de-la-situacion-del-acceso-a-los-servicios-de-salud-sexual-y-reproductiva-durante-la-pandemia-de-covid-19-en-el-peru/>

Las principales zonas de *substock* fueron las regiones de Puno, Piura, La Libertad, Áncash, Ica, Loreto, Junín, Huancavelica, Áncash y Arequipa.

Lo expuesto trae como consecuencia que las usuarias y usuarios deban recurrir a otros métodos anticonceptivos que no necesariamente sean los más recomendados para ellas y ellos. El INEI da cuenta que entre los métodos modernos más usados están la inyección y el condón masculino, y advierte que el uso del dispositivo intrauterino-DIU es el que ha disminuido en el periodo de 1991 al 2021 pasando del 13.4 al 1.7% (-11.7% puntos porcentuales)¹²⁴. Sin embargo, no se hace referencia a la creciente reducción de disponibilidad de este método anticonceptivo por parte del Estado. Esto último se condice con la demanda insatisfecha de planificación familiar que actualmente rodea el 5.5% en las mujeres.

Es por ello, que esta situación debe ser puesta de conocimiento al Ministerio de Economía y Finanzas, para que, de la mano con el Ministerio de Salud, puedan trabajar articuladamente para revertirla.

6.2.2.3. Accesibilidad en el servicio de planificación familiar

Tal como mencionábamos líneas arriba, de acuerdo con la Observación General N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; cuando hablamos de disponibilidad nos referimos a que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado. Este criterio presenta cuatro dimensiones superpuestas:

A. No discriminación

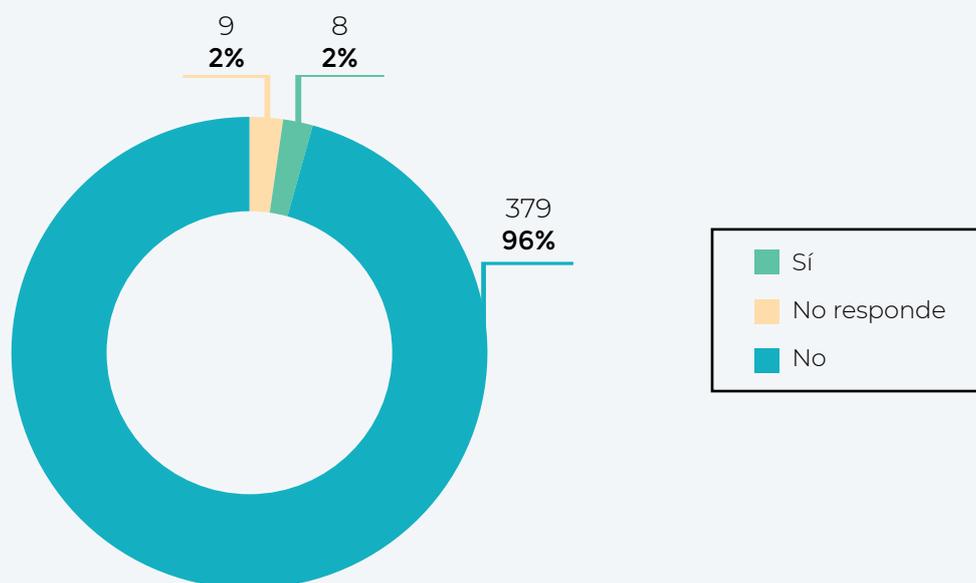
Respecto de este criterio, observamos que algunas de las usuarias entre los 19 y 43 años de las regiones de Ayacucho (2), Ica (3), Loreto (1), Huancavelica (1), Pasco (1) refirieron que se les condicionó la atención en planificación familiar o la aplicación de un método anticonceptivo a que su pareja se encuentre presente.

Este hecho es sumamente grave, pues no solo constituye un acto discriminatorio, sino que además contraviene la normativa interna y la internacional de derechos humanos, por ello, debe buscarse que desde las DIRESAs y el Ministerio de Salud, se lleven a cabo acciones para asegurar la no repetición de actos discriminatorios.

Asimismo, de estas 8 usuarias, 7 fueron atendidas de manera presencial y una de ellas fue atendida de manera mixta. Asimismo, una de ellas no contestó varias preguntas, pero calificó la atención como regular. Otras dos mujeres señalaron que no se les brindó orientación/consejería sobre salud sexual y reproductiva. De igual manera, otras dos mujeres de estas ocho, se sintieron incómodas con los comentarios realizados por el personal de salud.

124 Op. Cit. (2022) INEI. pág. 158.

Gráfico N° 4: Condicionamiento a la atención en planificación familiar



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Pese a que estas 8 mujeres representan únicamente un 2.02% de la muestra, no se puede dejar de mencionar, pues esta situación repercute directamente en sus derechos sexuales y reproductivos, en el derecho a la vida privada (Caso Artavia Murillo vs. Costa Rica), en la vulneración del artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer que establece el derecho a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. En tal sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N° 22 CDESC de marzo del 2016, señaló que el cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres constituye un presupuesto primordial para alcanzar el cumplimiento de todos los otros derechos humanos.

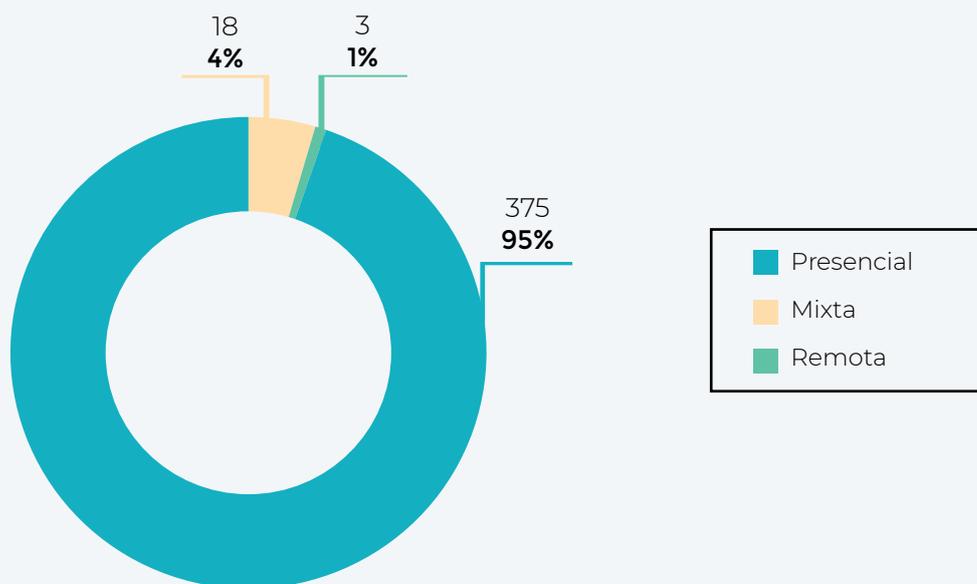
B. Accesibilidad física

Respecto de este criterio, analizaremos el acceso a las que hicieron referencia las usuarias sobre la posibilidad de atención frecuente, la forma de atención y la forma de acceso a los métodos anticonceptivos durante la pandemia.

En tal sentido, el 94.7% de las usuarias refirieron haberse atendido de manera presencial, situación que ha mejorado en comparación a lo señalado en el Informe 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 (Informe de Adjuntía N° 013-2021-DP/ADM), en el que se apuntó haberse cambiado la consulta presencial por la remota al haberse encontrado en cuarentena.

No obstante, un grupo bastante reducido de usuarias (3) entre 25 y 30 años mantuvo su atención como remota (0.76%) pertenecientes a las regiones de Huánuco (3) y de Ica (1); mientras que otro grupo (18) entre 18 y 42 años tuvo una atención mixta (4.55%) en las regiones de Ayacucho (10), Huánuco (6), Cajamarca (1) y Huancavelica (1). Cabe recalcar que estos dos grupos de mujeres señalaron haber sido atendidas de manera frecuente en el servicio.

Gráfico N° 5: Manera de atención a usuarias



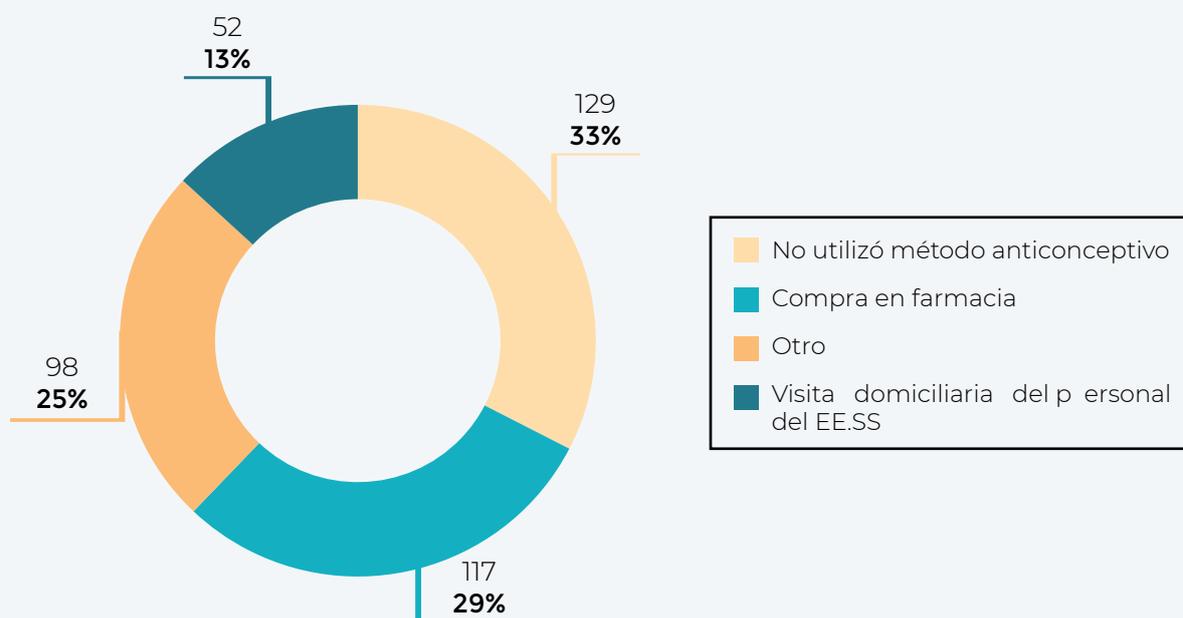
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Asimismo, de las 396 usuarias y usuarios consultados, el 85.61% (339) señalaron ser atendidos de manera frecuente en el servicio de planificación familiar, sin embargo, el 14.39% (57) refirió no haber sido atendida de manera frecuente. En este último grupo es necesario advertir que todas fueron mujeres entre 17 y 59 años de las regiones de Puno (12), Áncash (10), Loreto (8), Ayacucho (7), Arequipa (4), Huánuco (4), Cajamarca (3), Huancavelica (3), Junín (3), Pasco (2) e Ica (1).

Esta información es relevante en tanto que, de acuerdo a la ENDES 2021, Puno es la región con menor tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos (30.0-37.7%) mientras que regiones como Áncash, Loreto, Huancavelica tienen un porcentaje por debajo del 50% (40.0-49.9%), debiendo realizarse mayores esfuerzos en dichas zonas con la finalidad de mejorar el acceso físico de las usuarias y usuarios a los servicios de planificación familiar.

Gráfico N° 6: Acceso a métodos anticonceptivos durante el Covid-19



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Finalmente, respecto del acceso a los métodos anticonceptivos durante la pandemia preocupa que:

- El 32.58% de las usuarias (129) entre 16 y 59 años de edad, pertenecientes a las regiones de Áncash (5), Arequipa (25), Ayacucho (11), Cajamarca (6), Huancavelica (4), Huánuco (19), Ica (14), Junín (7), Loreto (19) y Pasco (19), refirieron que no utilizaron algún método anticonceptivo,
- El 29.55% (117) de usuarias (114) entre 18 y 49 años y usuarios (3) entre 22 a 34 años, localizados en las regiones de Áncash (7), Arequipa (7), Ayacucho (22), Cajamarca (7), Huancavelica (2), Huánuco (12), Ica (12), Junín (6), Loreto (21), Pasco (20) y Puno (1), refirieron haber accedido a los métodos mediante compra en farmacias, y
- Únicamente un 13.13% (52) de usuarias entre los 17 y 50 años, pertenecientes a las regiones de Áncash (7), Puno (36), Huánuco (8) y Junín (1), fueron atendidas mediante visitas domiciliarias por el personal del EESS.

De la situación descrita, es necesario valorar y reconocer el esfuerzo desplegado por los servicios de planificación familiar en la Región Puno, e invocar a la Región Pasco y Loreto a desarrollar mayores esfuerzos para facilitar el acceso físico a los servicios de planificación familiar de las usuarias y usuarios.

