

Informe de la **situación del  
acceso a los servicios** de salud  
sexual y reproductiva durante  
la pandemia de **COVID-19**  
**EN EL PERÚ**



LA SALUD  
REPRODUCTIVA **ES**  
VITAL

**15**  
AÑOS  
PROMSEX

## **INFORME DE LA SITUACIÓN DEL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DURANTE LA PANDEMIA DEL COVID-19 EN EL PERÚ**

### **Editado por:**

© Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX).

Av. José Pardo 601, oficina 603-604, Miraflores, Lima, Perú.

**Teléfono:** (51) (1) 447 8668 / **Fax:** (51) (1) 243 0460.

[www.promsex.org](http://www.promsex.org)

f/Promsex

t/promsex

ig/promsexcomunica

**Autores:** Juárez Chávez, Elisa; Astete Muñoz, Pluvia; Guerrero Vasquez, Rossina

**Análisis de enfoque de derechos humanos:** Castro Barnechea, Claudia

**Revisión bibliográfica:** Baca Cabrejos, Úrsula

**Corrección de estilo:** Ferruci, Gabriela

**Diseño y diagramación:** Arias, Lorena

**Coordinación comunicacional:** Trujillo Raa, Yazmin

**Fotos carátula e interiores:** Shutterstock / iPhotostock Perú

Av. José Pardo 601 oficina 604, Miraflores Lima – Perú

1ª. edición – noviembre 2020

# Índice

<b>I.</b>	Introducción	4
<b>II.</b>	Metodología	7
<b>III.</b>	Hallazgos	8
<b>1.</b>	Indicadores estructurales	8
<b>2.</b>	Indicadores de proceso	11
<b>3.</b>	Indicadores de resultado	13
<b>IV.</b>	Análisis de la información	14
<b>V.</b>	Conclusiones	23
<b>VI.</b>	Notas	26
<b>VII.</b>	Anexos	30
	Anexo 1	30
	Anexo 2	32
	Anexo 3	34
	Anexo 4	34
	Anexo 5	35
	Anexo 6	35
	Anexo 7	37
	Anexo 8	39
	Anexo 9	40
	Anexo 10	40
	Anexo 11	42
	Anexo 12	42
	Anexo 13	43
	Anexo 14	43
	Anexo 15	44
	Anexo 16	44
	Anexo 17	45
	Anexo 18	46



# Introducción

La pandemia del COVID-19 ha puesto el mundo en una situación sin precedentes. Debido al riesgo que implica para la población, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el planeta en estado de emergencia desde el 11 de marzo de 2020. A ello le siguieron declaraciones similares a nivel nacional en los diversos países. Perú no era ajeno a esta realidad y el estado de emergencia fue declarado, por el presidente Martín Vizcarra, el 16 de marzo del presente año y fue oficializado a través del Decreto Supremo N° 008-2020-SA. Posteriormente, se hizo/realizó una serie de ampliaciones y modificaciones a este decreto supremo, las cuales continúan vigentes hasta la fecha de realización de este informe.

Las medidas implementadas por el estado de emergencia generaron la suspensión de varios derechos fundamentales (libertad, seguridad personal, inviolabilidad de domicilio, tránsito y reunión), además de la suspensión de las actividades en los centros laborales y de estudio (tanto públicos como privados). Solo se mantuvieron las actividades esenciales como salud para la atención principalmente de emergencias asociadas al COVID-19 y se cerraron todos los servicios de salud del primer nivel de atención. Es importante resaltar que varios de los servicios considerados por la OMS como servicios de salud esenciales<sup>1</sup> fueron aquellos que se cerraron, incluyendo los servicios de salud reproductiva, la atención a lactantes de corta edad y adultos mayores, y servicios de tratamiento de enfermedades mentales y enfermedades infecciosas como el VIH u otras no asociadas con el COVID-19.

En este contexto, se mantuvo operando la producción y venta de productos farmacéuticos, la producción y provisión de alimentos, los servicios bancarios y financieros, los servicios de agua y luz, y centros telefónicos. Respecto a la libertad de movilización, se restringió el tránsito solo para algunas actividades básicas como compra de alimentos y medicamentos, asistencia a centros médicos solo para emergencias y urgencias, y atención de personas con COVID-19 en hospitales.



A su vez, se ordenó el cierre de fronteras y se suspendieron los servicios de transporte terrestre, fluvial y aéreo en el país. Además, se restringió la salida a una sola persona por familia<sup>2</sup> para realizar las compras de insumos básicos de alimentos u otras gestiones posibles en este contexto.

A pesar de haberse tomado decisiones de manera rápida por parte del Estado con la finalidad de proteger a la población, a la fecha (09 de septiembre de 2020) se han registrado 702 776 casos confirmados de COVID-19 y un total de 30 236 fallecidos. La alta mortalidad ocurrida en el país nos ha colocado en el primer lugar en el ranking mundial, con una mortalidad de 101,3 por cada 100 000 habitantes.<sup>3</sup> Si bien el estado de emergencia dura hasta la fecha, las medidas tomadas se han ido flexibilizando conforme el número de casos nuevos y muertes registradas han ido disminuyendo en el país. Actualmente, solo algunas regiones continúan en cuarentena obligatoria.

De cara a la situación generada por la pandemia, el país buscó fortalecer su capacidad de respuesta a través de la mejora de los servicios destinados directamente a la atención de casos COVID-19: incremento de camas de unidad de cuidados intensivos (UCI), compra de respiradores, compra de equipos de protección para el personal sanitario, compra de oxígeno medicinal, entre otros. Sin embargo, dejó otros servicios, considerados como “no urgentes”, suspendidos o sin directivas que guíen su accionar. La respuesta a la pandemia y la atención a la salud se centraron en los ambientes hospitalarios, desestimando el trabajo del primer nivel de atención en articulación con las organizaciones de la sociedad civil o comunitarias, que fueron fundamentales en la respuesta de otras crisis sanitarias como la del cólera en los años 90 en el Perú.

Como se mencionó previamente, entre los servicios más afectados, se encontraron los de salud sexual y reproductiva (SSR). Los costos del cierre de estos servicios se están viendo actualmente; en ese sentido, indicadores como mortalidad materna, necesidades insatisfechas en métodos de planificación familiar, entre otros, los cuales habían mostrado una disminución sostenida en los últimos años, muestran ahora un incremento que los igualan a cifras de varios años atrás. Asimismo, se han agravado situaciones que ya eran consideradas serios problemas para la salud reproductiva, como la provisión de anticoncepción para adolescentes y la provisión de aborto terapéutico. Estas y otras consecuencias de la desatención de la SSR en el marco de la pandemia van a ser la materia principal del informe que se presenta a continuación.

Finalmente, es importante mencionar que la información plasmada en este informe es el resultado de una búsqueda exhaustiva de datos oficiales publicados, así como de información verificada provista en webinars. Asimismo, se realizaron entrevistas a profundidad con informantes clave, las cuales nos ayudaron a corroborar o poner en duda el cumplimiento de lo establecido en las normativas vigentes o emitidas en el contexto de la pandemia. Si bien fue un objetivo contar con una cantidad mayor de informantes, sobre todo por parte de tomadores de decisiones del sector público en materia de SSR, esto no fue posible, ya que muchos de ellos pusieron barreras burocráticas que limitaron la realización de más entrevistas. En muchos de los casos, hacemos uso de la información que ha sido brindada por dichos funcionarios y funcionarias en diversos webinars y presentaciones públicas.



# Metodología

Para responder a la estrategia de monitoreo de 18 indicadores de salud reproductiva, y con la finalidad de tener una visión de la situación del Perú respecto al acceso de los servicios de salud reproductiva durante la pandemia de COVID-19, fue necesario que la metodología contemple la revisión de fuentes secundarias y el recojo de testimonios de informantes clave. Las actividades que se llevaron a cabo fueron las siguientes:

- Búsqueda y sistematización de información estadística nacional que responda a los indicadores cuantitativos.
- Búsqueda y sistematización de la normativa nacional respecto a la implementación del servicio de telemedicina y salud sexual previo y posterior a la emergencia sanitaria.
- Realización de 11 entrevistas semi-estructuradas con informantes clave, cuyo detalle se encuentra en la siguiente tabla:

Cargo	Institución	Sector
<b>Ejecutivo de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva</b>	Ministerio de Salud (MINSa)	Sector público
<b>Integrante de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva – DSARE</b>	Ministerio de Salud (MINSa)	Sector público
<b>Integrante del Equipo Técnico Dirección de Salud Sexual y Reproductiva</b>	Ministerio de Salud (MINSa)	Sector público
<b>Representante institucional</b>	Reproductive Health Supplies Coalition	ONG internacional que trabaja en la provisión de medicamentos
<b>Integrante del equipo del Programa en Población y Desarrollo</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	Organismo internacional
<b>Integrante del equipo de Salud Sexual y Reproductiva</b>	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	Organismo internacional
<b>Miembro de la institución</b>	Centro de Cuidado Integral de Salud (Cesis)	ONG nacional dedicada a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva
<b>Miembro de la institución</b>	Aids Healthcare Foundation (AHF)	ONG internacional especialista en VIH
<b>Miembro de la institución</b>	Instituto Nacional Materno Perinatal	Sector público
<b>Miembro de la institución</b>	Movimiento Manuela Ramos	ONG que trabaja en temas de salud sexual y reproductiva
<b>Miembro de la institución</b>	INPPARES	ONG nacional dedicada a la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva



# Hallazgos

Los hallazgos se han dividido en tres secciones según tipo de indicadores: estructurales, de procesos e indicadores de resultados

## 1. Indicadores estructurales

Los siguientes cuadros resumen los hallazgos obtenidos de las entrevistas realizadas con informantes clave, así como la revisión documentaria.

Indicadores estructurales: miden la aceptación y el compromiso del Estado en relación con el respeto a los derechos humanos, mediante la adopción de marcos legislativos, políticos y normativos, y políticas y mecanismos para respetar, proteger y cumplir esos derechos. En este caso, nos enfocaremos en el cumplimiento de las recomendaciones propuestas en el documento en sentido amplio para la garantía de la salud reproductiva en el marco de la crisis por la pandemia por COVID-19.					
N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Respuesta	Detalle
1.	Todas	Disp.	Reconocimiento de los servicios de salud reproductiva como servicios esenciales y urgentes	Parcialmente.	En el marco de la respuesta al brote del COVID-19 en el Perú, desde de marzo del 2020, se han aprobado cuatro normas relacionadas directamente con la atención en los salud sexual y reproductiva (SSR). El Anexo 1 detalla las cuatro normas a las que se hace referencia. A pesar de la existencia de estas directivas, en la opinión de los informantes, la SSR ha sido completamente dejada de lado en el contexto actual de la pandemia, ya que las directivas fueron dadas de manera tardía y su implementación no ha sido la ideal. Un elemento que vale la pena resaltar es la cobertura de servicios que se plantea en una de las cuatro normas que se dan en el marco de la pandemia: Norma Técnica de Salud N°164- MINS/2020/DGIESP: Norma Técnica para el cuidado integral de las mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por la violencia sexual. Si bien esta norma se da en un contexto de emergencia sanitaria, su aplicación no se limita a este período ni se relaciona con las modificaciones a los servicios ocurridas en este contexto. Así mismo, esta norma reconoce la necesidad de elementos fundamentales en cuanto al manejo de casos de violencia sexual como son la provisión de un kit completo de atención (incluyendo profilácticos y exámenes de descartes) y la atención integral de la gestante en caso de interrupción voluntaria por Indicación terapéutica. Vamos a desarrollar más ambos puntos en los indicadores que corresponde más adelante en este informe.
1.1	Todas	Disp.	Restricciones a los servicios de salud reproductiva	Sí	A partir del 16 de marzo, el Ministerio de Salud (MINS) anunció la suspensión por 15 días <sup>4</sup> de las consultas externas en los hospitales y establecimientos de EsSalud y de las Fuerzas Armadas (Ejército Peruano, Fuerza Aérea del Perú, Marina de Guerra) y de la Policía Nacional del Perú. Esto significó la reprogramación y cancelación de citas médicas y entrega de medicinas. Incluso, después de estos 15 días, el personal de salud considerado de alto riesgo dejó de atender de forma presencial. De acuerdo con la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, el 30% del personal de salud tuvo que suspender las consultas externas y dejó de realizar su trabajo en forma presencial. A esto se sumó la alta demanda de atención de casos COVID-19, que sobrecargó a los recursos humanos disponibles en los diversos establecimientos <sup>5</sup> .
2.	Todas	Disp.	Adopción de telesalud para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva	Sí se dieron normas, pero no tenemos claridad sobre el cumplimiento.	Antes del inicio de la emergencia sanitaria actual, existía un marco normativo vigente respecto a la implementación de la telemedicina. Adicionalmente, debido al contexto particular que generó el brote del COVID-19, se publicaron normas complementarias. El detalle de las normas a las que hacemos referencia se encuentra en el Anexo 2. Además de las directrices para el cuidado de las gestantes y la provisión de planificación familiar (PF) dadas en la Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar (DS-094), se incluye, como uno de los servicios que deben darse por telemedicina, al seguimiento y control de las personas que viven con VIH/SIDA. A pesar de la existencia de estas normativas, no queda claro cuánto de lo establecido por estas normas fue llevado a la práctica, ya que los registros de servicios a los que se ha tenido acceso no consignan el detalle de la forma de prestación de servicio implementada.
2.1	Atención prenatal (AP)		Adopción de telesalud para la provisión de AP	Sí se da una normativa, pero no sabemos cuánto se ha efectivizado.	En la DS- 094, se establece el uso de telemedicina para dar esta atención. No sabemos el porcentaje en que dicha medida se ha puesto en práctica. Según los testimonios recabados, podemos inferir que estos servicios se han reiniciado priorizando a las gestantes del último trimestre y haciendo prestación presencial del servicio que implementa modificaciones que permiten disminuir los riesgos de contagio.
2.2	IVE		Adopción de telesalud para la provisión de AT	No	No se ha dado protocolo o directiva que detalle el procedimiento para brindar el servicio de aborto terapéutico por telemedicina. Según lo referido por los informantes del sector público de salud y desde una ONG especializada en temas de salud sexual y reproductiva, no se viene dando atención de aborto terapéutico (AT) por telesalud ni de manera ambulatoria, ya que no forma parte de sus protocolos.
2.3	Anticoncepción (AC)		Adopción de telesalud para la provisión de AC	No	Si bien se describe más adelante lo hecho para la provisión de asesoría, la provisión de anticonceptivos (AC) implica el despliegue de estrategias para la entrega, las cuales no han sido llevadas a cabo. Los informantes que provienen de una ONG internacional que trabaja en la provisión de medicamentos, así como de ONG nacionales dedicadas a la prestación de servicios de SSR coinciden en la importancia de aplicar estas estrategias.
2.4	Asesoría reproductiva		Adopción de telesalud para la provisión de asesoría	Sí, pero no con la cobertura previa. La reducción en servicios es de, al menos, 50%.	Estos servicios son parte de la "Lista de Intervenciones de Salud Prioritarias" de la Norma Técnica de Salud 160-MINSA/2020 - Norma Técnica de Salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú. Por lo tanto, de acuerdo con lo establecido, se ofrecen por telemedicina y por atención ambulatoria. La atención se realizó a través de: La línea 113 y centrales telefónicas regionales en Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) Teleatención: mensajería instantánea y contacto telefónico. Aunque no se cuenta con la cantidad de atenciones realizadas en particular respecto a salud reproductiva por telemedicina, la Dra. Lily Kau Kau, directora Ejecutiva de Telemedicina del MINS, compartió, en la reunión virtual "Mesa redonda: Modelos de atención en planificación familiar en contexto pandemia COVID-19", cifras respecto a la cantidad de teleorientaciones de salud realizadas desde marzo, las cuales se detallan en el Anexo 3. Sin embargo, incluso con el aumento de atenciones realizadas por telesalud desde marzo, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) observó que, en el primer semestre de 2020, hubo una reducción de, al menos, 50%, respecto al primer semestre del año 2019 en consejerías de planificación familiar (considerando telesalud y atención ambulatoria).
3.	Todas	Acces.	Adopción de atención de salud reproductiva ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	No	Informantes del sector público de salud, ONG nacionales dedicadas a la prestación de servicios, organismo internacional, y las ONG internacionales especialistas en provisión de medicamentos refirieron que los servicios de SSR se vieron cerrados y solo se prestó atención a las urgencias y emergencias hasta finales de mayo. Los servicios han ido instaurándose de manera paulatina desde inicios de junio aproximadamente, haciendo énfasis en la atención de controles prenatales y PF. A la fecha, se están prestando estos servicios, pero de manera reducida, como lo han mencionado algunos informantes de las ONG nacionales prestadoras de servicios de SSR y de la misma estrategia de Salud Sexual y Reproductiva, los servicios aún no han tenido la capacidad para organizar una atención diferenciada entre el sistema COVID-19 y no COVID-19 tal como establece la normatividad vigente. Asimismo, han agravado esta situación el poco personal disponible, la obligación de mantener un aforo menor para evitar el contagio y la falta de equipos de protección.
3.1	Testeo de ITS y VIH		Adopción de testeo de ITS y VIH en todos los niveles del sistema de salud	No	Según el informante de una ONG internacional especializada en VIH-SIDA, desde el inicio de la emergencia sanitaria (en marzo), los servicios de tamizaje se han dejado de ofrecer con normalidad. Hasta el momento, no se ha establecido algún protocolo específico o directiva sanitaria particular respecto a estos servicios. Según el mismo informante, la disrupción del servicio se debió al cierre de establecimientos de salud.
3.2	IVE		Adopción de atención de AT ambulatoria en todos los niveles del sistema de salud	No	Según la información obtenida en la entrevista realizada a un informante del sector público de salud, la atención de AT no ha sido modificada para ser ambulatoria. Las principales razones para no dar atención de manera ambulatoria son las siguientes: 1- Los protocolos establecen que las pacientes deben ser hospitalizadas cuando se trata de una atención por AT, ya que en la mayoría de los casos son embarazos de más de 12 semanas y eso implica un proceso de control médico. 2- No ha habido disposiciones específicas para el manejo de estos casos.
3.3	Anticoncepción (AC)		Adopción de provisión de asesoría y anticonceptivos en todos los niveles del sistema de salud	Sí (a partir de junio 2020).	El cierre de los servicios se refleja en la disminución del número de parejas protegidas (ver Anexo 4) desde marzo a finales de mayo. A partir de inicios de junio, empieza a haber una recuperación de los números (aún bastante lenta). El método cuyo uso se ha recuperado más es el inyectable trimestral. Asimismo, se ha empezado a recuperar el uso del implante. Esto responde a un incremento de la oferta pero también a un incremento de las demandas de estos métodos al proveer de protección por tiempos más prolongados. Particularmente, en el caso de los implantes, el incremento se debe a la colocación de implantes en el post parto. Según refiere el Dr. Guillermo Atencio, director de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (en webinar dado para MINS Telesalud min 1:08:30), la atención de los partos institucionales no bajó del 98% a nivel nacional. El detalle de las atenciones de consejerías en PF por edad se encuentra en el Anexo 5. Se percibe una clara disminución en el promedio diario de consejerías para PF en todos los grupos etarios si comparamos entre el periodo de febrero a julio del 2019 y el mismo periodo en 2020. En el grupo de edad de 12 a 17 años, se redujo en 89%; en el grupo de edad de 18 a 29 años, se redujo en un 40%; y, en el caso de las personas de entre 30 y 59 años de edad, se redujo en un 65%. Es importante tomar en cuenta que los registros obtenidos no nos permiten saber si las atenciones han sido hechas por telemedicina o por consulta ambulatoria.