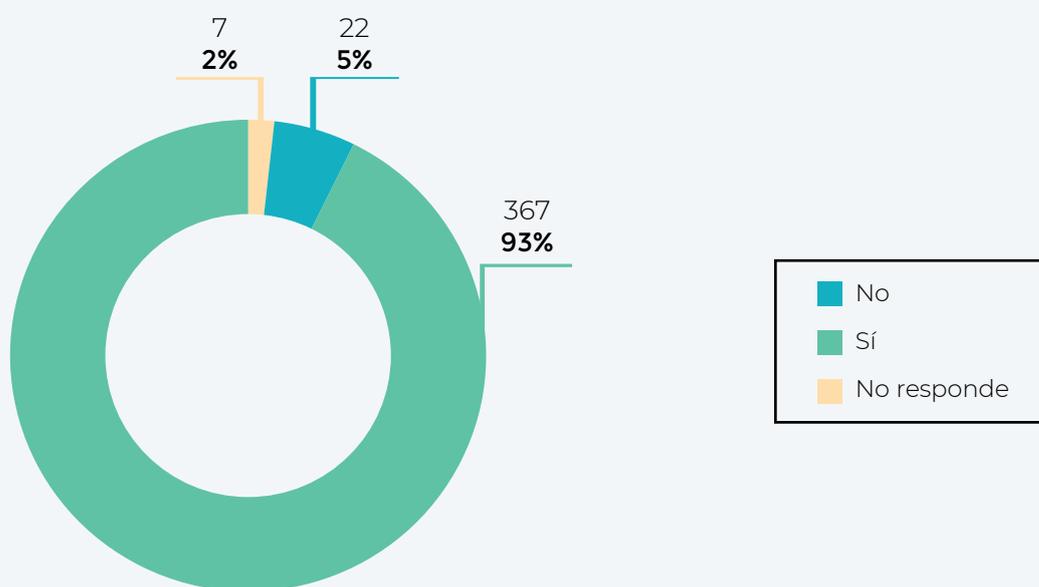
Cabe señalar que, en las fichas aplicadas a las usuarias y usuarios del servicio, no se incorporaron preguntas de autopercepción sobre etnicidad, discapacidad, género u otra pregunta que dé cuenta de si pertenece a un grupo en situación de vulnerabilidad, de ahí que no es posible incorporar un enfoque de interculturalidad o interseccionalidad.

C. Accesibilidad económica

Es importante analizar la información recogida por las OD/MAD respecto del acceso a los métodos de planificación familiar y la forma en la que se accedió a estos, a través de los servicios prestados por el Estado.

Así pues, de las usuarias y usuarios consultados, 92.68% (367) señalaron haber accedido a los métodos de planificación familiar; sin embargo, un 1.77% (7) de usuarias no contestó, mientras que un 5.56% (22)¹²⁵ señalaron que se les negó el acceso a algún método de planificación familiar.

Gráfico N° 7: Acceso a los métodos de planificación familiar



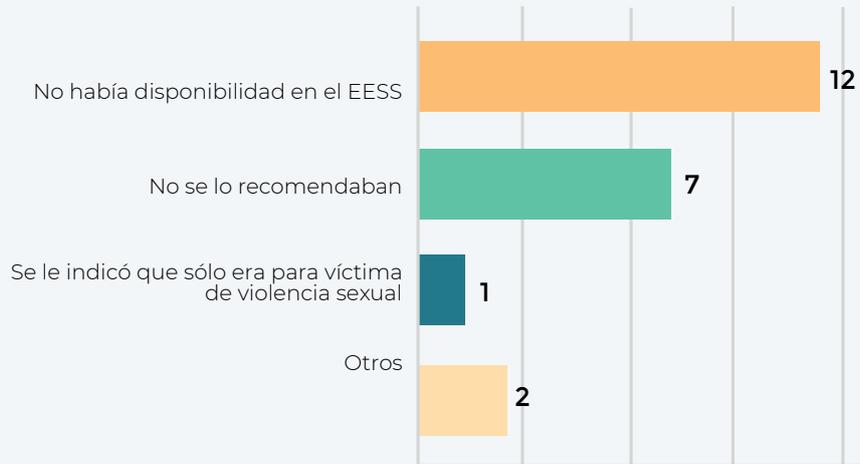
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

No obstante, en este grupo de usuarias entre 17 y 35 años, de las regiones de Arequipa (1), Ayacucho (2), Cajamarca (2), Huánuco (2), Huancavelica (3), Ica (4), Loreto (1), Pasco (3) y Puno (4) señalaron que no pudieron acceder por las siguientes razones:

¹²⁵ Las usuarias que señalaron se les negó el acceso a los métodos anticonceptivos son: Huánuco (2), Arequipa (1), Ayacucho (2), Cajamarca (2), Puno (4), Huancavelica (3), Ica (4), Loreto (1) y Pasco (2).

Gráfico N° 8: Razón de negación de acceso

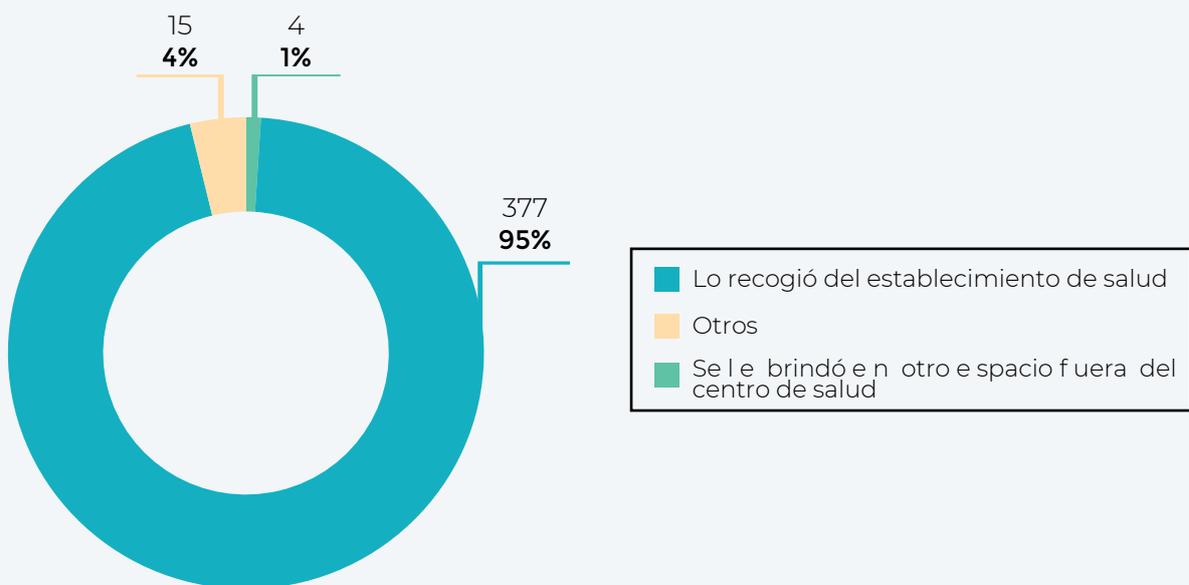


Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Esta situación da cuenta de una situación de desabastecimiento de los métodos anticonceptivos en dichas regiones (Puno (3), Ica (2), Arequipa (1), Huancavelica (1), Huánuco (1)), obligándolas a acudir a otras fuentes de suministros o a otros centros de salud distintos a aquellos en los que son usualmente atendidas, tal como se observa del siguiente cuadro.

Gráfico N° 9: Acceso a métodos anticonceptivos



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Así pues, las usuarias señalaron que para poder acceder al método anticonceptivo recomendado tuvieron que, en algunos casos, acudir a la farmacia, volver en una fecha posterior, no usar ningún tipo de método y en varios casos no se precisó cómo se accedió a él o si se logró acceder al mismo.

Cuadro N° 31: Formas de acceder al método anticonceptivos

Pregunta 14	Número de usuarias/os
Aplicaron el método en el establecimiento	1
Compró en farmacia	1
El método era para su hija y ella lo recogió en el centro de salud	1
No precisa	5
No usa	1
Se colocó inyección en el establecimiento	1
Se lo colocaron en el EESS	1
Sin respuesta	8
Su pareja lo recoge en el centro de salud	1
Volvió en una fecha posterior para recoger método en el centro de salud	1
Total general	21

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Lo expuesto da cuenta de la importancia que tiene el aspecto económico en las usuarias y usuarios para el acceso a los métodos de planificación familiar, razón por la cual, debe recomendarse al Ministerio de Salud una mejor provisión de dispositivos anticonceptivos, de manera que se pueda cumplir con lo señalado por el Comité para el cumplimiento de la Convención para la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), en su Recomendación General N° 24, sobre la “Mujer y la Salud”, en referencia a la obligación de los Estados parte de garantizar el acceso a servicios de salud en calidad, oportunidad y asequibilidad.

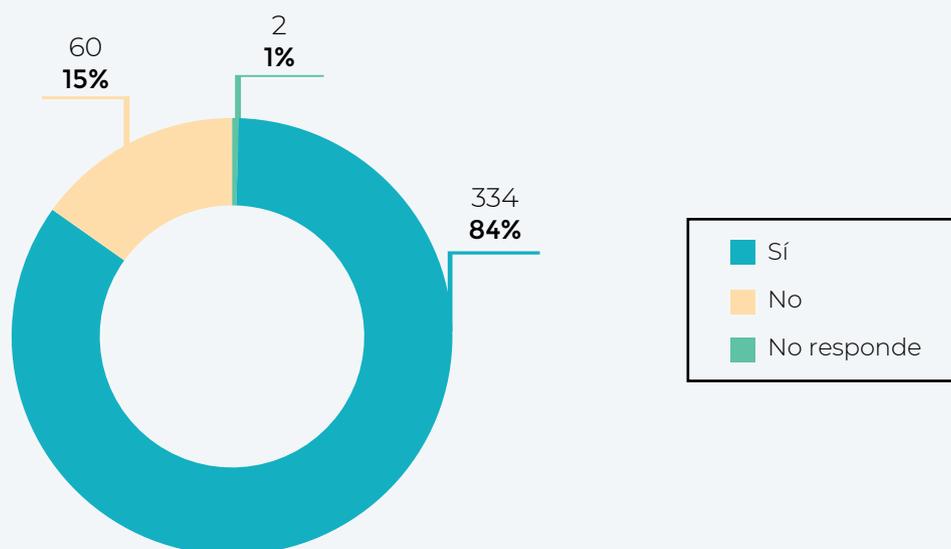
Esta situación se ve reflejada, como advierte el reportaje del portal “Salud con Lupa”, en que la mayoría de las mujeres consigue sus métodos anticonceptivos con sus propios ingresos. De cada 10 mujeres que sí tienen acceso a dichos métodos, seis los compran en farmacias o boticas. Así, PROMSEX advirtió que de una encuesta realizada a 311 mujeres que suelen comprar métodos anticonceptivos en farmacias y boticas, se encontró que el 47% divisó un importante aumento de precios, afectando la continuidad en su uso o compra¹²⁶.

¹²⁶ Salud con Lupa. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/peru-retrocedio-cinco-anos-en-acceso-a-metodos-anticonceptivos-durante-la-pandemia/>

- **Acceso a la información**

Respecto del acceso a la información, se advierte que el 84.34% (334) de usuarias y usuarios señalaron haber obtenido orientación/consejería sobre salud sexual y reproductiva en el servicio de planificación familiar, mientras que un 15.15% (60) de usuarias señalaron que no se les brindó dicha información.

Gráfico N° 10: Porcentaje de usuaria/os que recibieron orientación/consejería sobre salud sexual en el servicio de planificación familiar



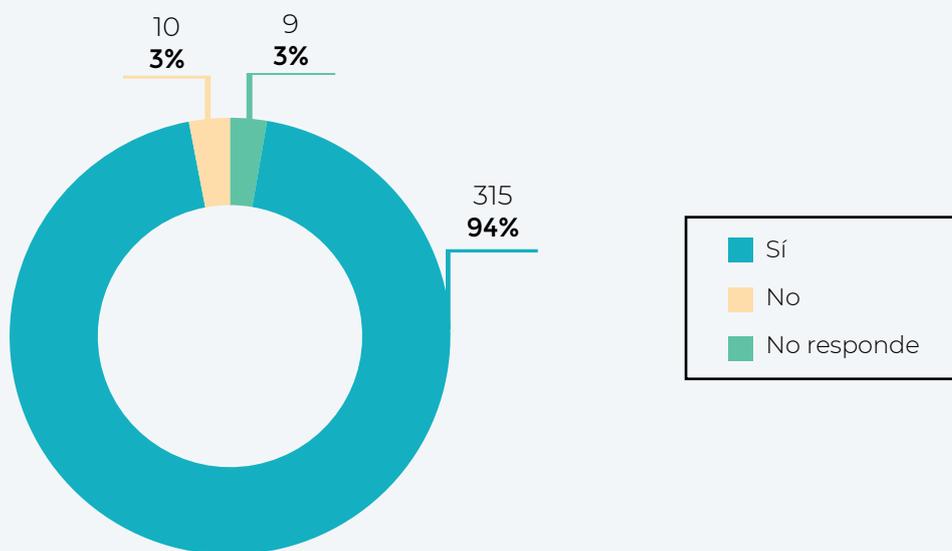
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

De este último grupo de usuarias entre 20 y 45 años de las regiones de Arequipa (16), Ayacucho (2), Cajamarca (14), Huancavelica (2), Huánuco (1), Ica (19), Loreto (2), Junín (2) y Puno (2), 12 señalaron haber recibido material informativo en forma de folletos, dípticos o trípticos y rotafolios.

De los 334 usuarios y usuarias que sí recibieron orientación/consejería, 10 (2.99%) señalaron no haber entendido toda la información por falta de claridad o precisión, siendo principalmente de la región de Ica (3) quienes más presentan este problema.

Gráfico N° 11: Respuesta a si la información fue clara y precisa



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

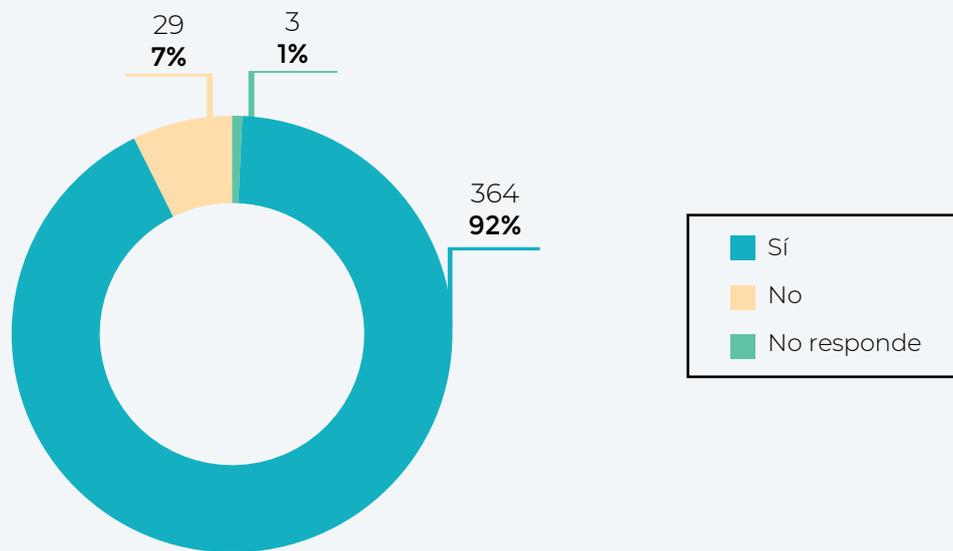
Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Esta situación genera un problema no solamente en cuanto al acceso a la información básica para ejercer sus derechos de manera informada y consciente, sino que además contraviene el artículo 6 de la Ley General de Salud, en la que se establece que “Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar”.

Por ello, se advierte de la gravedad de esta situación y se invoca al personal de salud a utilizar un lenguaje sencillo y de la manera más clara, el otorgamiento de información relacionado a los métodos anticonceptivos, con la finalidad de permitir el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los usuarios, el mismo que debe ser apoyado de material informativo como folletos, dípticos, trípticos, entre otros.

Asimismo, preocupa que 29 (7.32%) usuarias hayan reportado que no se les informó de los diversos métodos anticonceptivos, y de estas 23 (79.31%), que no se les haya informado sobre los beneficios y riesgos de cada uno de los métodos anticonceptivos.

Gráfico N° 12: Información de los diversos métodos anticonceptivos a los que se puede acceder

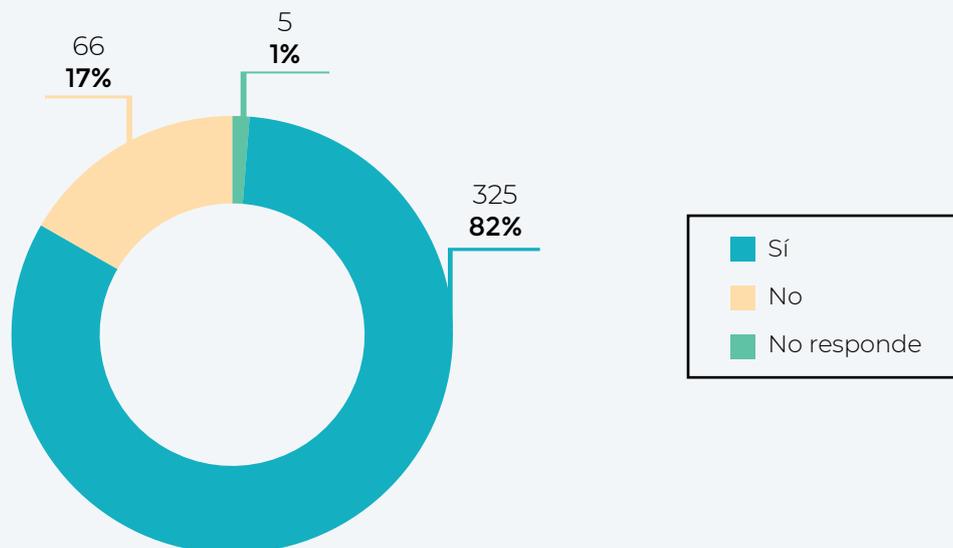


Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Sin perjuicio de lo anteriormente señalado, del total de usuarias y usuarios atendidos, se reportó que el 82.07% (325) sí recibió información sobre los beneficios y riesgos de cada uno de los métodos anticonceptivos, aun cuando el 16.67% (66) de usuarias entre 18 y 44 años, principalmente de las regiones Cajamarca, Ica y Ayacucho, no lo hicieron.

Gráfico N° 13: Información sobre beneficios y riesgos de los métodos anticonceptivos



Elaboración. Defensoría del Pueblo. Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Estas cifras sobre el servicio, pueden impactar en la discontinuidad del uso de métodos anticonceptivos, tal como advierte el INEI en el ENDES 2021, en tanto que un grupo de mujeres discontinuaron el uso por una cuestión relacionada con el método (12,9%), otro grupo por razones relacionadas con la fecundidad (10,6%), mientras que un tercer grupo señaló como razón los efectos secundarios y/o razones de salud (9,5%), y finalmente un cuarto grupo advirtió como razón la falla del método (5,3%). Esta situación puede ser mejorada si las usuarias y usuarios del servicio tienen mayor y mejor información al momento de tomar una decisión sobre el tipo de método anticonceptivo que utilizarán, por ello es sumamente importante que el personal de salud tome las medidas necesarias para mejorar esta situación.

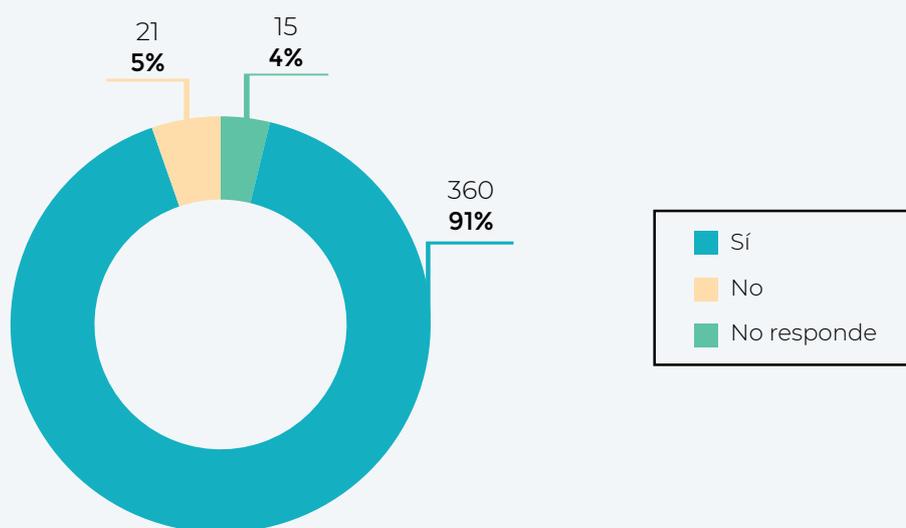
6.2.2.4. Calidad del servicio de planificación familiar

De igual manera, el Comité CEDAW ha señalado que, respecto de la calidad de los servicios en materia de salud sexual y reproductiva, los Estados deben informar sobre las medidas adoptadas para garantizar el acceso a los servicios de atención médica de calidad, debiendo tener en cuenta sus necesidades y perspectivas.

Asimismo, el Comité DESC ha destacado que, “los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser de buena calidad, lo que significa que tendrán una base empírica y que serán adecuados y estarán actualizados desde un punto de vista científico y médico. Esto requiere un personal de atención de la salud formado y capacitado, así como medicamentos y equipo científicamente aprobados y en buen estado. El hecho de no incorporar o rechazar los avances y las innovaciones tecnológicas en la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, como los medicamentos en relación con el aborto legal, la asistencia médica para la procreación y los avances en el tratamiento del VIH y el sida, pone en peligro la calidad de la atención”¹²⁷.

Como podemos observar de las fichas cursadas a las usuarias y usuarios, el 5.30% (21) señaló no sentirse cómoda o libre de hacer preguntas ante el personal de salud. Cabe precisar que de dicho total, el 61.90% (13) refirió que el motivo fue por el trato recibido de parte del personal de salud.

Gráfico N° 14: Comodidad en el servicio de planificación familiar



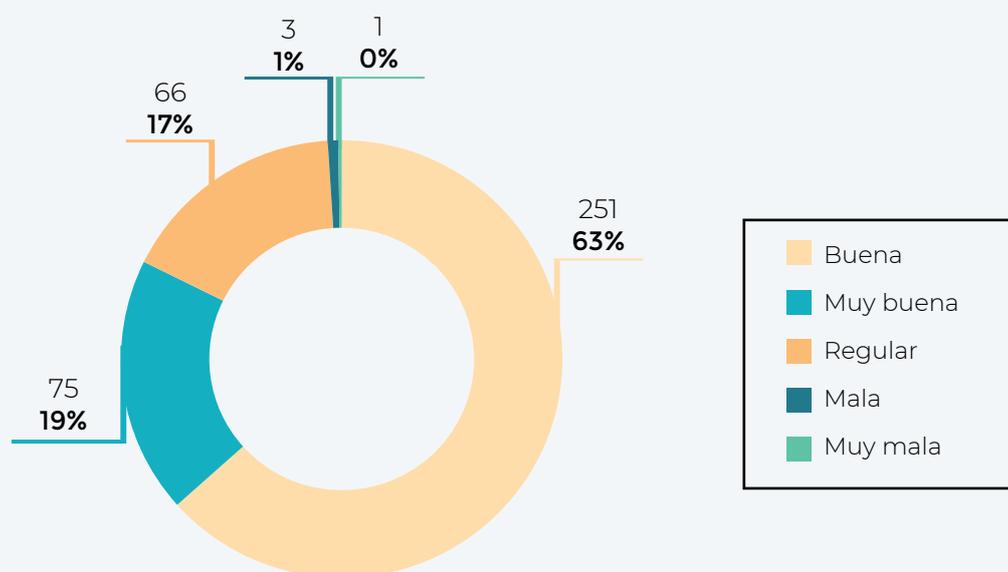
Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

127 Op. Cit. E/C.12/GC/22, párr. 21.

No obstante, al ser preguntadas sobre la calificación en la atención del servicio un 63.38% (251) señaló que era buena, un 18.94% (75) indicó que era muy buena; un 16.67% (66) advirtió que era regular y solo un 0.25% (1) denunció que era muy mala.

Gráfico N° 15: Atención en el servicio de planificación familiar



Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

Sin perjuicio de ello, llama la atención que cuando fueron consultadas sobre qué mejoraría en la calidad en la atención del servicio de planificación familiar, más del 50% de las personas que respondieron hicieron hincapié en la necesidad de mejorar la calidad del servicio a través del trato, la forma en la que se realiza la atención, entre otros.

Esta situación debe ser tomada en consideración al momento de capacitar al personal de salud en la forma en la que se brinda el servicio de planificación familiar.

6.2.2.5. Adaptabilidad en los servicios de planificación familiar

Finalmente, respecto de la adaptabilidad o aceptabilidad en los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, el Comité DESC, ha señalado que “todos los establecimientos, bienes, información y servicios relativos a la salud sexual y reproductiva deben ser respetuosos con la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades y tener en cuenta las cuestiones de género, edad, discapacidad, diversidad sexual y ciclo vital. Sin embargo, ello no se puede utilizar para justificar la negativa a proporcionar establecimientos, bienes, información y servicios adaptados a grupos específicos”¹²⁸.