3.4	Atención prenatal		Adopción de modalidad de atención prenatal para la prevención del contagio por COVID-19	Parcialmente.	En el marco normativo, dos directivas sanitarias incluyeron detalles sobre las acciones por realizar para la prevención del contagio por COVID-19 en la atención prenatal en los establecimientos de salud: Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 y Directiva Sanitaria 97-MINSA/2020. En la primera, se dan las pautas para garantizar el servicio a la población de gestantes para dar la seguridad necesaria, mientras que, en la segunda, se detallan los procedimientos para prevenir exposición o contagio de la madre y el recién nacido con COVID-19 en la atención del parto y puerperio en establecimientos de salud. Según los testimonios recogidos, se han adoptado medidas para hacer las consultas más seguras, tales como el uso de mascarillas y caretas para la atención, y la reducción del número de citas por día para permitir un mayor espaciamiento entre ellas. Sobre la implementación de telemedicina para hacer esta atención, sabemos que se ha trabajado en llevarla a cabo, pero, según refieren los informantes representantes de ONG nacionales e internacionales especializadas en el tema, son medidas que no han llegado a ponerse en práctica del todo. Asimismo, los registros de las atenciones no permiten conocer la modalidad de prestación de los servicios.
4.	Todas		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a servicios de salud reproductiva	No	No se han hecho cambios a nivel de leyes o normas para el acceso a servicios de SSR. En el caso de menores de edad, si bien la norma establece que no se necesita la presencia de los padres, esta aún se exige en los servicios de salud.
4.1	IVE		Eliminación de tiempos de espera y otros requerimientos innecesarios para el acceso a AT	No	No se han dado cambios a este nivel. Un requerimiento que continúa siendo vigente es la necesidad de generar una historia clínica para las pacientes. Esto, en la práctica, podría generar demoras en las prestaciones de la atención. Es importante señalar que la Norma Técnica de Salud N°164- MINSA/2020/DGIESP, como parte de la sección 5.5.3 "I" Intervención Clínica- kit para la atención de casos de violencia sexual, específicamente en el punto C: "Atención integral de la gestante en caso de Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica", establece que la víctima tiene derecho a ser evaluada de manera integral para determinar si su vida se encuentra en riesgo o se puede generar un mal grave o permanente en su salud física y/o mental y se garantice su recuperación integral, conforme lo dispone la Guía Técnica Nacional para la Estandarización del Procedimiento de la Atención Integral de la Gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119". Así mismo se establece el plazo de 6 días calendario como tiempo máximo que debe transcurrir entre la solicitud formal de la interrupción del embarazo y la intervención con la finalidad de garantizar que esta sea eficaz. Si bien se pide la autorización del padre, la madre o tutor para realizar las pruebas necesarias, así así como para la intervención, se señala también que en caso de que la vida corra peligro o pueda generarse un daño irreparable se puede prescindir de esta autorización. Consideramos estas especificaciones dadas por la Norma Técnica de Salud N°164- MINSA/2020/ DGIESP son elementos fundamentales y deben tomarse en cuenta para facilitar el acceso a la interrupción del embarazo en los casos de violencia sexual.
4.2	Anticoncepción		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a anticonceptivos	Se norma, pero no se efectiviza en su totalidad.	La Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar detalla las facilidades consideradas para asegurar la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos:  6.2 Se debe ofertar todos los métodos anticonceptivos en los servicios de urgencia y emergencia de todos los establecimientos de salud, a fin de garantizar la continuidad de los mismos y la atención de prevención del embarazo no deseado mediante la entrega de anticoncepción oral de emergencia (AOE), especialmente de progestágeno (levonorgestrel) a todas las usuarias que lo requieran, incluyendo adolescentes, sin necesidad de tener historia clínica (como en campañas) y solo a través de padrones, HIS o receta, para que sea más rápida la atención y evitar filas de espera y aglomeraciones. (...) 6.4 Se debe brindar una dotación mínima para tres meses de métodos anticonceptivos a nuevas usuarias o continuadoras.  Según los testimonios desde las ONG nacionales dedicadas a la prestación de servicios, un organismo internacional y una ONG internacional que trabaja en la provisión de medicamentos no pudieron ser puestas en práctica debido a que los servicios de emergencia no tenían los insumos y a que existía una alta demanda generada por la pandemia. No se identifican cambios adicionales en los requerimientos para la adquisición de AC.
4.3	Testeo de ITS y VIH	Acces.	Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a testeo de ITS y VIH	No	No se ha podido identificar alguna eliminación de requerimientos para los tamizajes. Sin embargo, la Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar sí garantiza la entrega de los kits de emergencia para casos de violencia sexual: 6.4.6 Todos los establecimientos de salud y los servicios de emergencia deben garantizar la provisión de los kits para la atención de casos de violencia sexual, así como la consejería sobre su uso, para garantizar la recuperación de la salud de las víctimas. (...) Según lo establecido en la Directiva Sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual <sup>6</sup> , los kits incluyen una prueba rápida para hepatitis b y una prueba rápida de VIH/SÍFILIS (dual o por separado), en ambas presentaciones del kit: El kit mínimo (a nivel de los Establecimientos de Salud del primer nivel de atención del 1-1 al 1-3) El kit completo (a nivel de los Establecimientos 1-4, y Hospitales del segundo y tercer nivel)  En este sentido, en la Norma Técnica de Salud N°164- MINSA/2020/DGIESP se hace una descripción de los servicios a los que debe acceder una persona que haya sido víctima de violencia sexual, especificando en su "Anexo 1: Actividades según niveles, para el cuidado integral de la persona afectada por violencia sexual" que la profilaxis contra VIH/SIDA debe darse en todos los niveles de atención (desde el I-1 hasta el nivel II). Si bien esto guarda sentido con las necesidades y las recomendaciones existentes sobre el manejo de estos casos, se contradice de cierta manera con lo establecido por la "Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual" la cual establece dos tipos de kit (en los que la provisión de esta profilaxis hace justamente la diferencia). Hacemos énfasis en ello pues consideramos que es urgente y necesario tomar medidas que garanticen la plena salud de las personas que hayan sido víctimas de violencia sexual y esto tiene que primar sobre las cuestiones logísticas y de abastecimiento que puedan tener los establecimientos de salud.
4.4	Atención prenatal		Eliminación de requerimientos innecesarios para el acceso a Atención prenatal	No	No se ha detallado la eliminación de algún requerimiento para la atención prenatal, pero sí se han determinado acciones para agilizar procesos. Así, la Directiva Sanitaria 98-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria para el seguimiento y monitoreo de la morbilidad materna extrema detalla: 6.3.2 El reporte inmediato de los casos de Morbilidad Materna Extrema será recibido (vía WhatsApp) por todos los establecimientos de salud de Función Obstétrica y Neonatal Esencial II (FONE), Función Obstétrica y Neonatal Intensiva (FONI), y por el personal médico de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva, quienes realizarán las coordinaciones respectivas con los establecimientos de Lima Metropolitana y regiones para apoyar las acciones realizadas por el establecimiento que reportó. 6.3.3 El reporte de un caso de Morbilidad Materna Extrema será considerado una alerta para todos los Establecimientos de Salud FONE II (II-2, III-1, III E) y FONI (III-2), a fin de priorizar las acciones de coordinación y articulación para evitar una Muerte Materna (MM). Por otro lado, en relación con las gestantes con síntomas de COVID-19, la Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva Sanitaria para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar detalla: 6.3.1 Toda gestante o puerpera sintomática respiratoria con signos de alarma para COVID-19 debe ser tratada con la máxima prioridad debido al mayor riesgo de resultados adversos y debe ser hospitalizada para evaluación y manejo multidisciplinario por 48 a 72 horas. (...) 6.3.8 Los servicios de atención de salud materna (salas de parto y operaciones) y neonatal deben estar separados de las unidades que atienden los casos de COVID-19. 6.3.9 Los hospitales y centros de salud maternos infantiles deben asegurar la atención de los partos (vaginales o quirúrgicos) las 24 horas, y el estricto cumplimiento de las precauciones visibles para el flujo del personal de salud y de los pacientes en todas las áreas del establecimiento. No se puede dar cuenta de cuáles de estas disposiciones se han puesto en práctica y en qué medida.

5.	Todas		Disponibilidad de insumos iguales o superiores a los del año anterior para asegurar la continuidad de la provisión	No contamos con información exacta.	De acuerdo con las declaraciones del director Ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, el Dr. Guillermo Atencio La Rosa, en el webinar "La atención en planificación familiar en tiempos de la pandemia COVID-19", el Estado peruano cuenta con provisiones para continuar la atención en servicios de salud reproductiva. Sin embargo, es importante señalar que la Dra. Nelly Huamaní, directora de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), declaró que, aunque sí hay insumos disponibles, existen problemas administrativos que impiden que, finalmente, lleguen a las usuarias. No se ha tenido acceso, al momento de la redacción de este documento, a la información exacta sobre la cantidad de insumos disponibles en todos los servicios de salud reproductiva. No obstante, el Sistema de Precios de Medicamentos e Insumos (SEPREMI) ha revelado información específica respecto al abastecimiento de los insumos anticonceptivos, que además ha sido publicado por UNFPA.
5.1	IVE		Disponibilidad de insumos (medicamentos y AMEU) suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de AT	Alta disponibilidad	No se cuenta con información disponible respecto al abastecimiento de insumos para el aborto terapéutico. Sin embargo, según nos refieren los informantes, no existe, a la fecha, problemas con los insumos para la realización de los procedimientos (equipos y misoprostol). Sí mencionan que se vienen haciendo estudios para demostrar la necesidad de Mifepristona, la cual no está disponible en el país. En el actual contexto, sería beneficioso contar con este insumo, ya que puede disminuir la estancia de las mujeres en el establecimiento de salud.
5.2	Anticoncepción	Disp.	Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de la provisión de anticoncepción transitoria	Se espera desabastecimiento hacia finales de año.	El Sistema de Precios de Medicamentos e Insumos (SEPREMI) expone un problema potencial de desabastecimiento de insumos anticonceptivos en su presentación "Monitoreo de riesgos de desabastecimiento de insumos de salud sexual y reproductiva en América Latina". SEPREMI <sup>7</sup> reveló información, que fue provista por ForoLAC, respecto al promedio mensual de consumo de métodos anticonceptivos en el Perú, las compras realizadas y las dificultades de adquisición. Con esta información, se pudo identificar un potencial desabastecimiento de anticonceptivos en los servicios de salud públicos equivalente a 25 400 Años Pareja Protegida al finalizar el año. De acuerdo con lo detallado por UNFPA, en "Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos" <sup>8</sup> , esto significaría la discontinuidad del uso de anticonceptivos modernos por parte de 56 445 mujeres que venían recibiendo sus anticonceptivos de corta duración en los servicios públicos de salud peruanos. Por otro lado, SEPREMI también proyectó una caída en ventas de anticonceptivos, aunque en este caso no es debido a un desabastecimiento de insumos, sino más bien por el impacto económico que ha generado la emergencia sanitaria. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) ha calculado, para el 2020, un crecimiento de la población pobre de 2.6%. Esto reduce la capacidad adquisitiva por parte de varias familias. Por ello, SEPREMI estimó una caída de ventas de anticonceptivos en farmacias equivalentes a 28 241 Años Pareja Protegida (APP) al finalizar el año. Esto significa, de acuerdo con UNFPA, que "62 667 mujeres, que venían adquiriendo sus anticonceptivos modernos de corta duración en farmacias de Perú discontinuarán su uso durante 2020 como consecuencia del COVID-19". Se adjunta en el Anexo 6 una tabla elaborada por SEPREMI en la que se muestra las cifras de abastecimiento con que se cuenta para este año.
5.3	Testeo de ITS y VIH		Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad de los testeos de ITS y VIH	No se cuenta con información.	No se cuenta con información respecto al abastecimiento de insumos para el tamizaje. Desde el 15 de marzo, no se han realizado campañas de tamizaje y, aunque no se tiene disponible la cifra exacta, por la información en los medios de comunicación, se sabe que la cantidad de testeos se ha reducido, aunque esto no se debe a un problema de disponibilidad de insumos, sino más bien a una reducción en la capacidad oferta por sobrecarga de casos COVID-19.
5.4	Tratamiento de ITS y VIH		Disponibilidad de insumos suficientes para asegurar la continuidad del tratamiento de ITS y VIH	No se cuenta con información.	*No se cuenta con la cifra exacta de insumos disponibles. Sin embargo, en un reportaje del medio digital IDL-Reporteros <sup>9</sup> , Carlos Benites, titular de la Dirección de Prevención y Control de VIH-SIDA, Enfermedades de Transmisión Sexual y Hepatitis del MINSA, declaró que "se coordinó con el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) una distribución adelantada de insumos antes de la cuarentena, con lo que se consiguió el abastecimiento del 82% de los medicamentos". Además, respecto a las diversas denuncias expuestas en los medios, que podrían demostrar un desabastecimiento, detalló que "para el caso de algunos productos específicos, el abastecimiento fue menor y ello podría explicar el menor tiempo de dispensación [de los antirretrovirales] en aquellos casos".