Es necesario advertir que en las fichas para usuarias no se ha considerado información de autopercepción sobre discapacidad, diversidad sexual, multiculturalidad, entre otros. En tal sentido, pese a que existen documentos que integran la atención con pertinencia de los enfoques

¹²⁸ Op. Cit. E/C.12/GC/22, párr. 20.

de derechos humanos, género, interculturalidad e interseccionalidad, para que se apliquen de manera adecuada estos enfoques, deben ir acompañados de capacitación y sensibilización al personal de salud, y profesionales obstetras.

6.2.3. Análisis comparativo entre la información proveída por el personal del servicio de planificación familiar y la información proporcionada por las usuarias del servicio

Después de haber revelado los principales hallazgos en cada sector entrevistado (personas usuarias y personal de salud), corresponde hacer un cruce de información entre ambos grupos con la finalidad de encontrar las principales coincidencias, complementos o contradicciones respecto al servicio de planificación familiar brindado en el período materia del presente informe.

6.2.3.1. Sobre la importancia de la salud sexual y reproductiva

Las personas trabajadoras y usuarias de los servicios de salud a nivel nacional, casi en su totalidad, coinciden en que sí es relevante el servicio de salud sexual y planificación familiar. Algo importante a resaltar es que la razón de las personas usuarias para responder de esta manera radica principalmente en cuidarse de embarazos no deseados para proveer de mejor calidad de vida a sus hijos e hijas y, en menor proporción, mencionan que este servicio es importante para prevenir las ITS.

Llama la atención que sean usuarias de las regiones de Pasco (5.23%) y Puno (7.5%) las que no contestaron sobre su importancia, teniendo estas entre 17 y 27 años de edad. Sobre este panorama, se recomienda que la difusión de la importancia de la salud sexual y reproductiva esté acompañada de políticas, programas y servicios claves que contribuyan en garantizar este derecho fundamental.

Por su parte, las personas trabajadoras de servicios de salud tienen diversas razones para considerar esencial este servicio; por ejemplo, el diagnóstico de enfermedades previas y a tiempo, el control de la natalidad, el aspecto de la salud emocional y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, a partir de los resultados de supervisión se advierte una serie de dificultades que evidenciarían que el tema salud sexual y reproductiva no es prioridad en el servicio de salud; por ejemplo, si bien el personal de salud se encuentra capacitado respecto a la teoría de este tema, no están haciendo llegar de manera eficiente esta información a las y los usuarios de los establecimientos de salud.

6.2.3.2. Sobre la entrega de materiales informativos del servicio de planificación familiar

En relación a la entrega de materiales informativos del servicio de planificación familiar, las usuarias respondieron que a más de la mitad de personas encuestadas (229) sí se les habría entregado información del servicio, mientras que 167 personas usuarias (42.17%) manifestaron que no se les habría realizado dicha entrega¹²⁹. En relación a los materiales, destacan la entrega de folletos (83.41%), dípticos (39.80%), rotafolios (13.54%) y maquetas (10.92%).

Por otro lado, de 94 personas trabajadoras de establecimientos de salud encuestadas, el 96.8% afirma que en sus establecimientos de salud se cuenta con al menos una de las opciones mencionadas de difusión (folletos, dípticos, rotafolios y maquetas). Así, en relación a los tipos de materiales, el 80.85% del personal de salud entrevistado manifestó que se contaban con folletos, el 73.40% con dípticos, el 74.47% con rotafolios y el 55.32% con maquetas

129 Dichas 167 usuarias pertenecen a las regiones de Áncash, Arequipa, Ayacucho, Puno, Huancavelica, Ica, Huánuco, Junín y Loreto.

En ese sentido, es un hecho que los establecimientos de salud cuentan con los materiales del servicio de planificación familiar; sin embargo, cerca de la mitad de las personas usuarias entrevistadas manifestaron no haber recibido algún material sobre planificación familiar. La provisión de materiales debe tener en cuenta la cantidad de usuarios/as que visitan cada establecimiento; de esta manera, todas las personas serán beneficiadas y la información compartida tendrá mayor alcance.

6.2.3.3. Sobre las obligaciones del personal de salud (vinculadas al conocimiento de las normas y capacitación)

El personal de salud manifiesta conocer los protocolos y normativas vinculadas a la salud sexual y reproductiva y, en concreto a la normativa de planificación familiar en su totalidad, salvo una persona. De las 93 personas que tienen conocimiento de la normativa, todas conocen al menos alguna norma, más no la totalidad. Así, 82 personas conocen la Norma Técnica de Salud: Criterios y estándares de evaluación de servicios diferenciados de atención integral de salud para adolescentes (Resolución Ministerial N° 503-2012-MINSA), 85 personas conocen la Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar (Resolución Ministerial 652-2016/MINSA), 78 personas conocen la Directiva Sanitaria para la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia por el Covid-19 (Directiva N° 131-MINSA/2021/DGIESP), 74 personas conocen la Directiva Sanitaria para la prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por el Covid-19 (Directiva Sanitaria 097-MINSA/2020/DGIESP), 78 personas conocen la Directiva Sanitaria para el monitoreo y seguimiento de la morbilidad materna extrema en los establecimientos de salud. (Directiva Sanitaria (098-MINSA/2020/DGIESP), 82 personas conocen la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual (N° 164-MINSA-2020/DGIESP), y 88 personas conocen la Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de Violencia Sexual" (RM N° 227-2019/MINSA).

Además, en menor proporción, el personal manifiesta haber sido capacitado respecto al marco normativo vigente en los últimos doce meses sobre las normas arriba señaladas. Nueve personas señalaron que las capacitaciones fueron brindadas por el establecimiento de salud, 42 personas señalaron que fueron dadas por el Ministerio de Salud y 43 personas señalaron que fueron dadas por el Gobierno Regional.

Pareciera que esto puede ser reflejado en la atención, ya que el 91.92% (364) de las personas usuarias del servicio de planificación familiar manifestaron que fueron informadas sobre los diversos métodos anticonceptivos a los que podrían acceder, mientras que 7.32% (29) de las personas afirmaron que no se les dio esa información¹³⁰. Sin embargo, cuando ahondamos en el análisis sobre el contenido de información que se les ha brindado a las personas usuarias, se puede ver que el 82.07% (325) afirmó que se les informó sobre los beneficios y riesgos de cada uno de los métodos, pero que el 16.67% no fue informado al respecto.

Por otro lado, en relación a la atención sin estereotipos, primero, el 89.39% (354) tuvo una atención sin preguntas sobre el número de parejas, el método anticonceptivo que utiliza, entre otros comentarios que podrían resultar incómodos, mientras que el 8.59% (34) sí recibió atención con comentarios incómodos, siendo todas estas mujeres. En cuanto a las regiones dos (2) personas eran de Huánuco, tres (3) de Áncash, tres (3) de Arequipa, ocho (8) de Ayacucho, una (1) de Cajamarca, cinco (5) de Huancavelica, cinco (5) de Huánuco, tres (3) de Ica, tres (3) de Loreto y uno (1) de Pasco. En cuanto a las edades, quince (15) de ellas tienen más de treinta años,

¹³⁰ Las regiones en las que las usuarias no recibieron dicha información fueron Áncash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco, Ica y Loreto.

y dieciocho (18) tienen entre dieciocho a treinta años. Cabe precisar que, a dos personas, de las 34 a quienes les hicieron prejuizgamientos, se les negó el acceso a un método de planificación familiar, lo cual pone en grave riesgo los derechos sexuales y reproductivos de las usuarias¹³¹.

En segundo lugar, a ocho (8) personas dijeron que sí se les condicionó la atención a que su pareja esté presente o participe de la consulta. No existe un rango predominante en la edad de las participantes, pues las ocho personas tienen entre 19 a 43 años. Ello nos hace suponer que el estereotipo de “posesión” es por razón de género, pues no tendría vinculación con la edad. En relación a las regiones en las que el servicio fue condicionado a las usuarias, fueron Ayacucho, Huancavelica, Ica, Loreto y Pasco. Esta petición es contraria a la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA.

En tercer lugar, de las 396 personas encuestadas, 21 personas no se sintieron cómodas o libres de hacer preguntas ante el personal de salud que la atención en el servicio de planificación familiar. Las razones identificadas se relacionan con el trato, la atención rápida y la vergüenza. Se debe tener en cuenta que las usuarias podrían haber señalado sentir “temor o vergüenza”, por la actitud del personal de salud. Resulta alarmante una respuesta en la que una usuaria comentó que “le insistían en hacerse el papanicolao pese a que ya le había indicado que se lo había hecho en otro establecimiento”, pues esa respuesta denota un trato contrario al respeto del consentimiento de la usuaria.

En ese sentido, si bien la mayoría de usuarias sienten haber sido atendidas sin ningún inconveniente, existen personas que manifiestan haber sido atendidas sin respeto de los protocolos y normativa existente. Así, pese a que existe un alto porcentaje de atención para la orientación y consejería sobre salud sexual y reproductiva (84.34%), se observa poco conocimiento por parte de las usuarias sobre el ejercicio de sus derechos y la posibilidad de que se reciba información sobre los mismos en los establecimientos de salud. Lo anterior está íntimamente ligado con la persistencia de los estereotipos de género.

6.2.3.4. Sobre las modalidades de atención: presencial, remota o mixta

Respecto a la modalidad de atención, las respuestas fueron las siguientes:

Cuadro N° 32: Modalidades de atención en los servicios de planificación familiar

Tipo de atención	Número de usuarias/os	Número de servidores
Presencial	375 (94.70%)	81 (86.17%)
Mixta	18 (4.55%)	13 (13.83%)
Remota	3 (0.76%)	0
Total general	396	94

Elaboración: Defensoría del Pueblo.

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

¹³¹ Las dos usuarias que reportaron esta problemática se atendieron en el Centro de Salud Amarilis (Huánuco); y del Centro de Salud Salas (Ica).

Se destaca el esfuerzo de los establecimientos de salud, debido a que las respuestas de los usuarios y usuarias reflejan que se han realizado las mejoras correspondientes para ir implementando gradualmente los servicios en modalidades mixtas y presenciales.

De acuerdo a las respuestas de las personas trabajadoras en los establecimientos de salud encuestados, se detalla que en las regiones de Áncash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Puno, Ica, Junín, Loreto y Pasco la atención del servicio de Planificación Familiar es mixta; mientras que, en el resto de regiones, solo se atiende de manera presencial.

En cuanto a las personas usuarias encuestadas, se aprecia que sus respuestas no solo son presencial y mixta, sino que también añaden el tipo de atención remoto (virtual). Cabe precisar que el porcentaje de personas usuarias que afirman que la atención es solo remota no es significativo (0.76%, de una muestra de 396 personas). Por otro lado, existen dos indicadores que reflejan que la atención mixta mencionada por las personas trabajadoras de los establecimientos de salud no tiene el impacto necesario en las personas usuarias (sea por falta de difusión, desconocimiento de medios tecnológicos, entre otros). Primero, porque la atención mixta que manifiesta el 13.83% del personal de los establecimientos de salud no se refleja en la encuesta a las personas usuarias. Esto debido a que, sumando el porcentaje de personas usuarias que responden a una atención mixta y remota, no resulta ni la mitad de dicho 13.83% (con un total de 5.31%).

En segundo lugar, lo informado por las personas usuarias respecto al tipo de atención por región no coincide con las respuestas que mencionó el personal de salud. Así, las usuarias manifiestan que solo en **Ayacucho, Cajamarca, Huancavelica, Huánuco e Ica**¹³² existen las atenciones remotas y mixtas. De esta manera, se hace evidente que a pesar de que lo más probable es que sí existan las modalidades de servicios virtuales, estos tienen muy poco o nulo alcance en las regiones de **Áncash, Arequipa, Puno, Junín, Loreto y Pasco**. Esto puede ser debido a que los establecimientos de salud no realizan una correcta difusión de los servicios que brindan o por dificultades en el acceso al internet; ya que para brindar dicho tipo de atención (el virtual) es necesario romper con las brechas digitales e informáticas que aquejan fuertemente al interior del país.

Finalmente, cabe recalcar que existe un punto contradictorio en la información proporcionada por ambos grupos de entrevistados/as en Huánuco, ya que 8 de 65 usuarias encuestadas respondieron que existe una atención mixta o remota en los establecimientos de salud, mientras que ninguna persona del personal mencionó que exista ese tipo de atención.