## 2. Indicadores de proceso

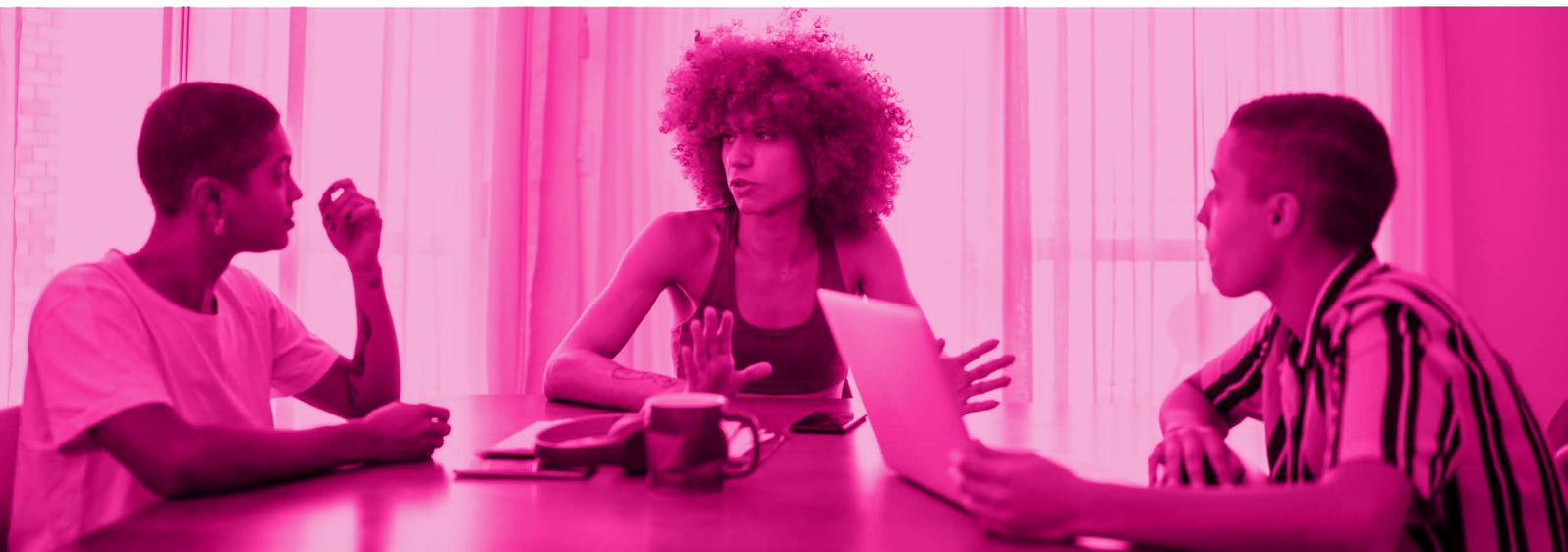
Indicadores de proceso: miden los continuos esfuerzos del Estado para transformar los compromisos legales y políticos en los resultados deseados a través del diseño, implementación y monitoreo de programas para la consecución progresiva de los derechos humanos. En este caso, mediremos la implementación de acciones identificadas y recomendadas, y la asignación de recursos.

N.	SE de SR	Tipo	Indicador	Respuesta	Detalle
6	Todas	Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de salud reproductiva	.	Como lo señalan informantes representantes del sector público de salud, ONG nacionales e internacionales dedicadas a la prestación de servicios de SSR o provisión de medicamentos, las medidas dadas significaron una suspensión de los servicios de salud sexual y reproductiva desde el inicio del estado de emergencia hasta finales de mayo <sup>9</sup> (si bien inicialmente el Ministerio de Salud anunció la suspensión de las consultas externas de todos los servicios en sus hospitales y establecimientos por 15 días, este plazo se fue extendiendo). Estos solo se limitaron a la atención de urgencias y emergencias. Recién a inicios de junio, se han reactivado algunos servicios de SSR del primer nivel con énfasis en atención de gestantes del último trimestre y atención de partos, así como algunos servicios de PF. Actualmente, un porcentaje de los servicios presenciales están funcionando (los porcentajes son variables en las diversas regiones y podrían oscilar entre el 20% y 70% según nos refieren los informantes entrevistados). Estos servicios funcionan con una oferta disminuida debido a las medidas de seguridad y a la disponibilidad de profesionales de salud. Según la estrategia de SSR, entre el 30% y 40% de los servicios en general, se han visto comprometidos por bajas del personal por diversos motivos. En el 2020, PROMSEX realizó un estudio, a nivel nacional, que exploró el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva durante la pandemia. Entre los principales hallazgos, se obtuvo que el 11% de los encuestados ha necesitado algún servicio de salud sexual y reproductiva desde que comenzó la pandemia, principalmente la demanda se centra en las personas jóvenes (30% entre 18 y 34 años) y más en las mujeres (15%) que en los hombres (6%). Del porcentaje de personas que necesitaron dichos servicios, el 31% no pudo acceder y el 26% logró acceder pero con dificultades. De las personas que no pudieron acceder o que accedieron con dificultades, el 37% de ellas tuvo problemas para acceder a métodos anticonceptivos, el 26% a salud ginecológica, el 20% a control del recién nacido, el 16% a atención del parto, el 11% a consulta relacionada a VIH, el 11% a control prenatal y el 4% a planificación familiar. <sup>11</sup>
6.1	Anticoncepción	Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de AC	Sí, ello ha generado un gran incremento del número de PPA sin protección.	La oferta de métodos anticonceptivos ha sido reiniciada a partir de junio. La cobertura actual no ha logrado igualar a las existentes en enero del 2020 o en el 2019. La disminución de asesoría y provisión de métodos se ha visto reflejada en la disminución del número de parejas protegidas a nivel nacional, el cual muestra un franco descenso entre enero y abril este año, para luego mostrar un aumento (insuficiente si comparamos con enero y febrero del presente año). Esta información fue obtenida de la presentación del Dr. Atención para Telesalud MINSa. En el Anexo 5, se muestra la gráfica de del número de parejas protegidas por mes a nivel nacional, por todos los métodos, de enero a junio 2020.
6.2	Testeo de ITS y VIH	Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de testeo de ITS y VIH	Sí, pero no se cuenta con cifras exactas sobre la provisión del servicio.	Al inicio de la emergencia sanitaria, el 16 de marzo, se detuvo, temporalmente, la atención en casi todos los servicios de salud, exceptuando emergencias. Esto significó la suspensión temporal de testeos de todas las ITS en servicio público y privado. Desde abril, muchos servicios se han ido retomando. Sin embargo, la cantidad de casos COVID-19 han sobrecargado los laboratorios, lo que ha generado una disminución en la capacidad de atención del servicio de testeo de ITS y VIH. Así lo detalló el medio digital IDL-Reporteros, que informó, en su reportaje "En la sombra de la emergencia", que, de acuerdo con los responsables del programa de VIH en distintas partes del país, "los servicios de laboratorio están saturados por la pandemia y los infectólogos dedicados a VIH están ahora totalmente abocados a tratar casos de COVID-19".
6.3	Tratamiento de ITS y VIH	Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de tratamiento de ITS y VIH	Sí, pero no se cuenta con cifras exactas sobre la provisión del servicio.	El 16 de marzo, el Ministerio de Salud realizó una publicación virtual titulada "Recomendaciones para garantizar la atención integral de las personas viviendo con VIH frente a la pandemia por COVID-19" <sup>12</sup> , en donde se detallan algunas acciones recomendadas para asegurar la oferta de servicios de tratamientos para el VIH, ITS y hepatitis. Sin embargo, se registraron diversos casos en los cuales los establecimientos de salud no pudieron cumplir con lo indicado en esta recomendación. El medio digital IDL-Reporteros publicó, en mayo, el reportaje "En la sombra de la emergencia", en donde Marlon Castillo, del Grupo Impulsor de Vigilancia en Abastecimiento de Medicamentos Antirretrovirales (GIVAR), declaró haber recibido varias denuncias de este tipo. "Solo durante las dos primeras semanas de cuarentena, hemos recibido más de 40. En realidad, no se está cumpliendo con la disposición. En unos hospitales, se está entregando para un mes; en otros, para menos de un mes. Hay problemas de stocks de medicamentos, porque no todos están disponibles en los hospitales". A su vez, Guiselly Flores, directora de la Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, también declaró haber vivido una situación similar: "La primera semana de cuarentena recibí como 2 o 3 casos diarios de personas que no tenían acceso a sus medicamentos". Aunque pudo resolver los 329 que recibió, coordinando con la Dirección de VIH-Sida del MINSa, esta situación demuestra las dificultades en la capacidad de entrega de tratamientos.
6.4	IVE	Disp.	Disminución, suspensión o restricción de la oferta de servicios de AT	Sí	Este es un servicio que, antes de la pandemia, ya venía mostrando graves dificultades en su acceso para las mujeres. En los principales centros de referencia para la atención de AT en el país, se evidencia gran disminución de casos (ver Anexo 7). En dicho anexo, se incluyen las atenciones brindadas por EsSalud (comparativo 2019 y 2020), que evidencian que no habría habido una reducción de los servicios en ese sistema (considerando que las cifras con las que se cuentan del 2020 corresponden solo al período enero- julio). Es importante mencionar que los establecimientos han actuado de acuerdo con protocolos y directivas propias al no existir normativas o protocolos para esta atención en específico en tiempo de pandemia. La Línea de Aborto Información Segura, iniciativa que difunde información confiable y gratuita sobre aborto, registró un aumento en un 400% en las atenciones durante la emergencia sanitaria. Por su parte, la colectiva feminista Serena Morena, quienes brindan información y acompañan a quienes han decidido interrumpir su embarazo, señalaron que los mensajes de auxilio se incrementaron en un 50%, tras la primera extensión de los primeros 15 días de la cuarentena obligatoria. Además, la colectiva Decido Yo asistió, en abril, a 2063 usuarias, tres veces más de lo que solían atender mensualmente antes de la emergencia. <sup>13</sup>
7.	Todas	Accesibilidad	Implementación de las adaptaciones para garantizar accesibilidad a las prestaciones de SSR en el marco de la pandemia por COVID-19	No	La Directiva Sanitaria 94-MINSa/2020 para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar estableció las acciones particulares por realizar para asegurar la prestación de los servicios prenatales y de planificación familiar. Sin embargo, la efectivización de dichas medidas no ha sido completa y muchos de los establecimientos del primer nivel continúan sin brindar atención.  No se cuenta con cifras exactas sobre el número de atenciones de SSR que se han dado por telemedicina.
7.1	IVE	Accesibilidad	Provisión de AT por telemedicina (sí/no)	No aplica.	Como se mencionó previamente, no se ha implementado la teleconsulta para la atención del AT. Todas las consultas y procedimientos quedaron restringidos a lo presencial.
			Número de consultas	No aplica.	
			Número de AT realizadas por esta modalidad	No aplica.	
7.1.1	IVE	Accesibilidad	Provisión de AT ambulatorio en todos los niveles de atención	No	Información del Instituto Nacional Materno Perinatal (INMP), el establecimiento de referencia para AT más importante, señala que no se ha implementado atención ambulatoria para AT.
			Cantidad de AT por nivel	No aplica.	La atención de AT no se hace de manera ambulatoria.
			Comparación con el año anterior	No aplica.	La atención de AT no se hace de manera ambulatoria.
7.1.2	IVE	Accesibilidad	Provisión de medicación para AT ambulatorio en la primera consulta	No	Los protocolos de AT existentes establecen que la paciente debe ser hospitalizada. No se da el tratamiento de forma ambulatoria.
			Cantidad de tratamientos para IVE medicamentos entregados	No aplica.	
			Comparación con el año anterior	No aplica.	
7.1.3	IVE	Accesibilidad	Flexibilización de requisitos para la compra de medicamentos para AT: receta, farmacias habilitadas, etc.	No	No se han hecho cambios en los protocolos de atención. Las atenciones de AT en los hospitales de referencia han sido muy pocas.
7.1.4	IVE	Accesibilidad	Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso	No	Las atenciones de AT solo se hacen en el nivel II y nivel III-2 (como instituto). No se han hecho adaptaciones para proveer del servicio en zonas rurales.
7.1.5	IVE	Accesibilidad	Adaptaciones para la atención de AT en NyA, PCD, indígenas, entre otras.	No	No se han hecho modificaciones para la atención en ninguna población en particular.

			Número de consultas e IVE por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones.)	No se cuenta con esta data.	
7.2	Anticoncepción	Accesibilidad	Asesoría de AC por telemedicina	No se cuenta con esta data.	No se cuenta con datos detallados sobre las modalidades de prestación de servicios dados de AC.
			Número de consultas realizadas por esta modalidad	No aplica.	
7.2.1	Anticoncepción	Accesibilidad	Provisión de anticonceptivos sin consulta presencial Cantidad de AC entregados con esta modalidad	No contamos con data al respecto.	
7.2.2	Anticoncepción	Accesibilidad	Disponibilidad (%) de insumos anticonceptivos para la necesidad local (encuesta de necesidades)	Reducido.	El impacto del COVID-19 en la provisión de servicios ha llevado a un aumento de las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos. Se estima que esta se incrementará de 18.5% (porcentaje registrado a inicios del 2020), a 19.9% (estimado a registrarse a inicios del 2021). Los datos de años previos se muestran en el Anexo 8. <sup>14</sup>
			Comparación con el año anterior (%)		Se espera que, para el 2021, haya un incremento de las necesidades insatisfechas en comparación con el año anterior de 1.4%. Este cálculo se desprende del análisis de la gráfica del Anexo 8.
7.2.3	Anticoncepción	Accesibilidad	Adaptaciones para la atención en zonas rurales o de difícil acceso	No	Las directivas sanitarias y decretos publicados no han detallado cómo adaptar las medidas en las diferentes áreas alejadas. Los servicios que se han reabierto se enfocan en la atención de COVID-19.
7.2.4	Anticoncepción	Aceptabilidad	Adaptaciones para la atención de AT en NyA, PCD, indígenas, entre otras.	No	No se han dado directivas para la atención de AT.
			Número de consultas y AC entregados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones)	No se cuenta con esta data.	
7.3	Testeo de ITS y VIH	Accesibilidad	Asesoría para ITS y VIH por telemedicina	No se cuenta con esta data.	No se ha tenido disponible la cifra exacta de atenciones realizadas por telemedicina.
			Número de consultas realizadas por esta modalidad	No se cuenta con esta data.	
7.3.1	Testeo de ITS y VIH	Accesibilidad	Implementación de testeo rápido de ITS y VIH	No se cuenta con esta data.	De acuerdo con información del MINSA, durante el 2018, se realizó el tamizaje de VIH a 1 295 456 personas a nivel nacional en establecimientos de salud, campañas de salud y a través de brigadas itinerantes. No se ha encontrado información disponible respecto al año 2019 y 2020.
			Número de tests realizados por esta modalidad	No se cuenta con esta data.	
			Diferencia con el año anterior (%)	No se cuenta con esta data.	
7.3.2	Testeo de ITS y VIH	Accesibilidad	Provisión de testeo de ITS y VIH en todos los niveles de atención	Sí	No se ha detenido, oficialmente, la atención de tamizajes. Sin embargo, observando las cifras alcanzadas de casos notificados de infección VIH y de Sida en el 2019 en relación con este año, se puede identificar una reducción considerable. Ver Anexo 9
			Número de tests realizados en cada nivel	No se cuenta con esta data.	
			Diferencia con el año anterior (%)	Alrededor del 80%	Si hacemos un estimado considerando solo el equivalente a 7 meses del año 2019 y el número de casos reportados al 31/07/2020 (equivalente a 7 meses), encontramos una reducción del número de casos de SIDA notificados del 82% y del número de infecciones del 78%.
7.3.3	Testeo de ITS y VIH	Accesibilidad	Adaptaciones para testeo de ITS y VIH en zonas rurales o de difícil acceso	No	No se han establecido protocolos específicos para el testeo de ITS y VIH en zonas alejadas.
7.3.4	Testeo de ITS y VIH	Aceptab.	Adaptaciones para testeo de ITS y VIH en NyA, PCD, indígenas, entre otras.	No	No se han establecido protocolos específicos para el testeo de ITS y VIH en poblaciones particulares.
			Número de tests realizados por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, regiones, etc.)	No se cuenta con el dato.	No se tiene información disponible sobre alguna adaptación realizada.
7.4	Atención prenatal (AP)	Accesibilidad	Implementación de las adaptaciones para garantizar bioseguridad en la AP en el marco de la pandemia por COVID-19		Las directivas sanitarias previamente mencionadas establecen las acciones que se deberían realizar en los servicios para garantizar la seguridad del personal y de los pacientes.
7.4.1	Atención prenatal	Accesibilidad	Provisión de AP por telemedicina (sí/no)	No se cuenta con el dato.	De acuerdo con el marco normativo y los resultados de la supervisión de la Defensoría del Pueblo <sup>15</sup> , sí se está realizando la atención prenatal por telemedicina. Asimismo, los informantes refieren que, aunque en una cantidad reducida, el servicio se viene dando de manera presencial. No se cuenta con data específica en que se detalle el tipo de prestación brindada.
			Número de consultas	No se cuenta con el dato.	No se cuenta con data específica en que se detalle el tipo de prestación brindada.
			Número de consultas de AP realizadas por esta modalidad	No se cuenta con el dato.	No se cuenta con data específica en la que se detalle el tipo de prestación brindada.
7.4.2	Atención prenatal	Accesibilidad	Adaptaciones para AP en zonas rurales o de difícil acceso	No	No se encontró información sobre acciones o experiencias específicas en la atención prenatal en zonas de difícil acceso.
7.4.3	Atención prenatal	Aceptab.	Adaptaciones para AP en NyA, PCD, indígenas, entre otras.	No	No se encontró información sobre acciones o experiencias específicas en la atención prenatal en zonas de difícil acceso. Sin embargo, el gobierno publicó, en abril, el Decreto Legislativo 1468 - Decreto Legislativo que establece disposiciones de prevención y protección para las personas con discapacidad ante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19 <sup>16</sup> , que incluye:  Art. 4.- Medidas prioritarias para la prevención y protección de las personas con discapacidad 4.1 La prestación de servicios de salud, promoviendo su accesibilidad y prohibiendo cualquier tipo de discriminación por motivos de discapacidad, a quienes se encuentren afectadas por la emergencia sanitaria; y de manera general, se debe asegurar la continuidad de los servicios, atenciones médicas, incluida la atención de la salud mental, rehabilitación y entrega oportuna de medicamentos vinculados con sus condiciones de salud preexistentes. (...) Disposiciones Complementarias Modificatorias Primera. - Incorporación del art. 62-A a la Ley 29973, Ley General de la Persona con Discapacidad (...) Art. 62-A.- Seguridad y protección en situaciones de emergencia 62-A.1 La persona con discapacidad tiene derecho a que se garantice su seguridad, protección y el acceso a la prestación de servicios básicos que le permitan subsistir de manera digna y respetando el ejercicio de su capacidad jurídica, en situaciones de emergencia. (...)
			Número de consultas por edad, en PCD, indígenas (usar criterios locales: zonas, provincias, etc.)	No se cuenta con el dato.	
8.	Todas	Accesibilidad	Difusión de la información sobre la atención de la SSR en el marco de la pandemia	Sí	Se identifican, al menos, dos campañas publicitarias y otras publicaciones. Estas se detallan en el Anexo 10
9.	Todas	Calidad	Capacitación de profesionales de salud para la provisión de servicios de SSR por telemedicina	Sí	La Dra. Lily Kau Kau, directora Ejecutiva de Telemedicina del MINSA, expuso que, hasta julio, se habían realizado 7 289 capacitaciones a profesionales de la salud por las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y las Gerencias Regionales de Salud (GERESA). Además, en el marco del COVID-19, brindaron un curso de Telemedicina abierto (con tres convocatorias), y uno para el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS). En este curso participaron: Curso de Telemedicina en el marco del COVID-19 Primera convocatoria: 3 633 participantes Segunda convocatoria: 4 050 participantes Tercera convocatoria: 3 000 participante Curso de Telemedicina para SERUMS: 5 000 participantes No contamos con data sobre el porcentaje de estas capacitaciones que corresponden al tema de SSR.
			Cantidad de profesionales capacitados	No se cuenta con el dato.	No se cuenta con la cifra de capacitación de profesionales de la salud involucrados en específico en servicios de salud reproductiva.
9.1	Todas	Calidad	Difusión de información para profesionales de la salud sobre las adaptaciones para la atención de la SSR en el marco del COVID-19	Sí	La difusión que se ha realizado ha sido sobre las adaptaciones digitales para brindar los servicios de salud. Estas se han dado a través de: Comunicados y videos de la Red Nacional de Telesalud, que incluyen mesas o conversatorios, capacitaciones en línea, entre otros Directivas y normas publicadas, que incluyen directivas sanitarias relacionadas con temas de salud reproductiva Dispositivos internos de comunicación en cada establecimiento de salud
10.	Todas	Accesibilidad	Asignación presupuestaria para la SSR 2020 Asignación presupuestaria para la SSR 2019		El Ministerio de Economía y Finanzas cuenta con la plataforma digital "Consulta Amigable", en la que se puede revisar el presupuesto del gasto público anual por categoría presupuestal. Las categorías presupuestales que desarrollan específicamente los temas de salud reproductiva son salud materno neonatal y TBC-VIH/Sida. El detalle del gasto público en Salud se encuentra en el Anexo 11.

### 3. Indicadores de resultado

Indicadores de resultado: recopila los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos humanos. Recopilan los efectos de las iniciativas estructurales y de procesos destinadas a respetar, proteger y cumplir los derechos reproductivos que hemos identificado como esenciales.				
N.	Tipo	Indicador	Respuesta	Detalle
11.	Accesibilidad	Tasa global de fecundidad		Según ENDES 2019 <sup>17</sup> , 2018: la tasa global de fecundidad fue de 2,2 hijos en promedio por mujer
		Tasa de fecundidad por edad		Según ENDES 2019 <sup>18</sup> , 2018: fecundidad adolescente: 47 nacimientos por cada 1 000 mujeres de 15 a 19 años de edad
12.	Accesibilidad	Mortalidad materna 2020	Incremento en 12% respecto a la semana equivalente en el 2019. Ver Anexo 12	Número de muertes maternas (MM) total anual 2020 (enero hasta semana 27): 196 (+12% respecto al 2019) <sup>19</sup> .
		Mortalidad materna 2019		Número de MM total anual 2019: 302 Número de MM total anual 2019 (enero hasta semana 27): 175
		Mortalidad materna por edad	No se cuenta con el dato.	
		Mortalidad neonatal/perinatal 2019		2019: 6 182 defunciones fetales y neonatales, reduciéndose en un 8% con respecto al 2018 y 2017. Ver Anexo 13
		Mortalidad neonatal/perinatal 2020	No se cuenta con el dato.	
		Mortalidad neonatal/perinatal 2019 según edad de la gestante	No se cuenta con el dato.	
		Mortalidad neonatal/perinatal 2020 según edad de la gestante	No se cuenta con el dato.	
13.	Accesibilidad	Nacimientos por edad de la gestante 2020		Nacimientos MINSa Perú 2020 (enero - 1 de setiembre): 311 617 Gestantes entre 30-59 años: 135 364 Gestantes entre 18-29 años: 163 932 Gestantes entre 12-17 años: 12 298 Gestantes entre 0-11 años: 21
		Nacimientos por edad de la gestante 2019		Nacimientos MINSa Perú 2019: 485 269 Gestantes entre 30-59 años: 201 722 Gestantes entre 18-29 años: 261 766 Gestantes entre 12-17 años: 21 767 Gestantes entre 0-11 años: 14
14.	Accesibilidad	Embarazos forzados 2020		Registro del MINSa - Número de nacido vivos cuyas madres eran menores de 14 años <sup>21</sup> : En el año 2020 (enero - agosto): 594
		Embarazos forzados 2019		Registro del MINSa - Número de nacido vivos cuyas madres eran menores de 14 años <sup>22</sup> : En el año 2019: 1 303
15.	Accesibilidad	Cantidad de denuncias por violencia sexual 2020		Denuncias registradas en el Centro de Emergencia Mujer (CEM): <sup>23</sup> Entre enero y el 31 de agosto de 2020, los CEM registraron 54 125 casos de violencia, de los cuales 5 767 fueron de violencia sexual (11%) (Ver Anexo 14). Denuncias registradas por Línea 100: <sup>24</sup> En el año 2020, se atendió 156 307 llamadas de consultas por violencia (al 31 de agosto de 2020) (Ver Anexo 15) sobrepasando la totalidad de los casos anuales del 2019.
		Cantidad de denuncias por violencia sexual 2019		Denuncias registradas en el Centro de Emergencia Mujer (CEM): <sup>25</sup> En el año 2019: se atendieron 181 885 casos de personas afectadas por hechos de violencia contra las mujeres, integrantes del grupo familiar o violencia a nivel nacional, de los cuales 18 044 fueron casos de violencia sexual (10%). Además, para agosto del año 2019, se reportaron 10 751 casos de violencia sexual. En comparación con el dato de agosto del 2020, se observa una diferencia de cerca del 50% (Ver Anexo 14). Denuncias registradas por Línea 100: <sup>26</sup> En el año 2019, se atendieron 119 786 llamadas de consultas por violencia (Ver Anexo 15).
16.	Accesibilidad	Complicaciones por aborto 2020	No se cuenta con el dato.	
		Complicaciones por aborto 2019	No se cuenta con el dato.	
17.	Accesibilidad	Cantidad de AT 2020		Datos obtenidos de los centros de referencia al 31 de agosto de 2020 (no publicados): Instituto Nacional Materno Perinatal INMP- Lima: 26 Hospital Santa Rosa- Piura: 2 Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali: 3 Hospital María Auxiliadora- Lima: 2 Hospital Dos de Mayo- Lima: 0 Hospital de Tarapoto- Tarapoto: 2 Hospital Nacional Arzobispo Loayza- Lima: 0 Hospital Santa Rosa (P. Libre)- Lima: 0
		Cantidad de AT 2019		Datos obtenidos de los centros de referencia (no publicados): Instituto Nacional Materno Perinatal INMP- Lima: 98 Hospital Santa Rosa- Piura: 15 Hospital Regional de Pucallpa- Ucayali: 10 Hospital María Auxiliadora- Lima: 8 Hospital Dos de Mayo- Lima: 5 Hospital de Tarapoto- Tarapoto: 5 Hospital Nacional Arzobispo Loayza- Lima: 0 Hospital Santa Rosa (P. Libre)- Lima: 0
18.	Accesibilidad	Nº de partos hospitalarios 2020		Partos hospitalarios 2020 (enero - 1 de setiembre) <sup>27</sup> : 307 026
		Nº de partos hospitalarios 2019		Partos hospitalarios 2019 <sup>28</sup> : 480 325
		Nº de partos domiciliarios 2020		Partos domiciliarios 2020 <sup>29</sup> (enero - 1 de setiembre): 3 111
		Nº de partos domiciliarios 2019		Partos domiciliarios 2019 <sup>30</sup> : 3 777



## Análisis de la información

### IV

La información recogida da cuenta de las serias deficiencias que han tenido los servicios de SSR para continuar con su provisión en el contexto de la pandemia. Si bien se dieron (aunque de manera tardía) normativas que buscaron dar continuidad a algunos de los servicios como atención pre natal y anticoncepción, en la práctica, las medidas planteadas no fueron implementadas en su totalidad. En esta línea, se ha mencionado la importancia del rol que podría tener la atención comunitaria, la cual continúa siendo una estrategia con altas expectativas sobre la que se espera poder trabajar; o, incluso, acuerdos (convenios) del Estado con las farmacias privadas para la distribución y acceso a insumos AC u otros.

Las normativas dadas respecto a la provisión de anticonceptivos dictaban que los mismos fueran brindados en los servicios de emergencia y urgencia de los establecimientos de salud. Esta fue una medida que no tuvo éxito debido a la alta demanda e insuficiencia del personal, sumado al hecho de que no se contaba con los insumos en el ambiente de la emergencia, a las restricciones de movilidad que se impusieron y al temor de las personas de asistir a las emergencias hospitalarias por riesgo de contagio de COVID-19. Como es de imaginarse, esta situación llevó a una falta de acceso a los servicios de AC, la cual se ha hecho notar no solo por la disminución de la provisión de los diversos métodos en los meses centrales de la emergencia, sino a través de una disminución importante del número de parejas protegidas anual (PPA) con respecto al de 2019, lo cual resulta sumamente preocupante, ya que significa un retroceso en materia de SSR. Esto es particularmente grave en un contexto como el peruano, donde el uso de métodos anticonceptivos modernos bordea el 50% en mujeres unidas, porcentaje que permanece sin mejoras desde hace más de una década. Otras consecuencias de estas deficiencias, tales como el incremento de embarazos no deseados, incremento en la fecundidad (siendo el grupo de menores de edad el de mayor riesgo), entre otros, no se verán sino hasta el año que viene.

Respecto a las atenciones prenatales, sabemos que, durante más de un mes desde que se decretó la emergencia sanitaria, los servicios de salud no contaron con directivas para la atención de las

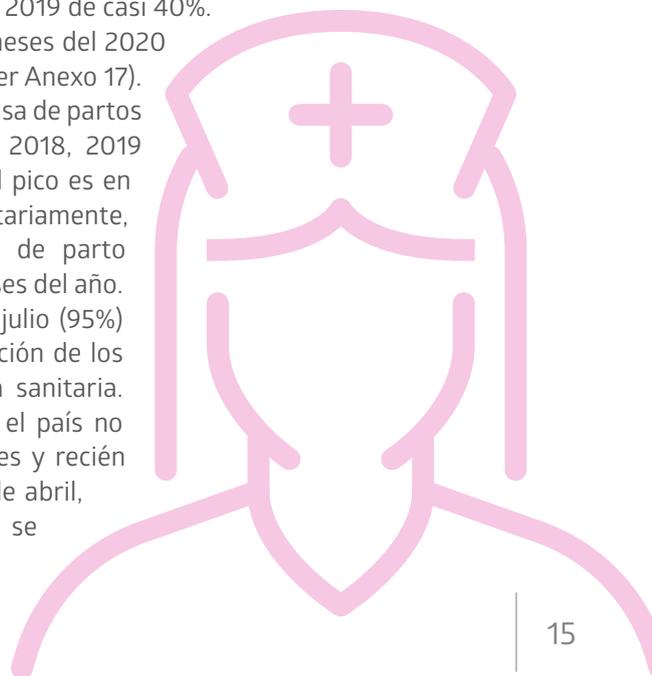
gestantes y se vieron suspendidas las consultas externas en las 8 mil postas médicas y centros de salud de menor rango.<sup>31</sup> El 80% de los controles prenatales se realizan en dichos establecimientos, de los cuales, aproximadamente, el 15% son considerados como de alto riesgo y derivados a los hospitales para su atención, tal como señala la Decana del Colegio Nacional de Obstetras, sobre la base de datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). En consecuencia, la falta de servicios puso a un aproximado de 82 500 mujeres gestantes en un grave peligro al no poder continuar con sus tratamientos, controles y exámenes programados.<sup>32</sup>

Un mes después de que se decretó el estado de emergencia, se aprobó la Directiva Sanitaria 094-2020, que ordenó al personal médico “asegurar la continuidad en la atención de las gestantes” a través de visitas domiciliarias o teleconsultas. Sin embargo, las visitas domiciliarias no fueron puestas en práctica y la información respecto a la disponibilidad de teleconsulta no fue debidamente trasladada a las gestantes y no todas pudieron acceder al servicio.

No solo la atención prenatal se vio afectada en este contexto. La atención de partos también fue negada o restringida de alguna manera para muchas mujeres. Las barreras que encontraron las gestantes al acudir a los servicios fueron diversas. Algunos hospitales solicitaban la prueba rápida para descartar contagios y acceder a una atención o para ser hospitalizadas, a pesar de no contar con los kits para realizar las pruebas. Otro grupo de hospitales, sobre todo aquellos con una mejor infraestructura y equipamiento para atender partos y emergencias, destinaron todos sus servicios a la atención de pacientes COVID-19 sin contar con zonas diferenciadas y zonas de aislamiento para las mujeres que no tenían esta patología.<sup>33</sup> La falta de atención se refleja claramente en las cifras de parto hospitalario publicadas por el MINSA, donde se ve una disminución del 0.5% en el porcentaje de partos registrados que son atendidos en un establecimiento de salud respecto al total de partos registrados (98.44% partos hospitalarios registrados al 21 de octubre del 2020, cuando hicimos una actualización de la data presentada en este informe, comparado con el 98.98% de partos registrados en todo el 2019<sup>34</sup> (Ver anexo 16). Si bien el porcentaje podría parecer bajo, es importante considerando que, por un lado, estamos hablando de casi medio millón de partos registrados anualmente y, por otro, que el porcentaje de partos intrahospitalarios se había mantenido muy cercano al 99% entre en el 2015 y 2020 (oscilando entre el 98.83 en el 2017 y 99.19% en el 2015). Un mayor detalle de casos específicos abordados por la prensa se presentará más adelante en este informe.