6.2.3.5. Sobre la disponibilidad del servicio de planificación familiar

En cuanto a la percepción del personal de salud de las once regiones entrevistadas, el 55.32% (52) manifiestan que el establecimiento de salud tiene todos los insumos, personal y cuenta con atención disponible del servicio de planificación familiar. Sin embargo, algunos entrevistados también reconocen que se presentan los siguientes problemas:

- No se dispone con personal que se encuentre exclusivamente dedicado a la atención de planificación familiar, esta dificultad se acrecentó durante la pandemia (14 personas).
- Existe déficit de medicinas (preservativos masculinos, métodos modernos, ampolla mensual, implante, DIU) (10 personas).
- El MINSA requiere mejoras en sus registros administrativos y falta de equipos informáticos,

¹³² Predominan las regiones de Ayacucho y Huánuco, con 10 y 8 personas, respectivamente.

- lo que retrasa la atención (1 persona).
- Existió déficit de medicinas como levonorgestrel durante la pandemia (2 personas).
- Falta de consultorios diferenciados (1 persona).
- No hay atención en ocasiones (1 persona).

Si bien estos problemas son vigentes, es necesario reconocer que más del 92% de las usuarias y usuarios pudieron acceder a los métodos de planificación familiar y que, pese a estos problemas, el 96.71% de las usuarias indicaron haber accedido al método anticonceptivo elegido y recetado dentro de los mismos establecimientos de salud.

Por otro lado, la falta de medicinas y de personal se encuentra relacionada con la negación a los métodos anticonceptivos que recibieron algunas usuarias. Así, 12 personas de las 396 personas usuarias entrevistadas manifestaron que se les negó un método de planificación familiar porque no había disponibilidad. Ahora bien, resulta alarmante que 10 personas no recibieron los métodos porque “no se lo recomendaban” (Ayacucho, Cajamarca, Puno, Huancavelica, Huánuco, Ica y Pasco), porque el personal de salud manifestó que solo eran para víctimas de violencia sexual (Ayacucho), porque le querían cobrar por el anticonceptivo (Ica), y porque no estaba asegurada (Ica). Esto demuestra que si bien parte de la disponibilidad tiene como causa el poco acceso a medicamentos, otro porcentaje considerable tiene como causa el desconocimiento de las normas por parte del personal de salud. En ese mismo sentido, 11 personas afirmaron que no lograron recibir el método anticonceptivo empleado, sin embargo, no precisan las razones, salvo una persona que manifiesta que compró en la farmacia.

6.2.3.6. Sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos en el servicio de planificación familiar durante la pandemia

La disponibilidad de anticonceptivos a nivel nacional de los años 2019 al 2022 es la siguiente:

Cuadro N° 33: Disponibilidad de métodos anticonceptivos a nivel nacional durante el 2019-2021

Medicamento	2019	2020	2021
(1) DISPOSITIVOS INTRAUTERINO DE COBRE	15 123	6 910	12 640
(2) ETONOGESTREL 68 MG IMPLANTE	143 687	105 974	179 565
(3) ETINILESTRADIOL + LEVONORGESTREL (BLISTER) 30 UG + 150 UG BLIS 21 TAB + 7 TAB SIN EFEC	2 081 173	1 182 181	2 018 793

Elaboración Defensoría del Pueblo.
Fuente: CENARES

La tabla muestra que la disponibilidad de medicamentos descendió durante el primer año de la pandemia pero se recuperó rápidamente al nivel anterior durante el segundo año. Por otro lado, es necesario visibilizar la disponibilidad de anticonceptivos en las regiones supervisadas durante el 2022, siendo la siguiente:

Cuadro N° 34: Disponibilidad de anticonceptivos en las regiones supervisadas durante el 2022

	Áncash	Arequi- pa	Ayacu- cho	Caja- marca	Huanca- velica	Huánu- co	Ica	Junín	Loreto	Pasco	Puno
(1)	100	800	40	120	s/i	50	s/i	50	s/i	20	20
(2)	2 600	1 900	500	4 250	1 760	1 930	1 900	3 700	3 750	950	1 100
(3)	30 000	20 000	18 000	42 300	7 500	32 672	15 400	20 000	15 000	11 300	4 700

Elaboración Defensoría del Pueblo.
Fuente: CENARES

La disponibilidad de métodos de planificación familiar y de horarios por establecimiento de salud supervisado, también se puede reflejar con la siguiente tabla que muestra los resultados de la encuesta al personal de salud de los servicios de planificación familiar:

Cuadro N° 35: Horarios de atención de los EESS y disponibilidad de insumos anticonceptivos

N°	Región	Establecimientos de salud	Cuenta con información (horarios)	Cuenta con insumos anticonceptivos
1	Áncash	Centro de Salud Cajacay	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Catac	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Chasquitambo	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Chiquian	Horario: Lunes a domingo	Parcialmente
		Centro de Salud Huallanca	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud El Progreso	Horario: Lunes a viernes	Sí
		Centro de Salud Yugoslavia	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
2	Arequipa	Centro de Salud Alto Selva Alegre	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Ampliación Paucarpata	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Ciudad Blanca	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Edificadores Misti	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Hunter	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Mariano Melgar	Horario: Todos los días	Sí

		Centro de Salud Yanahuara	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Zamácola	Horario: Todos los días	Sí
3	Ayacucho	Centro de Salud Belén	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Carmen Alto	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Conchopata	Horario: Todos los días	Sí
		Hospital de Apoyo Jesús Nazareno	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Los Licenciados	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Putacca	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud San Juan Bautista	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Santa Elena	Horario: Lunes a sábado	Sí
4	Cajamarca	Centro de Salud Baños del Inca	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Huambocancha Baja	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Jesús	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud La Encañada	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud La Tulpuna	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Magna Vallejo	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Pachacutec	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud San Juan	Horario: Todos los días	Sí
5	Huancavelica	Centro de Salud Acoria	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Ascensión	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Ayaccocha	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Ccasapata	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Huando	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud San Cristobal	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Santa Ana	Horario: Todos los días	Parcialmente

		Centro de Salud Yauli	Horario: Todos los días	Sí
6	Huánuco	Centro de Salud Castillo Grande	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Naranjillo	Horario: Lunes a viernes	Parcialmente
		Centro de Salud Supte San Jorge	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Codo de Pozuzo	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Puerto Inca	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Tournavista	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Yuyapichis	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Acomayo	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Margos	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Perú Corea	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Potracancho	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Amarilis	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Ambo	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Aparicio Pomares	Horario: Lunes a viernes	Sí
Centro de Salud Las Moras	Horario: Lunes a sábado	Sí		
7	Ica	Centro de Salud La Palma Grande	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Parcona	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Pueblo Nuevo	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Salas	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud San Clemente	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud San Juan de Dios	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Santiago	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Vista Alegre	Horario: Lunes a sábado	Sí
8	Junín	Centro de Salud San Agustín de Cajas	Horario: Todos los días	Parcialmente
		Centro de Salud Chilca	Horario: No precisa	Sí

		Centro de Salud Pedro Sánchez Meza	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud David Guerrero Duarte	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Huancan	Horario: no precisa	No precisa
		Centro de Salud Juan Parra del Riego	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud Pilcomayo	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud San Jerónimo	Horario: Lunes a sábado	Sí
9	Loreto	Centro de Salud 6 de Octubre	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud 9 de Octubre	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud América	Horario: Lunes a viernes con cita, sábado libre	Sí
		Centro de Salud Morona Cocha	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Bellavista Nanay	Horario: Lunes a sábado	Sí
		Centro de Salud San Antonio	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud San Juan	Horario: Lunes a sábado	Parcialmente
		Centro de Salud Túpac Amaru	Horario: Lunes a sábado	Sí
10	Pasco	Centro de Salud Huariaca	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Paucartambo	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Pozuzo	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Puerto Bermudez	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Santa Ana de Tusi	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Uliachin	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Virgen del Carmen	Horario: Todos los días	Sí
		Centro de Salud Freddy Vallejos Oré	Horario: Todos los días	Sí
11	Puno	Centro de Salud Cuyo Cuyo	Horario: Lunes a viernes	Sí
		Centro de Salud Acora	Horario: Todos los días	Sí

	Centro de Salud José Antonio Encinas	Horario: Lunes a sábado	Sí
	Centro de Salud Masiapo	Horario: Todos los días	Sí
	Centro de Salud Putina Puncco	Horario: Lunes a sábado	Sí
	Centro de Salud San Juan del Oro	Horario: Domingo a viernes	Sí
	Centro de Salud Simón Bolívar	Horario: Lunes a viernes	Sí
	Centro de Salud Yanahuaya	Horario: Domingo a viernes	Sí
Total		-	- 1 centro de salud no precisa - 24 cuentan parcialmente con métodos anticonceptivos - 69 sí cuentan con métodos anticonceptivos

Elaboración: Defensoría del Pueblo

Fuente: Información obtenida a partir de la aplicación de la ficha de supervisión defensorial en materia de atención de la salud sexual y reproductiva en los servicios de planificación familiar.

La estrategia de distribución de métodos anticonceptivos identificados por el personal de salud es (i) recojo en establecimiento de salud (92.55%), (ii) visitas domiciliarias (34.04%), (iii) centros de campaña (11.70%), y (iv) teleorientación (10.64%).

Durante el Covid, el servicio de planificación familiar tuvo limitaciones. En ese sentido, de las 396 personas encuestadas, 129 personas manifestaron que no usaron métodos anticonceptivos durante ese periodo, 117 optaron por comprar medicamentos en las farmacias, 52 personas obtuvieron atención domiciliaria por el centro de salud, 56 personas manifestaron que acudieron al ESSALUD o centro de salud, 1 persona manifestó que si bien el centro de salud estaba cerrado sí brindaban pastillas y 1 persona manifestó que recibió atención en otro centro médico. Esta situación resulta preocupante, pues, para el personal de salud existe la percepción que se cubrió la demanda; sin embargo, un porcentaje comenta haber dejado de recibir servicios de salud sexual y reproductiva, lo que podría repercutir en embarazos no deseados, y la exposición al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

6.2.3.7. Sobre la accesibilidad informativa del servicio de planificación familiar

Respecto a la accesibilidad al servicio de orientación/consejería sobre salud sexual y reproductiva, 15 (15.95%) de las 94 personas del personal de salud encuestadas mencionan algunos problemas de accesibilidad. Por su parte, del total de encuestados/as (396), 60 (15.15%) señalaron que no recibieron orientación/consejería sobre salud sexual y reproductiva, y de quienes sí recibieron (334), 10 (2.99%) mencionaron no haber entendido toda la información por falta de claridad o precisión.

Existe una clara contradicción en la región Ica, ya que su personal menciona que no existe ningún tipo de limitación respecto a la accesibilidad a los servicios, mientras casi el 50%, de las personas usuarias de Ica afirman no haber recibido orientación sobre salud sexual y reproductiva. La misma contradicción existe en la región Arequipa, ya que el personal trabajador de la región no menciona las falencias en la accesibilidad al servicio en cuestión, pero el 42.5% de las personas usuarias encuestadas en la región menciona no haberlo recibido.

En la región Cajamarca, ambas partes entrevistadas (servidores y usuarias) reconocen que existe falta de accesibilidad a los servicios para brindarlos sin discriminación por orientación sexual. En las demás regiones encuestadas, se refleja en su mayoría conformidad por parte de las personas trabajadoras de los establecimientos de salud respecto a la accesibilidad a los servicios de orientación sexual y reproductiva.

Los principales aspectos positivos que potencian la accesibilidad son los letreros en quechua, las rampas y la correcta infraestructura para las personas con discapacidades, visitas domiciliarias y atención por teléfono para las personas que no pueden acudir de manera presencial al establecimiento de salud. Sin embargo, como aspectos a mejorar se encuentran también la falta de infraestructura, el difícil acceso a algunas viviendas alejadas del interior del país, falta de personas intérpretes del lenguaje de señas. También se reconoce como aspecto a mejorar las barreras por los estereotipos de género o creencias que perduran (conductas que escapan de la labor del personal de salud y que se manifiestan en la sociedad en general), lo que es un factor limitante para que las personas usuarias de los establecimientos de salud pierdan el temor de acudir por un servicio que brinda información que antes se concebía como tabú o estaba prohibida.