Además, en la actualización que se realizó al 30 de setiembre, se elaboró un cálculo de la tasa de ocurrencia del evento por cada 100.000 habitantes, ya que es la mejor manera de evaluar los cambios de un evento a través de los años, ello nos da una uniformidad de la medición que estamos usando (tomando en cuenta las variaciones en la población que ocurren año tras año). Es así que hacemos una comparación del número de partos extra domiciliarios (parto en la vía pública, en el lugar de trabajo, domiciliario, aquellos que no se sabe dónde ocurrieron y otros) en los primeros 9 meses de 2020, 2019, 2018 y 2017. Se observa un incremento de los partos domiciliarios en los primeros 9 meses del 2020 respecto a los primeros meses del 2019 de casi 40%.

Así mismo, el parto en el lugar de trabajo en los primeros 9 meses del 2020 es casi 7 veces mayor al encontrado en el 2019 o en el 2018 (ver Anexo 17). Además, en el mismo Anexo 17, en la gráfica N°9 se calcula la tasa de partos extra-hospitalarios ocurridas en los 9 primeros meses del 2018, 2019 y 2020, se observa que la tasa aumenta desde abril y que el pico es en agosto, cuando la tasa llega a aumentar un 2.50. Complementariamente, se presenta la diferencia en porcentajes entre las tasas de parto domiciliario del 2019 y 2020 registrados en los primeros 9 meses del año. Se percibe que la mayor diferencia ocurre en los meses de julio (95%) y agosto (77%) (ver Anexo 18)<sup>35</sup>. Como es de suponer, la atención de los recién nacidos también sufrió los efectos de la emergencia sanitaria. Durante mes y medio, el personal de neonatología de todo el país no contó con un protocolo para saber cómo atender a gestantes y recién nacidos con COVID-19. Este documento fue aprobado el 30 de abril, con la Directiva Sanitaria 097 del MINSA pero, aún hoy, no se



implementa en todos los hospitales. Además, la situación de crisis en los servicios de neonatología se agudizó, particularmente en algunas regiones, debido a un problema que lleva ya largo tiempo: la falta de inversión en equipos para el área neonatal, como incubadoras, monitores fetales, etc. Estos hechos han sido causas del incremento de muertes de recién nacidos en regiones del país como Arequipa y Piura en los últimos dos años<sup>36</sup>.

Las deficiencias más marcadas las encontramos en los servicios de testeo y seguimiento de personas viviendo con VIH, así como los de atención de Aborto Terapéutico (AT). Respecto al primero, sabemos que se han hecho esfuerzos por parte de la sociedad civil y las ONG que trabajan en el tema para buscar mantener los servicios y brindar ciertos niveles de protección a la población. Asimismo, el MINSA hizo una publicación a inicios de la pandemia solo con recomendaciones a los establecimientos de dar tratamiento suficiente para un período de tres meses. Estas fueron tomadas por algunos establecimientos sin ser posible una mayor generalización debido a que no se trató de una Directiva institucional del MINSA, sino de una serie de recomendaciones, lo cual no le da el carácter de obligatorio. Ello ocasiona que no se cuente, a la fecha, con cifras exactas sobre el número de establecimientos que han aplicado estas medidas y el número de personas cuyos tratamientos pueden haber quedado desatendidos.

Respecto al acceso a AT, los hallazgos son aún más desalentadores. Esta atención que, antes de la pandemia ya era negada de manera constante a las mujeres y niñas, durante la pandemia, se ha visto casi anulada en su provisión. A la fecha, no se han dado directivas específicas para el manejo de los casos, además de la mención que se hace en la Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 respecto a “6.3.14 Valorar finalizar el embarazo, en cualquier momento, en caso que se encuentre en riesgo la vida de la gestante infectada por COVID-19”. En ese sentido, la directiva emitida en el marco de la pandemia se restringe a la valoración del riesgo de vida de la mujer infectada por COVID-19, lo cual es contrario a la normativa legal vigente, la cual considera una atención preventiva de daños a la salud de las mujeres en general. Aun cuando no ha sido posible contar con cifras a nivel nacional sobre esta atención, ello es un problema anterior a la pandemia. La ausencia casi total de provisión de servicios de AT se ve reflejada en la gran baja de atenciones en lo que va del año: en comparación con el equivalente del 2019, se puede observar que en 8 hospitales de referencia a nivel nacional se tiene una disminución en un 63% de esta atención durante la pandemia (cabe precisar que son los hospitales de referencia de los que se ha podido obtener información).

A la falta de provisión de AT por el cierre de los servicios y ausencia de protocolos de acción, se suma el hecho de que, inclusive en un contexto en que las hospitalizaciones implican muchos riesgos y los servicios estaban sobrepoblados, siguió considerándose como un procedimiento que requiere obligatoriamente de una hospitalización, lo que dificulta aún más su acceso. Esta situación es especialmente preocupante en el caso de las niñas menores de 15 años, las cuales son claras candidatas a acceder a un AT por los riesgos de la gestación en su edad. Como se ha reportado previamente en este informe, 594 niñas menores de 14 años inscribieron hijos/as durante el 2020, las cuales debieron tener acceso a información y a optar por una interrupción de su embarazo por razones de riesgo a su salud y a su vida también.

Si bien las restricciones para el acceso al aborto en el país no han sido una consecuencia directa de la emergencia sanitaria, esta las ha agudizado, sea por la ausencia de servicios disponibles o por las restricciones de movilidad impuesta. Este contexto sí ha puesto a las mujeres en una mayor exposición a servicios engañosos y poco seguros. Al respecto, la página periodística “Salud con Lupa”<sup>37</sup> da a conocer el caso de una mujer que fue estafada al buscar un servicio de aborto clandestino. Además, señala que las restricciones establecidas en la pandemia llevaron a un gran número de mujeres a contactarse con la organización “Serena Morena” en busca de asesoría, luego de haber sido estafadas con



medicamentos adulterados que estaban a la venta en internet. Ante este contexto, han jugado un rol importante organizaciones o instancias de la sociedad civil, quienes han continuado brindando información y acompañando a mujeres en situación de aborto. En este sentido, la Línea de Aborto Información Segura, iniciativa que difunde información confiable y gratuita sobre aborto, registró un aumento en llamadas de un 400% durante la emergencia sanitaria. Por su parte, la colectiva feminista Serena Morena, que brinda información y acompaña a quienes han decidido interrumpir su embarazo, señaló que los mensajes de auxilio se incrementaron en un 50%, tras la primera extensión de los primeros 15 días de la cuarentena obligatoria. Finalmente, la colectiva Decido Yo asistió, en abril, a 2 063 usuarias, tres veces más de lo que solían atender mensualmente antes de la emergencia.

Otro aspecto explorado como parte de esta investigación fue la disponibilidad de insumos para los diversos servicios de SSR. En el caso de los anticonceptivos, estos son percibidos como suficientes para cubrir las necesidades al menos por lo que resta del año y esto concuerda con los registros obtenidos de los medicamentos en almacenes. Sin embargo, sí se anticipa desabastecimiento de anticonceptivos (sobre todo los trimestrales y los de larga duración) principalmente por deficiencias en la logística de distribución desde los almacenes centrales a los diversos establecimientos.

En este sentido, es importante mencionar que la demanda de anticonceptivos que permitan un espaciamiento mayor en las visitas al establecimiento de salud, así como de aquellos para los que no se requiere de una proveedora para ser administrado (como son los AC suministrados vía oral) ha aumentado en el contexto de la emergencia. Es así como resulta lógico que se anticipa un mayor desabastecimiento de estos anticonceptivos hacia finales del año.

Es relevante tener en consideración que la información de abastecimiento de los insumos, así como los cálculos que se han hecho de cara a ello están basados en la provisión existente en los almacenes centrales y no toma en cuenta la provisión de los establecimientos (a la que finalmente acceden las usuarias). Frente a esta situación, el desabastecimiento podría ser mayor considerando que muchos lugares alejados ya tenían problemas de abastecimientos incluso en períodos previos a la emergencia sanitaria.

En el caso de los insumos para la interrupción del embarazo, los informantes refieren que no se han presentado problemas de desabastecimiento que puedan agravar la falta de provisión de servicios; es de suponer que esto se debe a que la atención no se ha venido dando. Sin embargo, sí nos refieren que podría haberse tenido una mayor flexibilidad respecto a la provisión ambulatoria del aborto terapéutico si se contara con Mifepristona (no registrada actualmente en el Perú). En ese sentido, el registro de este fármaco continúa siendo una tarea pendiente en el país.

Sobre los insumos para el diagnóstico y tratamiento de personas viviendo con VIH, no contamos con datos específicos que puedan dar cuenta de la situación. Sin embargo, reportes periodísticos<sup>38</sup> y testimonios de informantes claves nos muestran un serio problema en la provisión de tratamientos, el cual bien podría explicarse por la falta de insumos suficientes para cubrir con la provisión usual y, sobre todo, la provisión de tres meses que fue recomendada por el MINSA al inicio de la pandemia. Si bien tuvimos información por parte de la Estrategia Nacional de ITS y de junto, VIH-Sida respecto a una provisión del 82% de los medicamentos para el tratamiento de VIH hacia inicios del año, no tenemos cifras exactas que nos permitan conocer cuál es el alcance de esta cobertura (de todas las personas viviendo con VIH en el país) ni de la distribución que ha habido de dichos fármacos.

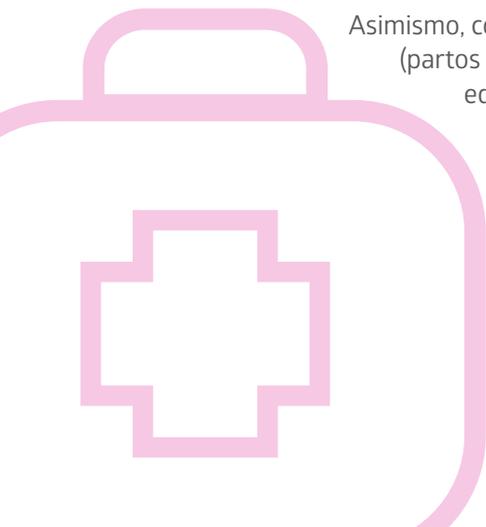
El impacto, a nivel nacional, de las deficiencias en la provisión de los servicios ya empieza a darse a conocer en el presente año y seguirá, con seguridad, haciéndolo en los años venideros. Entre las cifras más preocupantes, encontramos la de muerte materna (MM), la cual a pesar de haber disminuido en los últimos 20 años, no logró alcanzar para cumplir con el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM)<sup>39</sup> en Perú. Con ese fracaso, el país enfrenta ahora el desafío del logro de los Objetivos

de Desarrollo Sostenible (ODS), en los cuales la MM sigue siendo un grave problema de derechos humanos y salud pública en el país, aun desde antes de la pandemia. Según lo reportado por el Ministerio de Salud, hasta la semana 27 de 2020, se han reportado 196 MM, lo cual representa un incremento del 12% respecto al 2019. Esta es una situación sumamente grave no solo por lo que la muerte implica sino porque se trata de muertes prevenibles si se cuenta con atención prenatal de calidad, y de partos y postpartos adecuadamente atendidos. En esta línea, la Decana del Colegio Nacional de Obstetras, en entrevista con saludconlupa.com, mencionó que, solo entre el 15 y el 22 de abril, se registraron 9 muertes maternas en el país<sup>40</sup>.

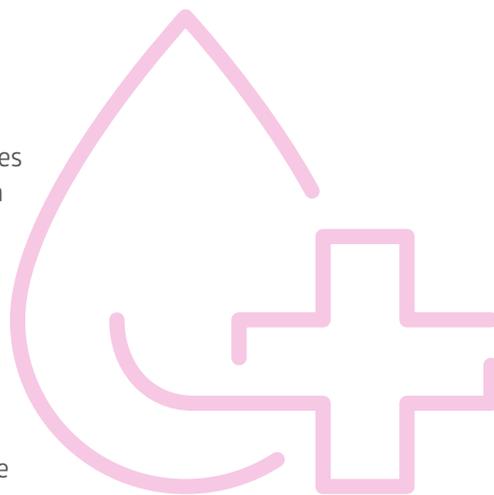
Otra de las cifras que dan cuenta del impacto de la falta de servicios es la del número de parejas protegidas por año, el cual se ha visto disminuido entre marzo y junio, aproximadamente, a la mitad de los meses equivalentes en 2019. Esto no es de extrañar si consideramos la falta de los servicios y la importante reducción de las consejerías diarias en PF. Sobre estas últimas, vemos una caída sumamente preocupante desde el inicio de la emergencia sanitaria, especialmente la que se presenta en la población entre los 12 y 17 años de edad, en la que el número de consejerías diarias se redujo en un 89% respecto de las consejerías hechas en su período equivalente en 2019. Ello es preocupante pues estas consejerías están asociadas a la entrega de insumos anticonceptivos para las y los adolescentes.

Finalmente, queremos hacer una reflexión sobre las cifras de casos reportados de violencia sexual en el CEM, así como las de embarazos forzados evidenciadas en el año 2020 en comparación con su período equivalente en 2019. Tal como se puede ver, ambas cifras se han visto reducidas. Sin embargo, consideramos que la caída no se debe a una disminución de los casos, sino que es una respuesta a la falta de disponibilidad de servicios presenciales. En el caso de los reportes de violencia sexual, la caída se podría encontrar más bien asociada a las dificultades para acceder a los CEM debido a su cierre y a las condiciones de inmovilidad dada por la emergencia. Además, debemos tomar en cuenta el crecimiento de las cifras de reporte de violencia en la línea 100<sup>41</sup> (en algunos meses, se ha reportado más del doble que en sus meses equivalentes del año 2019). Estas también dan cuenta de que el servicio se ha visto, de alguna manera, reemplazado (y no que los casos hayan disminuido). Lamentablemente, en este último registro, no contamos con las cifras desagregadas por tipos de violencia como sí se cuenta en el caso de los registros del CEM. En esta misma línea, es importante mencionar la necesidad de mejorar la atención médica que se da a los casos según lo establecido por la Norma Técnica de Salud N°164- MINSAL/2020/DGIESP, particularmente respecto al manejo de la prevención de VIH, así como de la provisión de aborto terapéutico en caso lo amerite. Esto debe uniformizarse con guías en la materia, así como con lo hecho en la práctica. En el caso del manejo de la profilaxis de VIH, encontramos que lo establecido por la norma se contradice en cierta manera con lo establecido por la “Directiva Sanitaria para el Uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual”, en la que se habla de dos tipos de kits (según el nivel del establecimiento), en los cuales el básico no contiene la profilaxis para VIH. Esto podría dejar en una situación de incertidumbre y, peor aún, de desprotección a las víctimas de violencia sexual. En el caso de la atención del AT, los plazos establecidos por esta norma no se vienen respetando en la actualidad y más aún, la provisión de información continúa dándose a criterio de los restadores y no como parte de un proceso obligatorio, tal y como se establece. Esto ha dejado y continúa dejando a un número de niñas, adolescentes y mujeres con un daño permanente a su salud y su vida.

Asimismo, como se ha señalado, se evidencia una baja de las cifras de embarazos forzados (partos en menores de 14 años) en lo que va del año 2020 en comparación a su equivalente en 2019. Al respecto, hay que hacer notar que la cifra es calculada sobre la base del Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo del MINSAL, el cual recién ha empezado a registrarse en el RENIEC desde julio del presente año (a través del registro virtual, el cual, además de haberse activado varios meses después, no es necesariamente accesible a toda la población), ya que, tal como explica Rina Rodríguez, jefa del Programa de Identidad y Ciudadanía de la Defensoría del Pueblo, en atención a las medidas nacionales dispuestas por el COVID-19, el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC)



dejó de realizar la inscripción de recién nacidos, así como los trámites para la obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI). En esta misma línea, es importante mencionar que la Defensoría del Pueblo ha reportado que más de 150 000 niñas y niños nacidos durante la cuarentena no cuentan con partida de nacimiento. Si bien RENIEC ha iniciado la atención de manera progresiva en algunas oficinas, estas solo estarían ubicadas en Lima Metropolitana. Además, al 23 de julio, solo se podían inscribir nacimientos, pero no iniciar el trámite para la obtención del DNI de niñas y niños. Un elemento importante por mencionar es que la Defensoría del Pueblo exige que estos procesos sean extensivos también para personas extranjeras, ya que la web solo permite el registro de cita mediante el ingreso del número de DNI. En este sentido, no contar con un DNI es riesgoso, además de preocupante, ya que significa que no se podrán inscribir a las y los recién nacidos en un seguro de salud ni tampoco podrán recibir atención médica<sup>42</sup>.



Aun a la fecha, los servicios no han sido restablecidos en su totalidad ya sea porque los servicios continúan enfocados en la atención el COVID-19, o por la falta de personal, los horarios y aforos restringidos o por el hecho de que un porcentaje importante del personal tiene factores de riesgo para complicación. De cara a este contexto, es importante mencionar la influencia directa de la ausencia de estos servicios en casos como la muerte materna, la cual tiene un impacto devastador en el entorno nacional, comunitario y familiar, más aun considerando la situación de pandemia en términos del duelo.

Más allá de lo impactantes que puedan resultar las cifras presentadas, la data expuesta en este informe no solo debe ser analizada en términos numéricos, sino que debe leerse como una serie de derechos que se están vulnerando al reducir o desaparecer la atención de SSR en el país. Los mismos serán analizados en el marco de tres tratados multilaterales dentro del Sistema Interamericano de Derechos Humanos:<sup>43</sup>

1. Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)
2. Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José)
3. Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (Convención De Belém Do Pará)

Entre los derechos protegidos por el Protocolo de San Salvador, se evidencia la vulneración de los derechos relacionados con la salud integral de las personas, la cual va más allá de la ausencia de enfermedad y aspira a un bienestar integral de las mismas. La salud sexual y reproductiva es parte importante del ámbito protegido por el derecho a la salud, ya que es fundamental para el desarrollo y bienestar integral del ser humano. Por esta razón, la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva, y las consecuencias que esta genera en la vida de las mujeres constituyen una vulneración directa de los elementos comprendidos en el artículo 10, "Derecho a la Salud" del Pacto, tanto en su primer punto, como en lo señalado en las medidas a, e y f del segundo punto que en dicho artículo se mencionan:

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud, los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y, particularmente, a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
  - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
  - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;

- c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud; y
- f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que, por sus condiciones de pobreza, sean más vulnerables.

Otro de los tratados en los que basamos este análisis de derechos es la Convención Americana sobre Derechos Humanos, la cual tiene, entre sus principales aportaciones jurídicas, la protección del derecho a la vida y la vinculación de la protección de este derecho con condiciones mínimas de garantía de otros derechos indispensables para una vida como subsistencia biológica pero también como condiciones de vida digna para el ser humano. De manera específica, la Convención menciona en su artículo 5 el derecho a la integridad personal, que se entiende como el derecho de todas las personas a que se respete su integridad física, psíquica y moral. De esa forma, la omisión estatal frente a la provisión de servicios de salud necesarios genera una situación de vulneración de derechos masiva frente a la gran cantidad de personas que requieren el acceso a los servicios mencionados, sobre todo cuando se trata de situaciones de urgencia, en las que la vida de las personas, su integridad y salud están en riesgo.

Frente a todo lo mencionado, no podemos dejar de considerar el impacto diferenciado que tiene todo este contexto en las mujeres peruanas, en especial en aquellas que han sido víctimas de violencia. En ese sentido, es relevante tener en cuenta lo señalado por la Convención Belém do Pará en su artículo 4. b cuando indica que:

Art. 4

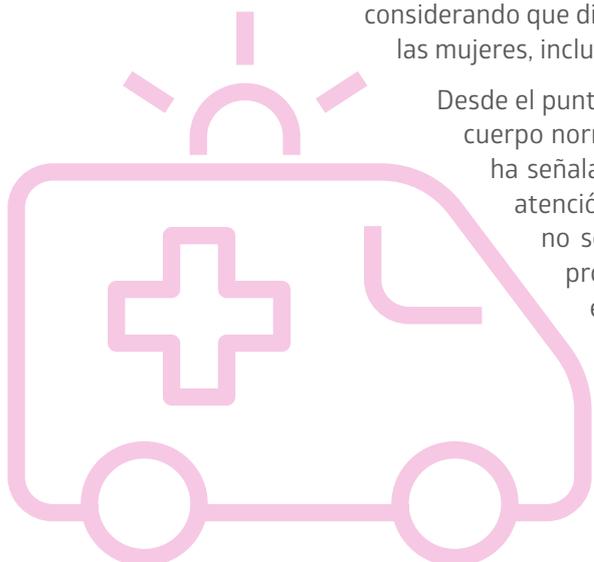
“Toda mujer tiene derecho al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos los derechos humanos y a las libertades consagradas por los instrumentos regionales e internacionales sobre derechos humanos. Estos derechos comprenden, entre otros:

b. el derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”

De esta manera, la salud sexual y reproductiva de las mujeres está vinculada estrechamente al respeto y garantía de su integridad. Más aún cuando existen contextos en los que la integridad puede ser afectada por la falta de atención médica o restricciones en el acceso a medicamentos necesarios. Este punto puede resultar más grave si consideramos la situación respecto del acceso a métodos anticonceptivos, la provisión de servicios de salud relacionados con el aborto terapéutico, la atención pre y post natal, la planificación familiar, la prevención de ITS, entre otros contextos de vital importancia para la salud de las mujeres.

Por último, es relevante considerar la provisión de estos servicios de salud en el ámbito de la pandemia con respecto a las mujeres víctimas de violencia debido a su especial situación de vulnerabilidad, esto en relación con lo señalado en el artículo 8. b de la Convención Belém do Pará respecto de las medidas específicas que deben adoptar los Estados con miras a “suministrar los servicios especializados apropiados para la atención necesaria a la mujer objeto de violencia”, considerando que dichos servicios deben incluir medidas relacionadas con la SSR de las mujeres, incluso en contextos de crisis sanitaria.

Desde el punto de la normativa nacional, si bien se observa que Perú tiene un cuerpo normativo importante en materia de SSR y que el MINSA, como se ha señalado, ha emitido directivas en las que se resalta la SR como una atención esencial a garantizar en la pandemia, este cuerpo normativo no se ha implementado y, con ello, no se ha logrado garantizar la protección de la SSR de las personas, especialmente de las mujeres en el país. Los graves problemas de la rectoría del MINSA en materia de SR se agudizaron y han cobrado, en este contexto, con vulneraciones al derecho a la salud de las personas.



A pesar de las falencias identificadas, no queremos dejar de mencionar que, desde el Estado, se han hecho intentos por proteger a cierta población identificada como altamente vulnerable y en quienes la desatención podría tener consecuencias fatales en el inmediato y corto plazo, como son las gestantes y recién nacidos. Esto se ha hecho evidente a través de las normas promulgadas, así como el enfoque de sus campañas comunicacionales y servicios priorizados para la atención.

Otro de los elementos que identificamos como una buena práctica y es necesario reconocer es el esfuerzo de la sociedad civil por cubrir las diversas necesidades desatendidas. Uno de los ejemplos de ellos es el trabajo que han hecho las ONG que trabajan con personas con VIH, que han hecho esfuerzos por suplir las necesidades de medicamentos, cubrir las necesidades de testeo e, incluso, en algunos casos, han colaborado con las entidades del Estado prestando locales y poniendo a disposición sus recursos. De igual manera, podemos observar en las ONG que trabajan en salud sexual y reproductiva, las cuales han redefinido sus líneas de trabajo y realizado esfuerzos por adaptarse, de modo que puedan brindar la atención necesaria en el contexto de la emergencia sanitaria. Y también se tiene el trabajo de las colectivas feministas de mujeres que, en el marco de la pandemia, han brindado información y acompañamiento a las mujeres en situación de embarazo no deseado, embarazo forzado y aborto. Si bien la disponibilidad de los servicios no llega a cubrir el total de las necesidades, todos estos esfuerzos y trabajo, sin duda, han sido importantes para muchas mujeres. Sin embargo, están muy lejos de cubrir las necesidades de todas las personas y de garantizar lo que el Estado está en la obligación de hacer y son muestra de que es posible activar servicios de calidad para la atención de la SSR.

Para culminar con este análisis, presentamos algunos casos que pueden ser emblemáticos y que han sido resaltados por la prensa, debido a que son una muestra de las vulneraciones de los derechos de niñas y mujeres, por parte de las autoridades, en materia de salud sexual y reproductiva.

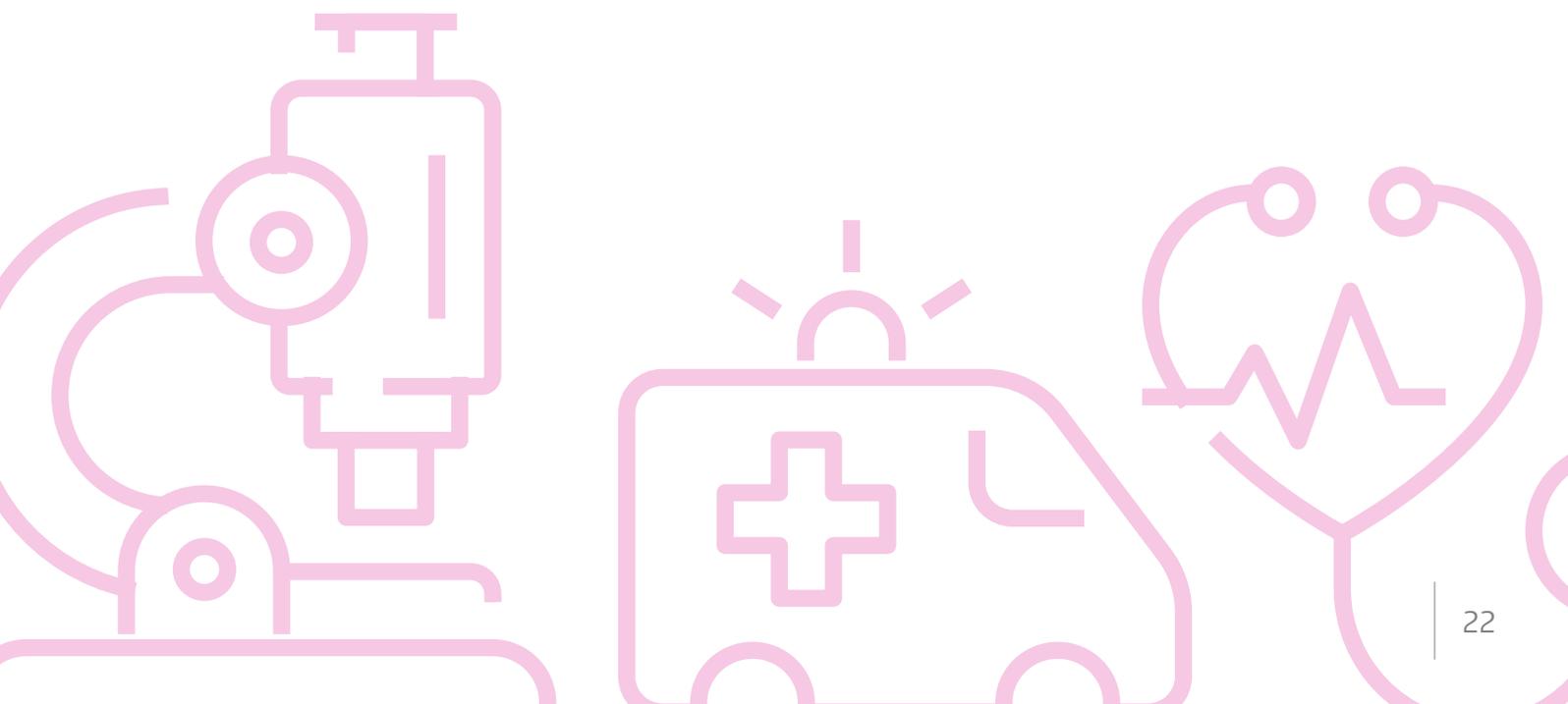
El primer caso se publicó en la plataforma saludconlupa.com<sup>44</sup>, que, en su sección Correspondencia, recibe denuncias de la ciudadanía sobre sus experiencias en los servicios de salud. Ahí, se publicaron dos cartas (ambas en junio) que grafican las dificultades vividas por dos mujeres. La primera carta es de una gestante primeriza de 25 años y 7 meses de embarazo que cuenta con el Seguro Social de Salud (EsSalud). Ella menciona que, desde el inicio de la cuarentena, dejó de recibir atención prenatal; a consecuencia de esta situación, presentó crisis de ansiedad y depresión por no saber la situación del bebé. A pesar de haber hecho la búsqueda, desde EsSalud, no obtuvo ninguna respuesta sobre dónde dar a luz y sobre sus controles. La segunda comunicación es de una gestante que señalaba haber tenido complicaciones al dar a luz a su primer hijo y se encontraba embarazada nuevamente. Según refiere, su último control habría sido en el mes de febrero en el Hospital Sabogal de EsSalud, en el que se mostraba que el bebé tenía un quiste plexocoroideo en la cabeza y se le solicitaron ecografías y análisis. Sin embargo, a la semana que inició la cuarentena, se cancelaron sus chequeos, controles y exámenes programados. Menciona que, cada vez que se comunicaba con el hospital, le señalan lo mismo: “al terminar la cuarentena todo volverá a la normalidad”; sin embargo, no le brindaron solución alguna.

Otro caso identificado y cargado de estereotipos de género y vulneraciones de derechos es el de una niña<sup>45</sup> de 12 años quechuahablante del poblado Añaycancha de la provincia de Vilcashuamán en Ayacucho, quien fue violada por dos hombres. Lamentablemente, ella no recibió a tiempo el kit de emergencia para casos de violencia sexual (72 horas después del hecho de violencia) y quedó embarazada producto de la violación. La familia, en atención a la situación de salud mental de la niña y al riesgo físico y de vida, solicitó la aplicación del protocolo para aborto terapéutico, el cual fue negado por el hospital. En el proceso de esta solicitud, la niña tuvo un aborto espontáneo; sin embargo, según una declaración anónima, habría existido resistencia a que la niña accediera al aborto terapéutico en el Hospital Regional de Ayacucho, además de la presión de un sacerdote y una monja que habrían acudido al mismo hospital para convencerla de no proceder con el aborto. Un elemento que se sumó a este caso fue la aparición del ex teniente gobernador de Añaycancha, Jhon Kenny Gamonal Salvatierra, quien acudió al Ministerio Público para asegurar que uno de los violadores y la niña eran pareja, y que, además, la niña tendría más de 15 años por la apariencia de

su cuerpo y porque trabajaba en la chacra. De este modo, se dejó sin efecto la medida de prisión preventiva, la cual fue cambiada por comparecencia restringida. Ello desvirtúa el testimonio de la niña quien, finalmente, quedó como responsable de su violación. Actualmente, sus agresores se encuentran libres bajo la modalidad de comparecencia restringida mientras ella está en un Centro de Acogida Residencial, refugio del Estado, ya que es huérfana de madre desde los 4 años y su padre vive en Arequipa con otra familia.

Un tercer caso identificado fue el de Diana Aleman<sup>46</sup>, migrante venezolana que residía en el Perú desde hace dos años. Ella acudió el sábado 4 de julio al Hospital María Auxiliadora debido a que, el día anterior, había sufrido una repentina hemorragia que derivó en un aborto espontáneo. Sobre la base de los mensajes de celular enviados por Aleman a su pareja, habría fuertes indicios que señalarían que el personal del hospital la habría asustado y amenazado con llamar a Serenazgo por haberse sometido a un aborto. Esa misma noche, Aleman fue hallada muerta luego de, supuestamente, haber cometido suicidio (según el hospital, ella se habría lanzado del tercer piso). La familia no cree la versión del suicidio y piden que el hospital explique qué fue lo que ocurrió. En el país, la Ley General de Salud (Ley 26842) en su art. 30 obliga a los médicos a denunciar casos en los cuales “existan indicios de aborto criminal”, lo cual se encuentra reñido con el derecho constitucionalmente protegido al secreto profesional del personal médico, y con el derecho a la salud, privacidad y seguridad de las mujeres. Ello sucede a pesar de que la función del personal médico es salvar vidas y priorizar la vida de la paciente que requiere de una atención urgente, y no priorizar el juzgamiento. El personal médico, al amedrentar a la joven, le produjeron un daño psicológico que la podría haber llevado a atentar contra su vida.