6.2.3.8. Sobre la calidad del servicio de planificación familiar

Algunas personas pertenecientes al personal de salud reconocen que se requieren mejoras para lograr una atención de calidad en el servicio de planificación familiar. Entre las propuestas de mejora se encuentran:

- Contratar a mayor personal (13 personas)
- Capacitación y sensibilización al personal (7 personas)
- Falta de recursos económicos (5 personas)
- Mejorar la infraestructura (camas ginecológicas, dopler, tensiómetro, estetoscopio, balanza, tallímetro, lámpara de cuello ganso, pinza para remoción de implante, entre otros) (4 personas)
- Mejorar la provisión de recursos humanos y de bienes (2 personas)
- Aumentar el abastecimiento de medicamentos o pruebas (2 personas)
- Mejorar los registros informáticos existentes (1 persona)

Por otro lado, otro grupo de personas manifestaron que el servicio de salud es brindado con calidad. Cabe precisar que estas respuestas resultan inexactas, pues consideran que la calidad solo se cumpliría por tener personal que cubra la demanda (5 personas), que solo se limita a contar con personal capacitado (18 personas), o solo manifiestan que esta se brinda sin justificar la respuesta (19 personas). Solo 3 personas manifestaron que la atención es de calidad porque se cuenta con personal calificado y recursos disponibles.

Pese a todos los inconvenientes resaltados por el personal de salud, es positivo que la apreciación de las personas usuarias sea generalmente positiva. Así, se tiene que el 63.38% considera que la atención es buena, el 18.94% considera que la atención es muy buena, el 16.67% considera que la

atención es regular, y solo el 1.01% considera que la atención es mala o muy mala. No obstante, llama la atención que al ser consultadas sobre qué mejoraría en la calidad en la atención del servicio de planificación familiar, más del 50% de las personas que respondieron hicieron hincapié en la necesidad de mejorar la calidad del servicio a través del trato, la forma en la que se realiza la atención, entre otros.

7. Conclusiones

A partir del análisis de resultados e identificación de los hallazgos de la supervisión defensorial, se arribó a las siguientes conclusiones:

- En el **contexto de la pandemia por el Covid-19**, se agudizaron una serie de problemas en cuanto al servicio de planificación familiar. Durante la cuarentena, uno de los más preponderantes fue la reducción de la provisión de consejería, dada la imposibilidad de realizar visitas informativas casa por casa. A ello se sumó el déficit de personal para la atención, o el limitado o inexistente uso de modalidades alternativas como distribución comunitaria de insumos, información a través de medios de comunicación o redes sociales. Como principal consecuencia de esta problemática, se ha identificado el incremento de embarazos no deseados. Los mecanismos implementados principalmente durante la pandemia para contribuir a garantizar la atención en el servicio de planificación familiar fueron las teleconsultas, las citas en el establecimiento y las llamadas a pacientes a línea gratuita de atención.

Ello ha tenido un impacto en los/as usuarios/as del servicio, dado que alrededor del 33% no utilizaron ningún método, mientras que el 29% tuvo que adquirirlo en una farmacia. En ese sentido, mientras que para el personal de salud existe la percepción de que se cubrió la demanda, un gran porcentaje de usuarias/os informa haber dejado de recibir servicios de salud sexual y reproductiva.

Se debe tomar en cuenta que las problemáticas que enfrenta actualmente el servicio de planificación familiar, identificadas en el marco de la presente supervisión, son distintas a aquellas identificadas a partir de la 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 llevada a cabo en el año 2020, consignada en el Informe de Adjuntía N° 013-2021-DP/ADM. Ello debido a que la supervisión realizada en el 2020 se dio en un contexto de inmovilización obligatoria previa a la vacunación contra la enfermedad, lo que generaba problemáticas particulares para la provisión del servicio de salud.

- Existe consenso sobre el entendimiento del servicio de salud sexual y reproductiva como un servicio esencial por parte del personal de salud. Ello permitiría presumir que se trata de un personal sensibilizado, lo que tiene una repercusión positiva en el desempeño de sus funciones. Este entendimiento coincide con que casi el 100% de usuarios/as entrevistados/as detallaron que el servicio de planificación familiar era importante. No obstante, se observa un contraste entre las razones respecto a la importancia del servicio de planificación familiar brindadas por el personal de salud y aquellas referidas por las usuarias del servicio. En efecto, mientras que las usuarias lo asocian principalmente con la prevención de embarazos no deseados, el personal de salud identifica otros motivos vinculados a la salud integral de las personas: prevención de enfermedades de transmisión sexual, autonomía en la toma de decisiones sobre la sexualidad, elección libre de métodos anticonceptivos modernos, entre otros. Si bien el personal de salud se encuentra capacitado respecto a la teoría que sustenta este tema, del cruce de información con otras respuestas vinculadas tanto por el personal de salud como por las usuarias, podría interpretarse que no se está haciendo llegar de manera eficiente esta información a las usuarias de los centros de salud.

- En cuanto al cumplimiento de los estándares de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad/ aceptabilidad y calidad en el servicio de salud sexual y reproductiva, se obtuvieron los hallazgos resumidos a continuación.

- o **Disponibilidad.**

La provisión de métodos anticonceptivos modernos por parte del servicio de planificación familiar es especialmente relevante, dado el rol del sector público como principal proveedor de métodos anticonceptivos. La información sobre disponibilidad por cada método anticonceptivo responde a la información proporcionada por el personal de salud entrevistado. Es necesario señalar que la información responde a la pregunta sobre si se cuenta con los métodos anticonceptivos, pero no relaciona el stock físico con el consumo del establecimiento de salud, lo que hubiese permitido conocer la disponibilidad en términos de meses de existencias.

Resulta necesario que se dé cuenta de la disponibilidad de los insumos anticonceptivos, de manera que se provea del stock requerido de acuerdo con la demanda solicitada por las usuarias y usuarios. La información recogida en las fichas da cuenta de que las y los funcionarios no contaban con dicha información o no la conocían, lo cual es sumamente importante para brindar un adecuado servicio de salud. Asimismo, de la información brindada por el MINSA se observa que existe un problema de abastecimiento en los centros de salud de las diferentes regiones, como por ejemplo: Piura, Loreto, Junín. Esta situación podría ser corregida si es que se toma en consideración la demanda real de la población en relación con el stock disponible.

Al 2022, existe un alto porcentaje de disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos en todos los servicios de planificación familiar (supera el 87%). Sin embargo, llama la atención la disparidad de cantidades de métodos anticonceptivos por región. Así, por ejemplo, se observan regiones en las que se ha reportado que no hay disponibilidad de determinados métodos, como es el caso del preservativo o condón femenino. Lo expuesto genera preocupación, debido a que un porcentaje considerable de su población enfrenta obstáculos socioeconómicos que podrían comprometer su acceso a métodos anticonceptivos por otros canales distintos a los servicios de planificación familiar, lo cual representa un riesgo para el ejercicio efectivo de sus derechos sexuales y reproductivos.

La anticoncepción oral de emergencia también tuvo una disponibilidad de 90.43%, dado que el 6.38% sostuvo no contar con este método en su establecimiento y el 3.19% no respondió la pregunta¹³³. Se considera relevante indagar en las causas de esta falta de disponibilidad, para poder llevar a cabo los ajustes necesarios que garanticen la provisión de estos métodos en todos los establecimientos de salud con servicios de planificación familiar. La situación se agrava debido a que estos problemas de disponibilidad comprometen significativamente la atención de los casos de violación sexual, en los que este método debe ser brindado a las víctimas dentro del kit de emergencia, para evitar embarazos no deseados.

Por su parte, a través de una mirada a los hallazgos de los establecimientos de salud de las regiones supervisadas, se observa con preocupación que existen regiones como Loreto y Puno en las que no se contó con información sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos consultados durante los años 2019, 2020 y 2021, situación que se agrava

¹³³ El anticonceptivo oral de emergencia no constituye propiamente un método de planificación familiar. Se trata de un método de uso excepcional, que los servicios de salud sexual y reproductiva proveen en circunstancias específicas como lo sería una violación sexual, con el propósito de evitar el riesgo de un embarazo no deseado.

debido a que son departamentos ubicados entre aquellos con la más alta incidencia de pobreza a nivel nacional. Esta falta de información sobre la disponibilidad habría sido subsanada en el 2022. Asimismo, existe una disparidad en cuanto a las cantidades de métodos anticonceptivos por región.

Si bien estos problemas se mantienen vigentes, más del 90% de los/as usuarios/as entrevistados pudieron acceder a los métodos de planificación familiar y casi el 100% indicaron haber accedido al método anticonceptivo elegido y recetado dentro de los mismos establecimientos de salud. No obstante, también se cuenta con información de usuarios/as que reportaron la negativa de acceso a determinados métodos por no haber disponibilidad, porque no era recomendado por el personal de salud, u otros motivos.

Se ha advertido una brecha de información actualizada sobre la disponibilidad de métodos anticonceptivos, lo que explica que algunos años no haya sido posible para determinados establecimientos de salud reportar el stock disponible. Este hecho evidencia la necesidad de fortalecer el registro de los datos y mejorar la calidad de la información, a fin de tomar decisiones basadas en data exacta y precisa.

o **Accesibilidad**

- En cuanto a la **accesibilidad física**, en la mayoría de los casos, el personal de salud entrevistado a cargo del servicio de planificación familiar ha señalado que se cumple con el criterio de accesibilidad física. Sin embargo, determinados establecimientos han reportado que sus usuarias en zonas rurales enfrentan problemas de accesibilidad por motivos geográficos o climatológicos. También se reportan problemas vinculados a la infraestructura de su establecimiento, que impiden a las usuarias con discapacidad motora acceder al servicio. Lo expuesto preocupa, considerando que se trata de servicios a los que suelen acudir mujeres en situación de pobreza o pobreza extrema.
- De otro lado, resultan altamente preocupantes los casos en que se ha atribuido la falta de acceso a métodos al impedimento de acceder a métodos por parte del cónyuge o de organizaciones; o a que las usuarias, por temor a sus parejas, no quieren tener tarjetas de control o sienten vergüenza; es más, se refiere la existencia de usuarias que usan métodos a escondidas de sus parejas, todo lo cual responde a estereotipos y discriminación de género contra las mujeres.
- En cuanto a la **accesibilidad de la información**, casi el 100% de establecimientos de salud supervisados sí toma en cuenta la pertinencia cultural o la práctica de libertad sexual diversa al momento de otorgar la información sobre los métodos anticonceptivos; además de garantizar la confidencialidad. Asimismo, se reporta un porcentaje alto de disponibilidad de materiales informativos, predominando los folletos impresos.

Por su parte, a pesar de este alto porcentaje, casi la mitad de las personas usuarias entrevistadas manifestaron no haber recibido algún material sobre planificación familiar. En ese sentido, a partir de ambas informaciones obtenidas, no se trataría de un problema de disponibilidad, pero sí de entrega efectiva y difusión de estos materiales. A ello se suma que, del total de encuestados/as (396), 60 (15.15%) señalaron que no recibieron orientación/consejería sobre salud sexual y reproductiva, y de quienes sí recibieron (334), 10 (2.99%) mencionaron no haber entendido toda la información por falta de claridad o precisión. Existen regiones como Ica y Arequipa en las que

el personal de salud refirió no tener ningún problema de accesibilidad, incluido el acceso a la información; sin embargo, más del 40% de sus usuarios/as reportaron no haber recibido información.

- o **Adaptabilidad/Aceptabilidad.** En cuanto a la **atención en lenguas originarias**, se ha verificado que la mayor parte de establecimientos de salud entrevistados está en capacidad de brindar el servicio en la lengua originaria de la zona. No obstante, preocupa la existencia de un porcentaje considerable de establecimientos de salud, ubicados en zonas donde hay población que habla alguna lengua originaria, que no cuentan con una oferta de atención en lenguas originarias (más del 20%). En cuanto a la **atención de personas con discapacidad auditiva**, resulta preocupante que menos del 15% de establecimientos de salud están en capacidad de brindar atención en lengua de señas. Además de ello, preocupa que solo el 44.68% de entrevistado/as señala que su establecimiento de salud no cuenta con un **servicio de atención diferenciado** para la atención integral de las adolescentes; más aún cuando este servicio resulta esencial para prevenir la ocurrencia de embarazos adolescentes. Asimismo, resulta crítico que solo el 14.89% de entrevistados/as señalaran que el personal de salud que atiende en su establecimiento está en capacidad de ofertar una atención en lengua de señas¹³⁴. El 82.98% de entrevistados/as negó que cuenten con esa capacidad.
- o **Accesibilidad.** En la mayoría de los casos, el personal de salud entrevistado a cargo del servicio de planificación familiar ha señalado que cumplen con el criterio de calidad. Sin embargo, en determinados establecimientos se ha reportado un déficit de recursos humanos, de equipos, mobiliario e infraestructura (falta de privacidad, ventilación e iluminación) para proveer adecuadamente el servicio. También, aunque excepcionalmente, se ha resaltado la necesidad de fortalecer la capacitación del personal en cuanto a las directivas de salud y normas técnicas, especialmente dirigida al personal nuevo. En el caso del personal antiguo, se señala la necesidad de capacitación respecto a las normas emitidas durante la pandemia por el Covid-19. No obstante, los/as usuarios, en su mayoría, consideran que la atención es buena (más del 63%) o muy buena (más del 18%). Sin perjuicio de ello, llama la atención que cuando fueron consultadas sobre qué mejoraría en la calidad en la atención del servicio de planificación familiar, más del 50% de las personas que respondieron hicieron hincapié en la necesidad de mejorar la calidad del servicio a través del trato, la forma en la que se realiza la atención, entre otros.
- o **Rendición de cuentas.** Muchos establecimientos reportaron que efectúan este tipo de acciones frente al Consejo Local de Administración de Salud (CLAS) o frente a la Red de Salud. Los periodos de rendición varían, habiéndose reportado lapsos de 3, 6 y 12 meses. Sin embargo, también existen establecimientos en los que se ha reportado la ausencia de rendición de cuentas, o de mecanismos de vigilancia ciudadana.
- Con relación a los **enfoques de género, interculturalidad e interseccionalidad**, casi el 100% de personal de salud entrevistado considera que las normas vigentes incorporan dichos enfoques. Sin embargo, al consultar de qué manera se ejecuta, algunas respuestas evidencian ciertos sesgos o estereotipos sobre cómo deben entenderse tales enfoques

¹³⁴ Únicamente, se trata de las regiones de Huánuco (Centro de Salud Naranjillo; Centro de Salud Puerto Inca); Áncash (Centro de Salud Catac); Arequipa (Centro de Salud Ampliación Paucarpata); 8 de Ayacucho (Centro de Salud Carmen Alto; Centro de Salud Conchopata); Puno (Centro de Salud Cuyo Cuyo, Centro de Salud Yanahuaya); 6 de Huancavelica (Centro de Salud Ayaccocha); Huánuco (Centro de Salud Naranjillo; Centro de Salud Puerto Inca; Centro de Salud Margos); Ica (Centro de Salud San Clemente; Centro de Salud Vista Alegre); Junín (Centro de Salud San Jerónimo); Loreto (Centro de Salud 9 de Octubre).

respecto a ciertos grupos (mujeres, personas LGTBI). Asimismo, algunos ejemplos proporcionados no tenían relación con los enfoques, lo que permite evidenciar un desconocimiento sobre en qué consisten o cómo deben implementarse

- En cuanto a los **recursos presupuestales asignados al servicio de planificación familiar** para los periodos 2019, 2020, 2021 y 2022, resulta altamente preocupante que la totalidad de los/as entrevistados/as señalan que no contaban con presupuesto (más del 67%) o que desconocían el monto (más del 32%).
- Por otra parte, el 94.68% de entrevistados/as ha reportado no contar con presupuesto para llevar a cabo actividades de prevención del embarazo no planeado y el 73.40% reporta que su establecimiento no contaba con un diagnóstico situacional sobre la problemática de embarazo no planeado durante el contexto del Covid-19. La ausencia de estas medidas revela que existe una falta de priorización de la dimensión preventiva de embarazos no deseados o planificados, lo que compromete la autonomía reproductiva de las mujeres.
- Con relación a la **capacitación del personal de salud del servicio de planificación familiar**, casi el 100% de entrevistados/as señaló tener un conocimiento de las normas relativas a recibir atención en salud sexual y reproductiva. Empero, varias de estas personas no han recibido capacitaciones respecto a cómo aplicar las normas técnicas en salud y directivas sanitarias sobre la materia. Esta falta de capacitación también se evidencia en otras respuestas, en las que señalan requisitos que no son exigidos en las normas y pueden resultar contraproducentes, como solicitar que la víctima pase por una consulta de planificación familiar para que se le haga entrega del kit que contiene el anticonceptivo oral de emergencia.

Asimismo, en las respuestas de algunas usuarias se observa que han sido sometidas a una serie de requisitos que no son exigidos por las normas y que son contrarios al respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Asimismo, la persistencia de estereotipos de género por parte del personal de salud de los servicios de planificación familiar trajo como consecuencia que algunas usuarias manifestaron no sentirse cómodas o libres de hacer preguntas al momento de la atención, limitando el ejercicio pleno de este derecho fundamental, generando en muchos de estos casos situaciones de discriminación contra las usuarias de los servicios.

- En cuanto a la **modalidad de la atención**, son nueve las regiones cuyos establecimientos de salud entrevistados brindan atención mixta en el servicio de planificación familiar: Áncash, Arequipa, Ayacucho, Cajamarca, Puno, Ica, Junín, Loreto y Pasco. Sin embargo, las usuarias entrevistadas de cinco de estas regiones señalaron que sus establecimientos no contaban con atenciones mixtas o remotas. Esto puede ser debido a que los establecimientos de salud no realizan una correcta difusión de los servicios que brindan o por dificultades en el acceso al internet; ya que para brindar dicho tipo de atención (el virtual) es necesario superar las brechas digitales e informáticas que afectan a diversas regiones, sobre todo en áreas rurales.
- En cuanto a la **atención de víctimas de violencia de género**, casi el 60% del personal de salud entrevistado reportó haber identificado víctimas de violencia de género en el marco de su servicio, tanto de violencia física como sexual. A nivel nacional, entre el 2019 y febrero del año 2022, el personal de salud de los servicios de planificación familiar identificó 412 casos de violencia física y 275 casos de violencia sexual. La forma de proceder

frente a ellos fue muy variada, lo que incluyó desde su derivación al CEM o a entidades competentes como el MP, PNP y PJ, hasta la derivación de la víctima con los comités territoriales CEM-EESS.

- Con respecto a los **kits de emergencia**, se observa una alta disponibilidad de los medicamentos que conforman dicho kit en los establecimientos de salud entrevistados (supera el 87%). Sin embargo, resulta preocupante que, en los establecimientos de salud entrevistados de Puno y Loreto, en los años 2019 y 2020 se señale que no se contó con ninguno de los nueve medicamentos del kit de emergencia. Por otro lado, en otros establecimientos, aunque cuentan con dichos medicamentos, se observa que las cantidades disponibles son muy reducidas, lo que limitaría la atención a dos o tres casos de este tipo de violencia, lo que no responde a las cifras de violencia sexual que se reportan a nivel nacional y regional.

Tal como ha referido la Defensoría del Pueblo, desde antes de la declaratoria de emergencia sanitaria ya se presentaban diversos problemas en lo que se refiere al cumplimiento del Estado de entregar los kits de emergencia a víctimas de violencia sexual, entre los cuales se encuentran la falta de capacitación y socialización de la normativa vigente, la no disponibilidad de medicamentos, así como la ausencia de reporte de los casos de violencia sexual. La falta de disponibilidad de estos medicamentos compromete seriamente la adecuada atención de las víctimas de violencia sexual, dado que la falta de acceso a los mismos se puede traducir en embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Preocupa que, en relación a la entrega del kit de emergencia, el 54% de entrevistados sostiene que sí es requisito que la víctima pase por una consulta de planificación familiar para que se le haga entrega del kit que contiene el anticonceptivo oral de emergencia, cuando no se encuentra contemplado en ninguna norma específica vinculada a la provisión de los kits de atención de la violencia sexual. Peor aún, en todos los establecimientos de las regiones como Huancavelica y Pasco exista consenso sobre su obligatoriedad. Aquello puede repercutir en la actuación oportuna y adecuada para la prevención de embarazos no deseados y la transmisión de enfermedades de transmisión sexual, comprometiendo significativamente los derechos sexuales y reproductivos de las víctimas de violencia sexual. Asimismo, revela la necesidad de fortalecer las capacitaciones desde los principios de debida diligencia y no revictimización.

8. Recomendaciones por sectores competentes

A partir de los hallazgos identificados, a continuación se formulan una serie de recomendaciones dirigidas a fortalecer la provisión del servicio de planificación familiar, bajo los criterios y enfoques necesarios para la garantía efectiva de los derechos sexuales y reproductivos:

A la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM)

- Priorizar el servicio de planificación familiar como servicio esencial, lo que exige que esté acompañado de políticas, programas y servicios claves que contribuyan a garantizar los derechos sexuales y reproductivos de manera efectiva, con metas e indicadores, orientados a resultados.

Al Ministerio de Economía y Finanzas (MEF)

- Otorgar presupuesto que permita garantizar el cumplimiento de los estándares de disponibilidad, accesibilidad, adaptabilidad/aceptabilidad y calidad en los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que comprende una mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, así como personal calificado, infraestructura, equipamiento, medicamentos e insumos para la salud sexual y reproductiva.

Al Ministerio de Salud (MINSA)

- Brindar servicios de planificación familiar de acceso universal, que permita a todos/as los/as usuarios/as gozar de la disponibilidad, accesibilidad y calidad. Ello implica, a su vez, implementar ajustes en los servicios para adaptarlos a determinados grupos, lo que permitiría contar con servicios culturalmente pertinentes y respetuosos de la diversidad de formas de vivir la libertad sexual, libres de cuestionamientos y prejuicios.
- Reevaluar la denominación del “servicio de planificación familiar”. Y es que este servicio no se restringe a determinar cuántos hijos/as se desea tener, sino que tiene una variedad de componentes que requieren una mirada más amplia de la salud sexual y reproductiva, y de las múltiples maneras de vivir la sexualidad más allá de la reproducción. Se sugiere considerar la denominación de “servicio de salud sexual y reproductiva”.
- Capacitar e invocar al personal de salud a utilizar un lenguaje sencillo y de la manera más clara, para el otorgamiento de información relacionada a los métodos anticonceptivos, con la finalidad de permitir el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos de las y los usuarios, el mismo que debe ser apoyado con material informativo como folletos, dípticos, trípticos, entre otros.
- Difundir la importancia del servicio de planificación familiar, no solo centrado en la prevención de embarazos no deseados. También se debe enfatizar en sus beneficios respecto al diagnóstico de enfermedades previas o a tiempo, el control de la natalidad,

el aspecto de la salud emocional, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, entre otros.

- Identificar las causas de la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos en determinadas regiones, así como la disparidad de cantidades entregadas a cada servicio de salud, y llevar a cabo los ajustes necesarios que garanticen la provisión de estos métodos en todos los establecimientos de salud con servicios de salud sexual y reproductiva en condiciones de igualdad.
- Fortalecer el registro de los datos sobre el abastecimiento y disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud con servicios de planificación familiar y mejorar la calidad de la información, a fin de tomar decisiones basadas en data exacta y precisa. Monitorear de manera sostenida que las Direcciones Regionales de Salud cuenten con un registro actualizado sobre el abastecimiento y disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud con servicios de planificación familiar. Fortalecer la disponibilidad de personal de salud calificado, capacitado y sensibilizado en los establecimientos de salud para el servicio de planificación familiar, a fin de evitar situaciones que limiten el acceso a la salud sexual y reproductiva basadas en estereotipos de género, tales como el condicionar la atención a que esté presente la pareja y/o condicionar la entrega del kit de emergencia para casos de violación sexual a consultas de planificación familiar, generando situaciones de discriminación contra las mujeres.
- Implementar equipos, materiales y la infraestructura necesaria para brindar espacios seguros y que garanticen la confidencialidad para la atención de la salud en materia de derechos sexuales y reproductivos.
- Garantizar en todos los servicios de planificación familiar la atención en lenguaje de señas para personas con discapacidad auditiva, así como la accesibilidad física de personas con discapacidad motora, que garantice su acceso a dicho servicio en condiciones de igualdad. Además de implementar estas medidas, resulta urgente adoptar medidas específicas dirigidas a superar las barreras que enfrentan las personas con discapacidad en general en el ejercicio autónomo de sus derechos sexuales y reproductivos, desde un enfoque compatible con el modelo social de discapacidad. Ello incluye la eliminación de estereotipos o prejuicios respecto a la sexualidad y reproducción de las personas con discapacidad.
- Garantizar la entrega de material de apoyo en el marco de los servicios de orientación/ consejería en salud sexual y reproductiva, así como labores de difusión. La disponibilidad de estos materiales debe tener en cuenta la cantidad de usuarios/as que visitan cada establecimiento. Asimismo, deben brindarse en formatos accesibles y adaptados a las necesidades de grupos específicos, como es el caso de las personas con discapacidad, las personas que hablan lenguas distintas al castellano, las/os adolescentes, entre otros.
- Garantizar la atención diferenciada a adolescentes en el servicio de planificación familiar, desde un enfoque de ciclo de vida y evolución de facultades, en el que no se cuestione el inicio de la vida sexual. Ello implica también proporcionar de manera efectiva ambientes diferenciados para brindar este servicio de manera especializada.
- Identificar las medidas concretas que emplea el personal de salud del servicio de planificación familiar para tomar en cuenta la pertinencia cultural o la práctica de libertad sexual diversa al momento de otorgar la información sobre los métodos anticonceptivos; ello con el propósito de que sean evaluadas y verificar su compatibilidad con los enfoques de

interculturalidad, género e interseccionalidad, estableciendo e implementando medidas específicas que respondan a las necesidades concretas de estos colectivos en situación de especial vulnerabilidad.