El último caso identificado ocurrió el 5 de septiembre del presente año, cuando una mujer de 36 años falleció al someterse a un aborto en un consultorio clandestino. Las causas del fallecimiento fueron una hemorragia interna debido a la intervención<sup>47</sup>. Lamentablemente, este es solo un ejemplo de las muchas mujeres que se han expuesto a servicios clandestinos e inseguros en el contexto de la emergencia y de los costos que esto ha tenido en sus vidas. Hechos de este tipo no hacen más que evidenciar la necesidad de despenalizar el aborto en el país.





## Conclusiones



1. Pese a que el Estado peruano aprobó cuatro normas relacionadas con la continuidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, como respuesta a la emergencia sanitaria, no se ha logrado su implementación plena, de manera oportuna y adecuada. En ese sentido, no se ha garantizado la atención de las necesidades en salud sexual y reproductiva de las personas, en especial de miles de mujeres. Más aún, las y los adolescentes, quienes ya de por sí tenían serias limitaciones para el acceso a los servicios, son los que se han visto más afectados. Para ellos, no solo los servicios han resultado inaccesibles, sino que las restricciones adicionales para la movilización los ha colocado en una situación aún más complicada.
2. Un elemento que agudizó la situación de la emergencia sanitaria ha sido la reducción significativa del personal de salud, sea por motivos de considerarse personas de alto riesgo (edad, comorbilidades) o por haber adquirido el virus. Se estima que el 30% del personal de salud debió de suspender sus labores presenciales por estos motivos. El personal que quedó disponible se encuentra sobrecargado por la atención de casos de COVID-19, que fue lo priorizado durante este tiempo.
3. Respecto al servicio de telemedicina, ya se contaba con un marco normativo centrado en la implementación de la telemedicina previo a la emergencia sanitaria; sin embargo, es importante mencionar que, durante la pandemia, se han aprobado Decretos Legislativos y Resoluciones Ministeriales con la finalidad de darle a la telemedicina las atribuciones necesarias para constituir el acto médico. Entre dichos Decretos, se encuentra el 1490, el cual establece modificaciones para fortalecer el alcance de la Telesalud, incluyendo las definiciones de los tipos de telemedicina, el ámbito de aplicación, las funciones que se le adjudican, entre otros aspectos de importancia para que se le considere un acto médico.
4. Se han brindado cerca de un millón de llamadas o “teleorientaciones” entre los meses de marzo y julio de 2020, las cuales incluyen mensajería instantánea, contacto telefónico y las centrales telefónicas regionales e IPRESS; sin embargo, no se cuenta con data que dé cuenta de la cantidad de atenciones realizadas, específicamente, en salud reproductiva por telemedicina.

5. Incluso con las atenciones realizadas por telesalud desde el mes de marzo, el UNFPA observó que, en el primer semestre del año 2020, hubo una reducción de, al menos, 50% en el número de parejas protegidas con métodos anticonceptivos (considerando telesalud y atención ambulatoria). El pico fue en abril. Si bien se percibe una disminución en el promedio diario de consejerías para planificación familiar en todos los grupos etarios comparando los periodos de febrero a julio del 2019 y del 2020, el grupo etario más afectado fue el de 12 a 17 años, cuyo número de atenciones diarias se redujo en 89%; en el grupo de edad de 18 a 29 años, se redujo en un 40% y, en el caso de las personas de entre 30 y 59 años de edad, se redujo en un 65%.
6. Desde junio, se observa una recuperación en la entrega de métodos anticonceptivos; el método cuyo uso se ha recuperado más es el inyectable trimestral y el uso del implante. Ello podría responder a un incremento de la oferta, pero también al incremento de la demanda por métodos de protección de tiempos más prolongados y que no requieran contacto con un prestador para ser suministrados. Es particularmente lamentable la casi desaparición del DIU como método de oferta y elección entre las mujeres.
7. Autoridades del MINSA han declarado que, si bien no perciben un problema de desabastecimiento de anticonceptivos, sí existen problemas administrativos aún no solucionados que impiden que estén disponibles en los servicios de salud. Al respecto, el Sistema de Precios de Medicamentos e Insumos (SEPREMI) expone un problema potencial de desabastecimiento de insumos anticonceptivos equivalente a 25,4 mil Años Pareja Protegida al finalizar el año. Según el UNFPA, esto podría significar la discontinuidad del uso de anticonceptivos modernos por parte de 56 445 mujeres que venían recibiendo sus anticonceptivos modernos de corta duración en los servicios públicos de salud.
8. SEPREMI ha proyectado una caída en las ventas de anticonceptivos en farmacias, debido al impacto económico que ha generado la emergencia sanitaria, equivalentes a 28 241 Años Pareja Protegida (APP) al finalizar el año. Esto significa que 62 667 mujeres que venían adquiriendo sus anticonceptivos modernos de corta duración en farmacias de Perú podrían descontinuar su uso durante 2020 como consecuencia del COVID-19.
9. Se evidencia un aumento de las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos. Se estima que esta incrementará de 18.5% (porcentaje registrado a inicios de 2020) a 19.9% (estimado a registrarse a inicios de 2021). Se espera que, para el 2021, haya un incremento de las necesidades insatisfechas en comparación con el año anterior de 1.4%. Esto implica un retroceso en, aproximadamente, cinco años en que se había logrado una disminución sostenida de este indicador.
10. Existe una necesidad de modificar la fuente de información para conocer la situación de provisión de insumos y medicamentos que se brinda a las usuarias. En la actualidad, para medir dicho indicador, se toma como dato el abastecimiento de insumos médicos con los que se cuenta en el almacén central; sin embargo, aquella información no refleja, efectivamente, la cantidad de insumos a los que tienen acceso, en realidad, las mujeres. De cara a ello, se sugiere que la contabilización de los medicamentos sea la que existe en los almacenes de los establecimientos que representan el insumo realmente disponible.
11. En relación con la atención prenatal, si bien en la DS-094 se menciona el uso de la telemedicina para brindar esta atención, en la práctica, no se cuenta con información sobre su implementación. Sobre la base de los testimonios, se puede deducir que los servicios de atención prenatal que se fueron incorporando priorizaron la atención de las gestantes del último trimestre de manera presencial, tomando en cuenta protocolos de bioseguridad para reducir riesgos de contagios.
12. Sobre el acceso al aborto terapéutico, la normativa sanitaria 094-2020, aprobada en contexto de pandemia, indica que el personal de salud debe valorar finalizar el embarazo en caso se encuentre en riesgo la vida de la gestante infectada por COVID-19, lo cual, sin duda, es una disposición restrictiva toda vez que el AT es, de acuerdo con el ordenamiento legal, para prevenir daños en la salud de la mujer y no solo se debe proveer a mujeres infectadas por COVID-19, sino a todas las mujeres que lo requieran para prevenir un daño en su salud, incluidas las niñas con embarazos no intencionales o producto de una violación sexual. Si bien los motivos de falta de atención han estado principalmente relacionados con el cierre de los servicios o focalización en la atención de COVID-19, sabemos que no

- se han establecido protocolos o directivas que modifiquen el AT, de modo que se facilite su práctica en este contexto. La implementación del servicio de telemedicina o la emisión de disposiciones para cambiar su provisión de manera ambulatoria no han sido dadas.
13. Según información del Instituto Nacional Materno Perinatal, en el año 2019, se realizaron 98 abortos terapéuticos en este establecimiento y, para el 30 de junio de 2020, se habían realizado 26 abortos terapéuticos. Haciendo un cálculo del número de abortos terapéuticos a junio del año 2019 (para que puedan ser comparables) se observa una reducción en un 47% en esta atención a la salud de las mujeres. Además, en los principales hospitales de referencia a nivel nacional, se reportaron 141 abortos terapéuticos en el año 2019 y, en un tiempo equivalente a 8 meses de ese mismo año, se habría atendido, aproximadamente, 94 abortos terapéuticos. Si observamos la data para agosto de 2020, se realizaron solo 35 abortos terapéuticos, lo que significa una disminución en un 63%. Esto evidencia la casi nula disponibilidad de este servicio para las mujeres durante la pandemia.
  14. Para el caso del servicio de tamizaje, se observa que, desde el inicio de la emergencia sanitaria, se dejaron de ofrecer con normalidad y no se contó con un protocolo o directiva sanitaria que permitiera asegurar esta atención. Tampoco se cuenta con información respecto al abastecimiento de insumos para el tamizaje. Desde el 16 de marzo, no se han realizado campañas de tamizaje y, aunque no se tiene disponible la cifra exacta, por la información en los medios de comunicación, se conoce que, como era de esperar, la cantidad de testeos se ha reducido. Aunque esto no se debe a un problema de disponibilidad de insumos, sino más bien a una reducción en la capacidad de oferta por sobrecarga de casos COVID-19 y el cierre de los servicios del primer nivel de atención.
  15. Los Centros de Emergencia Mujer registraron, entre enero y el 31 de agosto de 2020, 5 767 casos de violencia sexual. Para el mes de agosto del año 2019, se registraron 10 751 casos de violencia sexual, es decir, casi el doble de casos. Esta diferencia no responde a una disminución de las incidencias de violencia, sino al cierre de los CEM (si bien los funcionarios realizaron labores remotas, los casos identificados se redujeron). En este sentido, el gran porcentaje de la atención durante la pandemia parece haber virado a la Línea 100, a través de la cual se atendieron 156 307 llamadas de consultas por violencia (de enero al 31 de agosto de 2020), las que sobrepasaron, en cerca del 35%, la totalidad de las llamadas del año 2019, que registró 119 786 llamadas de consultas por violencia en todo el año (enero a diciembre de 2019).
  16. En relación con los casos de embarazo forzado en niñas (partos en menores de 14 años), si bien se evidencia una baja en las cifras en lo que va del año 2020 en comparación a su equivalente en el año 2019, esta podría deberse a la falta de servicios de las entidades estatales dispuestas por el estado de emergencia por el COVID-19, puesto que el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil (RENIEC) dejó de realizar la inscripción de recién nacidos, así como los trámites para la obtención del Documento Nacional de Identidad (DNI). La Defensoría del Pueblo ha reportado que más de 150 mil niñas y niños nacidos durante la cuarentena no cuentan con partida de nacimiento. No contar con un DNI es riesgoso, además de preocupante, ya que significa que no se podrán inscribir a las y los recién nacidos en un seguro de salud ni tampoco podrán recibir atención médica<sup>48</sup>.
  17. Según lo reportado por el Ministerio de Salud, hasta la semana 27 del año 2020, se han reportado 196 MM, lo cual representa un incremento del 12% respecto al año 2019. Se trata de muertes prevenibles. El Colegio de Obstetras reafirma que, desde el inicio de la emergencia sanitaria, se dejó a las embarazadas sin chequeos con un alto riesgo de que se eleven las tasas de mortalidad materna y neonatal. El que un gran número de mujeres gestantes se haya quedado sin controles prenatales eleva el riesgo de tener complicaciones y de no detectarlas a tiempo, y, con ello, generar un aumento de la mortalidad materna y neonatal. El Colegio de Obstetras indica, también, que se atienden a 550 mil gestantes al año; de esa cifra, el 15% tiene embarazos de alto riesgo; es decir, se proyectan unas 82 500 que corren un gran peligro.
  18. Se resalta el importante rol de la sociedad civil, especialmente desde espacios feministas, para responder a las necesidades de SSR en este tiempo de estado de emergencia a través de atenciones, asesorías y acompañamientos virtuales, todo ello sin duda valioso pero que no puede ni debe reemplazar la responsabilidad del Estado en la garantía de los derechos sexuales y derechos reproductivos.



## VI

# Notas

- 1 Organización Mundial de la Salud. (30 de marzo de 2020). La OMS publica directrices para ayudar a los países a mantener los servicios sanitarios esenciales durante la pandemia de COVID-19. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/detail/30-03-2020-who-releases-guidelines-to-help-countries-maintain-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>
- 2 Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza. (2020). Informe Nacional Sobre el Impacto del COVID-19 en las dimensiones económica, social y en salud en el Perú- Incluye hallazgos de 16 Mesas regionales. Reporte N° 1-2020-SC/Grupo de Salud-MCLCP. Recuperado de <https://www.mesadeconcertacion.org.pe/noticias/mesa-nacional/informe-nacional-sobre-el-impacto-del-covid-19-en-las-dimensiones-economica-social-y-en-salud-en-el-peru>
- 3 Universidad Johns Hopkins. (1 de octubre de 2020). COVID-19 Dashboard by the Center for Systems Science and Engineering. Recuperado de <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
- 4 Agencia Andina. (27 de marzo de 2020). Coronavirus: suspenderán consultas externas en hospitales del MINSA y EsSalud. Recuperado de <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-suspenderan-consultas-externas-hospitales-del-minsa-y-essalud-788580.aspx>
- 5 Disponible en: <http://www.spog.org.pe/web/index.php/noticias-spog/514-durante-pandemia-del-covid-19-el-embarazo-adolescente-se-incremento-en-12-por-ciento>
- 6 Ministerio de Salud del Perú. (7 de marzo de 2019). Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de Violencia Sexual. Resolución Ministerial N° 227-2019/MINSA. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/266223-227-2019-minsa>
- 7 Sistema de Precios de Medicamentos e Insumos - SEPREMI. (2020). Monitoreo de riesgos de desabastecimiento de insumos de salud sexual y reproductiva en América Latina.

- 8 UNFPA. (2020). Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos. Recuperado de [https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet\\_peru\\_impacto\\_del\\_covid\\_19\\_en\\_el\\_acceso\\_a\\_los\\_anticonceptivos\\_2.pdf](https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.pdf)
- 9 Laura, R. (15 de mayo de 2020). En la sombra de la emergencia. 15 de mayo del 2020. IDL Reporteros. Recuperado de <https://www.idl-reporteros.pe/en-las-sombras-de-la-emergencia/>
- 10 Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-coronavirus-suspenderan-consultas-externas-hospitales-del-minsa-y-essalud-788580.aspx>
- 11 El estudio se realizó entre los meses de agosto y septiembre del 2020, fue de índole cuantitativo y mediante encuestas telefónicas, se realizaron 1,208 entrevistas a personas mayores de 18 años en 24 regiones, 145 provincias y 387 distritos del país a nivel urbano y rural.
- 12 Arana, R. (16 de marzo de 2020). Disponen entrega de medicamentos para VIH por 3 meses durante cuarentena. Radio online ConexiónVida. Recuperado de <https://conexionvida.net.pe/2020/03/16/disponen-entrega-de-medicamentos-para-vih-por-3-meses-durante-cuarentena/>
- 13 Bueno, D. y Purizaca, G. (14 de octubre de 2020). Aborto legal en Perú: una deuda aún más urgente durante la pandemia. Género, Diario La República Edición Digital. Recuperado de <https://larepublica.pe/genero/2020/09/28/aborto-legal-en-peru-una-deuda-aun-mas-urgente-durante-la-pandemia-video-atmp/>
- 14 UNFPA. (2020). Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos. Recuperado de [https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet\\_peru\\_impacto\\_del\\_covid\\_19\\_en\\_el\\_acceso\\_a\\_los\\_anticonceptivos\\_2.pdf](https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru_impacto_del_covid_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.pdf)
- 15 El documento se encuentra disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2020/05/Serie-Informes-Especiales-N%C2%BA-013-DP-2020-Estado-de-emergencia-sanitaria-Supervisi%C3%B3n-a-hospitales-de-Lima-y-Callao-sobre-los-servicios-de-atenci%C3%B3n-de-la-salud-materna.pdf>
- 16 Presidencia de la República. (22 de abril de 2020). Decreto Legislativo 1468 Por el cual se establece disposiciones de prevención y protección para las personas con discapacidad ante la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19. Diario El Peruano. Recuperado de <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-establece-disposiciones-de-prevencio-decreto-legislativo-n-1468-1865717-2/>
- 17 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).
- 18 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2019). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES).
- 19 Ministerio de Salud del Perú. Presentación Dr. Atencio, director de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva para Telesalud MINSa.
- 20 Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Plataforma digital: Certificado de Nacido Vivo. Búsqueda realizada el 6 de setiembre del 2020.
- 21 Ministerio de Salud del Perú. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. Plataforma: Consultas Dinámicas. Búsqueda realizada el 6 de setiembre del 2020.
- 22 Ministerio de Salud del Perú. Sistema de Registro del Certificado de Nacido Vivo en Línea. Plataforma: Consultas Dinámicas. Búsqueda realizada el 6 de setiembre del 2020.
- 23 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2020). Estadísticas – Atención Integral a víctimas de Violencia Familiar y Sexual. Personas afectadas por VFS atendidas en los CEM 2019-2020.