- Asegurar la asignación presupuestal necesaria para la prestación adecuada del servicio de planificación familiar, que no se limite a la provisión de métodos anticonceptivos modernos y que tome en cuenta los retos de la pandemia en el contexto de reactivación económica actual.
- Fortalecer los mecanismos de rendición de cuentas respecto a los servicios de planificación familiar, que incluyan herramientas de vigilancia ciudadana de carácter comunitario.
- Promover la implementación efectiva de la Norma Técnica de Salud N° 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, aprobada por Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA¹³⁵. Esta norma entró en vigencia en enero del año 2022, por lo que su implementación inició de manera posterior a la realización de esta supervisión.
- Adoptar mecanismos alternativos a la presencialidad para la provisión del servicio de planificación familiar, que permitan no solo la entrega de métodos anticonceptivos, sino también acciones de difusión así como la provisión de consejería en materia de salud sexual y reproductiva en el contexto de la pandemia.

Al Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

- Fortalecer las capacitaciones y consiguiente sensibilización dirigidas al personal de salud a cargo del servicio de planificación familiar, para brindar una atención especializada y acorde con los enfoques y principios exigidos para contribuir con el respeto y garantía de los derechos sexuales y reproductivos. Lo expuesto implica promover la superación de estereotipos, creencias y patrones socioculturales que refuerzan la discriminación contra las mujeres.
- Las capacitaciones no solo se deben centrar en el conocimiento de las directivas o normas técnicas en salud, sino que también deben permitir el desarrollo de competencias y habilidades que garanticen la implementación adecuada y efectiva de las mismas, incorporando los enfoques de género, interculturalidad e interseccionalidad en el servicio de salud sexual y reproductiva.
- Reforzar las capacitaciones especializadas al personal del servicio de planificación familiar en la identificación y derivación de casos de violencia sexual, así como en la entrega del kit de emergencia. Estos escenarios exigen una actuación oportuna y adecuada para la prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual, a la luz de los principios de debida diligencia y no revictimización.

A las Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS)

- Fortalecer el conocimiento y adecuada implementación de las directivas y normas técnicas de salud en sus respectivas regiones.

135 MINSA. Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA. 30 de enero de 2022.

- Garantizar la disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos, así como de kits de emergencia que tomen en cuenta la demanda real en los establecimientos de salud de sus respectivas regiones.
- Adecuar los servicios de salud sexual y reproductiva a las características socioculturales de la región, bajo un enfoque intercultural y territorial, que garantice la participación activa de las comunidades en las que se implementan.
- Contar con la información necesaria que dé cuenta de la disponibilidad de los insumos anticonceptivos, de manera que se provea del stock requerido de acuerdo con la demanda solicitada por las usuarias y usuarios.
- Resaltar la urgente necesidad de contar con mayor personal para la atención de calidad que permita a las usuarias y usuarios ser atendidos en tiempos adecuados, brindar un mayor rango horario de atención de acceso a los servicios de salud de planificación familiar, y mejorar la prestación de los servicios a través de la capacitación a las y los profesionales de la salud en atención, respeto, comunicación y duración de las citas.
- Invocar al Ministerio de Salud, a través de las Diresas, a capacitar, sensibilizar y monitorear el implemento de las normas y políticas públicas en todos los niveles de atención, de manera que se logre un funcionamiento eficiente en todas las instituciones del país y garantice su aplicación mejorando los niveles de calidad en la atención. En este extremo cabe resaltar la participación de los Gobiernos Regionales y Locales en su monitoreo y seguimiento para el cumplimiento de los derechos fundamentales de acceso a los servicios de salud.
- Exhortar al Ministerio de Salud para que, en colaboración con el Ministerio de Cultura, desarrolle capacitaciones en la sensibilización y aplicación del enfoque intercultural en salud, de manera que se realicen las adecuaciones necesarias, y se realicen las evaluaciones de cumplimiento de los criterios estandarizados que verifiquen la incorporación del enfoque intercultural en la gestión del establecimiento de salud.

9. Bibliografía

- Abad Yupanqui, Samuel. ¿Es el Perú un Estado laico? Análisis jurídico desde los derechos sexuales y derechos reproductivos. Lima: Católicas por el Derecho a Decidir - Perú, 2012.
- CIDH. Informe sobre la condición de la mujer en las Américas. OEA/Ser.L/V/II.100. Doc. 17. 13 octubre 1998. Recuperado de: <http://www.cidh.org/countryrep/Mujeres98/Mujeres98.htm>
- CIDH. Informe temático. Acceso a servicios de salud materna desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 69 7 junio 2010. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/SaludMaterna2010.pdf>.
- CIDH. Informe temático. Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 61 22 noviembre 2011. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ACCESO%20INFORMACION%20MUJERES.pdf>
- CIDH. Informe temático. Estándares jurídicos vinculados a la igualdad de género y a los derechos de las mujeres en el sistema interamericano de derechos humanos: desarrollo y aplicación. OEA/Ser.L/V/II.143 Doc. 60 3 noviembre 2011. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/ESTANDARES%20JURIDICOS.pdf>
- CIDH. Informe temático. Acceso a la justicia para mujeres víctimas de violencia sexual: la educación y la salud. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 65 28 diciembre 2011. Recuperado de: <https://www.oas.org/es/cidh/mujeres/docs/pdf/VIOLENCIASEXUALEducySalud.pdf>
- CIDH. Informe temático. Violencia y discriminación contra mujeres, niñas y adolescentes: Buenas prácticas y desafíos en América Latina y en el Caribe. OEA/Ser.L/V/II. Doc. 233 14 noviembre 2019. Recuperado de: <http://www.oas.org/es/cidh/informes/pdfs/ViolenciaMujeresNNA.pdf>
- Comité CEDAW. Recomendación General N°14 sobre las graves consecuencias en la salud de las mujeres y las niñas de la circuncisión femenina y otras prácticas tradicionales similares. 1990.
- Comité CEDAW. Recomendación General N° 15 sobre discriminación contra las mujeres en las estrategias nacionales para la prevención y control del VIH/SIDA. 1990.
- Comité CEDAW. Recomendación General N° 18 sobre mujeres con discapacidad que plantea la necesidad de medidas especiales que les aseguren igualdad en el acceso a los servicios de salud integral. 1991.
- Comité CEDAW. Recomendación General N° 19 sobre salud en violencia sexual. 1992.
- Comité CEDAW. Recomendación General N° 21 sobre la igualdad en el matrimonio y las relaciones familiares, que hace referencia a medidas coercitivas de salud reproductivas y efectos adversos del matrimonio a edad temprana en la salud. 1994.
- Comité CEDAW. Recomendación General N° 24 sobre mujer y salud, que plantea la necesidad de garantizar el acceso oportuno a la gama de servicios relacionados con la planificación de la familia en particular y con la salud sexual en general. 1999.
- Comité CEDAW. Comunicación N° 22/2009. Dictamen aprobado por el Comité en su 50° período de sesiones, celebrado del 3 al 21 de octubre de 2011, respecto del art. 7, párrafo 3 del Protocolo Facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, Párr. 8.17; 8.18; 9.2.a; 9.2.b; 9.2.c.
- Comité CEDAW. Observaciones finales sobre el noveno informe periódico del Perú. CEDAW/C/PER/CO/9, 1 de marzo de 2022.
- Comité DESC. Observación general N° 14. E/C.12/2000/4. 11 de agosto de 2000, párr. 12.

- Comité DESC. Observación general N° 22 (2016), relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/GC/22, 2 de mayo de 2016, párr. 25.
- Congreso de la República. Ley N° 28983, Ley de Igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. 16 de marzo de 2007.
- Cook R, Dickens B, Fathalla M. Salud reproductiva y derechos humanos. Integración de la medicina, la ética y el derecho. Bogotá: Profamilia; 2003. Citado en: RAMOS PADILLA, Miguel. La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género. Rev. perú. med. exp. salud pública [online]. 2006, vol.23, n.3 [citado 2022-07-31].
- Corte IDH. Caso Mendoza y otros Vs. Argentina. Excepciones Preliminares, Fondo y Reparaciones. Sentencia de 14 de mayo de 2013, párr. 221.
- Corte IDH. Cuadernillo de Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos N° 7. Control de convencionalidad. Costa Rica: Corte IDH, 2019, pp. 6 y 21.
- Declaración OSC Conferencia Regional de Población y Desarrollo. Santiago de Chile, 27 de junio de 2022. Recuperado de: https://sxpolitics.org/es/wp-content/uploads/sites/3/2022/07/DECLARACION%CC%81N-FORO-OSC-IV-CRPD_FINAL.pdf
- Defensoría del Pueblo. Informe de Adjuntía N° 013-2021-DP/ADM, 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. Lima: Defensoría del Pueblo, 2021.
- INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. 2021.
- INEI. Informe "Perú: 50 años de cambios, desafíos y oportunidades poblacionales". 2022.
- INEI. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2010-2021. Lima: INEI, 2022.
- MIMP. Decreto Supremo N° 008-2019-MIMP. 04 de abril de 2019.
- MINSA. Decreto Supremo N° 016-2009-SA. 28 de noviembre de 2009.
- MINSA. Decreto Supremo N° 012-2013-SA. 7 de noviembre de 2013.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 486-2014/MINSA. 27 de julio de 2014.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 518-2016/MINSA. 21 de julio de 2016.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 536-2017/MINSA. 10 de julio de 2017.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA. 8 de marzo de 2019.
- MINSA. Decreto Supremo N° 008-2019-SA. Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer - CEM y los Establecimientos de Salud - EE.SS 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° 30364, y personas afectadas por violencia sexual. 17 de abril de 2019.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 1001-2019/MINSA. 25 de octubre de 2019.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 217-2020-MINSA. 23 de abril de 2020.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 649-2020-MINSA. 24 de agosto de 2020.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 450-2021/MINSA. 3 de abril de 2021.
- MINSA. Resolución Ministerial N° 031-2022-MINSA. 30 de enero de 2022.
- Miranda Burgos, Marcos José (2014) La Ejecución de sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el ordenamiento jurídico interno. En: Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Vol. 60, pp. 129-156. Recuperado de: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/1117/revista-iidh-60.pdf>
- OMS. Planificación familiar. 9 de noviembre de 2020.
- Link: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- ONU. Proclamación de Teherán. Proclamada por la Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968, F. 15. Recuperada de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1290.pdf>
- ONU. Conferencia Mundial de Población, 19 a 30 de agosto de 1974, Bucarest, Rumania. F. 14.b.
- ONU. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. 18 de diciembre de 1979.

- ONU. Conferencia Internacional sobre Población, 6 a 14 de agosto de 1984, Ciudad de México. Recomendaciones del 5 al 10.
- ONU. Programa de Acción aprobado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo El Cairo, 5 a 13 de Septiembre de 1994, artículo 7.3
- ONU. Plataforma de Acción y Declaración de Beijing. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, septiembre 4-15, 1995, párr. 95.
- ONU. Asamblea General. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. A/RES/70/1, 21 de octubre de 2015.
- Organización de los Estados Americanos (1994). Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. "Convención Belém do Pará" Adoptado en Belém do Pará en 1994, y entrado en vigor en 1995. Recuperado de: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html>
- Organización de los Estados Americanos (1988). Protocolo adicional a la Convención Americana en materia de derechos económicos, sociales y culturales. "Protocolo de San Salvador". Adoptado en San Salvador en 1988, y con entrada en vigor en 1999. Recuperado de: <https://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>
- PCM. Decreto Supremo N° 164-2021-PCM. 16 de octubre de 2021.
- Redacción RPP. "UNFPA: Muertes maternas aumentarán en 40% debido a la pandemia si no se recupera el sistema de salud". RPP Noticias. 16 de setiembre de 2020. Consulta: 7 de julio de 2022.
- Salud con Lupa. Disponible en: <https://saludconlupa.com/noticias/peru-retrocedio-cinco-anos-en-acceso-a-metodos-anticonceptivos-durante-la-pandemia/>
- Tribunal Constitucional. Sentencia recaída en el Expediente N° 04617-2012-PA/TC. 12 de marzo de 2014, fj. 14.
- Villanueva Flores, Rocío. "Protección constitucional de los derechos sexuales y reproductivos", Revista IIDH. San José, vol. 43, 2006, p. 399. Recuperado de: <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r08060-11.pdf>
- Villanueva Flores, Rocío. "Los principios implícitos: el caso de los derechos sexuales y reproductivos en la sentencia Artavia Murillo vs. Costa Rica". De Fazio, Federico (Coord.). Principios y proporcionalidad revisitados. Querétaro: Instituto de Estudios Constitucionales del Estado de Querétaro, 2021, pp. 233-234.