- 24 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2020). Estadísticas – Consultas Telefónicas – Línea 100
- 25 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2020). Estadísticas – Atención Integral a víctimas de Violencia Familiar y Sexual. Personas afectadas por VFS atendidas en los CEM 2019-2020.
- 26 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2020). Estadísticas – Consultas Telefónicas – Línea 100.
- 27 Plataforma digital: Certificado de Nacido Vivo. Búsqueda realizada el 6 de septiembre del 2020. Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero\\_cnv.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_cnv.asp)
- 28 Íbid.
- 29 Íbid.
- 30 Íbid.
- 31 Salazar, E., Chanduvi, C., Guarnizo, G., Curtihuanca, V., Oblitas, C., Condori, J. y Macetas, K. (9 de junio de 2020). Nacer en tiempos de pandemia: sin equipos ni atención inmediata. Ojo Público. Recuperado de <https://ojo-publico.com/1860/nacer-en-tiempos-de-pandemia-sin-equipos-ni-atencion-medica>
- 32 Ciriaco, M. (2020). El desconcierto de las embarazadas que se quedaron sin controles prenatales. Salud Con Lupa. Disponible en: <https://saludconlupa.com/entrevistas/el-desconcierto-de-las-embarazadas-que-se-quedaron-sin-controles-prenatales/>
- 33 Salazar, E., Chanduvi, C., Guarnizo, G., Curtihuanca, V., Oblitas, C., Condori, J. y Macetas, K. (9 de junio de 2020). Nacer en tiempos de pandemia: sin equipos ni atención inmediata. Ojo Público. Recuperado de <https://ojo-publico.com/1860/nacer-en-tiempos-de-pandemia-sin-equipos-ni-atencion-medica>
- 34 Disponible en: [https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero\\_cnv.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_cnv.asp)
- 35 Íbid (Actualización al 30 de septiembre)
- 36 Salazar, E., Chanduvi, C., Guarnizo, G., Curtihuanca, V., Oblitas, C., Condori, J. y Macetas, K. (9 de junio de 2020). Nacer en tiempos de pandemia: sin equipos ni atención inmediata. Ojo Público. Recuperado de <https://ojo-publico.com/1860/nacer-en-tiempos-de-pandemia-sin-equipos-ni-atencion-medica>
- 37 Gallegos, J. (2020). Serena Morena: el colectivo que acompaña a las mujeres que deciden abortar en el Perú. Salud Con Lupa. Recuperado de <https://saludconlupa.com/la-vida-de-nosotras/serena-morena-el-colectivo-que-acompana-las-mujeres-que-deciden-abortar-en-el-peru/>
- 38 Castillo, M. (2020). Falta de insumos y medicamentos ponen en riesgo a las personas con VIH en el Perú. Conexión Vida. Recuperado de <https://conexionvida.net.pe/2018/09/01/riesgovih/>  
Castillo, M. (2020). Personas con VIH sin medicamentos en medio de emergencia sanitaria. Conexión Vida. Recuperado de <https://conexionvida.net.pe/2020/03/22/personas-con-vih-sin-tratamiento-en-medio-de-emergencia-sanitaria/>
- Rosas, A. y Carrasco, A. (2020). Luchando por VIHsibilidad durante la pandemia del COVID-19: panorama actual de las personas venezolanas seropositivas en nuestro país. Instituto de Democracia y Derechos Humanos. Recuperado de <https://idehpucp.pucp.edu.pe/notas-informativas/luchando-por-vih-sibilidad-durante-la-pandemia-del-covid-19-panorama-actual-de-las-personas-venezolanas-seropositivas-en-nuestro-pais/>
- 39 Távara Orozco, L. (2013). Tendencia de la mortalidad materna en el Perú. Desafíos pendientes. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 59(3). Recuperado de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322013000300001](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000300001)

- 40 Ciriaco, M. (2020). El desconcierto de las embarazadas que se quedaron sin controles prenatales. Salud Con Lupa. Disponible en: <https://saludconlupa.com/entrevistas/el-desconcierto-de-las-embarazadas-que-se-que-daron-sin-controles-prenatales/>
- 41 Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). (2020). Estadísticas – Consultas Telefónicas – Línea 100.
- 42 Defensoría del Pueblo del Perú. (23 de julio de 2020). Más de 150 mil niñas y niños nacidos durante cuarentena no cuentan con partida de nacimiento. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-mas-de-150-mil-ninas-y-ninos-nacidos-durante-cuarentena-no-cuentan-con-partida-de-nacimiento/>
- 43 El análisis del enfoque de derechos humanos ha sido elaborado por Claudia Castro, abogada de Litigio Estratégico de PROMSEX.
- 44 Salud Con Lupa. (17 de junio de 2020). Necesitamos nuestros chequeos prenatales. Salud Recuperado de <https://saludconlupa.com/series/los-otros-pacientes/necesitamos-nuestros-chequeos-prenatales/>
- 45 Loarte, R. (17 de agosto de 2020). Violan a una niña, le niegan el aborto terapéutico y sus agresores están libres. Portal Wayka. Recuperado de <https://wayka.pe/violan-a-una-nina-le-niegan-el-aborto-terapeutico-y-sus-agresores-estan-libres/>
- 46 Pereyra Colchado, G. (10 de agosto de 2020). ¿Qué pasó con Diana Alema? Piden esclarecer muerte de mujer en el hospital María Auxiliadora. Diario El Comercio Edición Digital. Recuperado de <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/que-paso-con-diana-aleman-piden-esclarecer-muerte-de-mujer-en-hospital-maria-auxiliadora-noticia/?ref=ecr>
- 47 RPP. (5 de setiembre de 2020). Una mujer murió tras someterse a un aborto clandestino en Jesús María. Redacción RPP. Recuperado de <https://rpp.pe/lima/policiales-crimenes/jesus-maria-una-mujer-murio-tras-someterse-un-aborto-clandestino-noticia-1290812>
- 48 Defensoría del Pueblo del Perú. (23 de julio de 2020). Más de 150 mil niñas y niños nacidos durante cuarentena no cuentan con partida de nacimiento. Recuperado de <https://www.defensoria.gob.pe/defensoria-del-pueblo-mas-de-150-mil-ninas-y-ninos-nacidos-durante-cuarentena-no-cuentan-con-partida-de-nacimiento/>





## VII

# Anexos

## Anexo 1

Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 - Directiva para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar

Aprobada el 22 de abril con Resolución Ministerial 217-2020-MINSA

Que reconoce la importancia de la continuidad de la atención de la salud sexual:

6.1.2 “La salud sexual y reproductiva representa un componente esencial de la salud pública de especial interés durante la pandemia del COVID-19. Garantizar la continuidad de los servicios de salud y el suministro ininterrumpido de los insumos de salud sexual y reproductiva, incluyendo los métodos anticonceptivos, es fundamental para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos”.

Directiva Sanitaria 97-MINSA/2020 - Directiva para la prevención y atención de la gestante y del recién nacido con riesgo o infección por COVID-19

Aprobada el 30 de abril con Resolución Ministerial 245-2020-MINSA

Que establece los cuidados especiales que se deben tener en la atención prenatal para la prevención y atención de una posible infección por COVID-19:

“I. Finalidad.- Reducir la posibilidad de morbilidad y mortalidad materna-neonatal asociada al riesgo de infección por el COVID-19”.

#### Directiva Sanitaria 098-MINSA/2020 - Directiva para el seguimiento y monitoreo de la Morbilidad Materna Extrema

Aprobada el 2 de mayo 2020 con la Resolución Ministerial 249-2020-MINSA.

Que pone énfasis en el cuidado oportuno en los casos cuando se presente una complicación grave durante el embarazo, parto o puerperio:

6.2 Acciones inmediatas al reporte de caso de Morbilidad Materna Extrema:

6.2.1 “El reporte de alerta inmediato del caso de Morbilidad Materna Extrema será realizado por el personal médico de turno del Servicio de Emergencia o trauma shock UCI a donde llega la paciente. Esta instancia deberá realizar el reporte inmediato en un plazo no mayor de 1 hora, bajo responsabilidad del Médico Jefe de Guardia, a la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva utilizando las Tecnologías de la Información y Comunicación (WhatsApp, Apps u otros dispuestos por la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva)(...)”

#### Norma Técnica de Salud 164-MINSA/2020/DGIESP: Norma Técnica de Salud para el cuidado integral a mujeres e integrantes del grupo familiar afectados por violencia sexual

Aprobada el 20 de agosto del 2020 con Resolución Ministerial 649-2020/MINSA.

Que reconoce la importancia de una atención de salud oportuna en casos de violencia sexual:

4.2 “(...) El abordaje a personas víctimas de violación sexual, en especial de niñas, niños y adolescentes representan casos de extremo cuidado y es imprescindible la celeridad e idoneidad de la atención en todo establecimiento de salud, garantizando una atención adecuada y pertinente y un abordaje de continuidad de cuidados, teniendo en cuenta los principios de debida diligencia e interés superior de la niña, niño y adolescente”.

Es importante señalar que esta Norma enfatiza la obligatoriedad de proveer de profilaxis para VIH en los establecimientos de todos los niveles, así como el derecho a acceder a AT en caso de que la víctima quede embarazada como producto del hecho y este embarazo ponga en riesgo su vida o salud física, mental y/o recuperación integral; asimismo, se introduce la edad como un elemento a considerar en la valoración de dichos riesgos.



## Anexo 2

Normas asociadas a la adopción de telesalud para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva

### **Reglamento de la Ley 30421, Ley Marco de Telesalud**

Aprobado mediante Decreto Supremo 003-2019-SA el 15 de febrero del 2019. Buscaba impulsar “la modernización de las prestaciones de salud, desempeño de la prestación de los servicios de salud a través de las tecnologías de la información y de la comunicación, y en la formación de personal de salud competente para prestación de servicios de Telesalud”.

**El documento se puede encontrar en el siguiente link:**

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-el-reglamento-de-la-ley-n-30421-ley-marco-de-tele-decreto-supremo-n-003-2019-sa-1741932-4/>

Directiva Administrativa 284-MINSA/2020/DIGTEL: Directiva de la Telegestión para la implementación y desarrollo de Telesalud

Aprobado mediante Resolución Ministerial 116-MINSA el 26 de marzo del 2020. Tuvo como finalidad “I. Contribuir a mejorar los servicios de salud en la población a través del uso de las tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) con la máxima eficacia del recurso humano para el cumplimiento de los objetivos de un Estado moderno, democrático, descentralizado, desconcentrado, con una administración enfocada en la obtención de resultados”.

**El documento se puede encontrar en el siguiente link:**

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/462698-116-2020-minsa>

Decreto Legislativo 1490 - Decreto Legislativo que fortalece los alcances de la telesalud

Aprobado el 9 de mayo de 2020. Declara que “La telesalud debe trascender la respuesta a la emergencia, fortaleciendo la capacidad de respuesta de nuestro sistema de salud”.

Además, detalla en el Art. 3:

“b. Telemedicina. Provisión de servicios de salud a distancia en los componentes de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, prestados por personal de la salud que utiliza las TIC [...]”.

**El documento se puede encontrar en el siguiente link:**

<https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-fortalece-los-alcances-de-la-telesal-decreto-legislativo-n-1490-1866212-2/>

Además, dos normas incluyeron especificaciones sobre la atención de servicios relacionados con la salud reproductiva por telesalud:

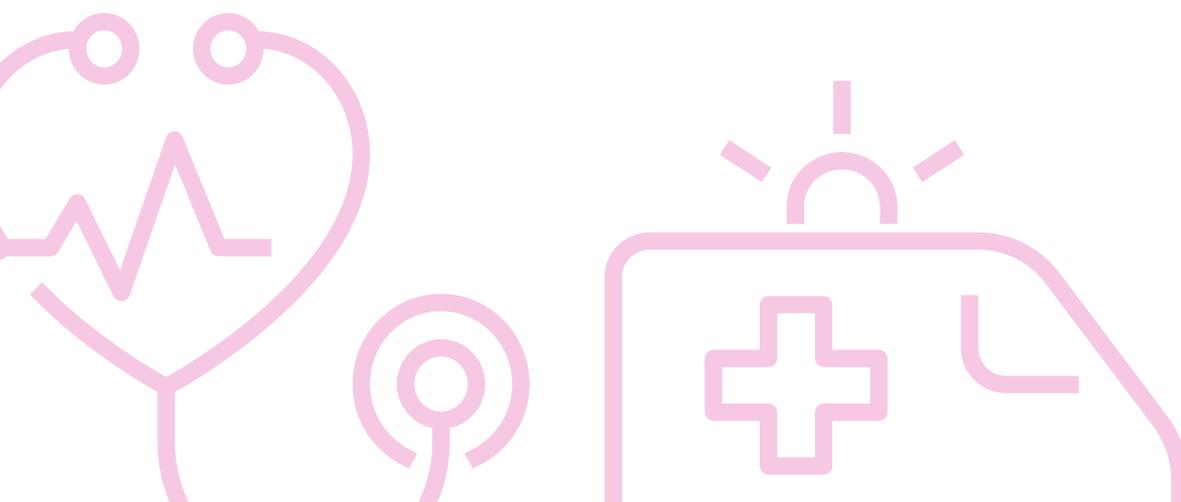
- La Directiva Sanitaria 94-MINSA/2020 para garantizar la salud de las gestantes y la continuidad de la atención en planificación familiar detalla las acciones específicas para asegurar la atención. Entre ellas, la entrega de métodos anticonceptivos en las visitas domiciliarias o en los establecimientos de salud y el uso de videollamadas para el monitoreo de las mujeres embarazadas.

- La Norma Técnica de Salud 160-MINSA/2020 - Norma Técnica de Salud para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el primer nivel de atención de salud frente a la pandemia por Covid-19 en el Perú establece la atención por telesalud y ambulatoria de una Lista de intervenciones de salud prioritarias:

#### Lista de intervenciones de salud prioritarias

• Control de la gestante y puérpera
• Atención del parto eutócico sin complicaciones
• Continuidad de la atención en planificación familiar
• Inmunización en el recién nacido y menores de un año, adulto mayor, y personal de salud sano que labora en los servicios de salud
• Entrega de suplementación preventiva con hierro a niños menores de 3 años
• Monitoreo y seguimiento de casos reportados con anemia y desnutrición en niños menores de 5 años
• Seguimiento de casos con hipertensión arterial
• Seguimiento de casos con diabetes mellitus
• Seguimiento de casos con enfermedad renal crónica
• Seguimiento de casos con cáncer
• Seguimiento de casos con tuberculosis
• Seguimiento de casos con VIH/SIDA
• Seguimiento de casos de ansiedad
• Seguimiento de casos con depresión
• Seguimiento de casos con trastornos psicóticos
• Seguimiento de casos con trastornos por consumo de sustancias
• Seguimiento de casos con problemas psicosociales (violencia intrafamiliar)
• Seguimiento de casos con discapacidad severa
• Seguimiento de casos de trastorno del desarrollo (incluye trastorno del espectro autista)
• Seguimiento de personas vulnerables en comunidades andinas y amazónicas
• Seguimiento de enfermedades metaxénicas, zoonóticas, parasitosis y EDAS
• Seguimiento de casos con patología de relevancia en el ámbito territorial

Nota: Norma Técnica de Salud 160 para la adecuación de la organización de los servicios de salud con énfasis en el Primer Nivel de Atención de Salud frente a la pandemia por COVID-19 en el Perú del Ministerio de Salud del Perú, 2020.



Las acciones de telemedicina establecidas para estos servicios son las siguientes:

**6.3.10.3** Para la realización de los procesos del Circuito de Atención No COVID-19, se conforman equipos de salud denominados Equipos NO COVID-19, que realizan las prestaciones de salud bajo tres modalidades de oferta:

- a) Oferta fija, en el E.S.
- b) Oferta móvil, a través de la visita domiciliaria.
- c) Telesalud

**6.3.10.4** El equipo NO COVID-19 se conforma por médico(a) u otros profesionales de la salud disponibles, más técnico asistencial o auxiliar de la salud, de acuerdo con la intervención de salud prioritaria que se brinda.

**6.3.10.5** El E.S. del PNAS es responsable de uno o más sectores sanitarios con población asignada de su jurisdicción territorial para identificación virtual de población con riesgo según las intervenciones de salud prioritarias.

## Anexo 3

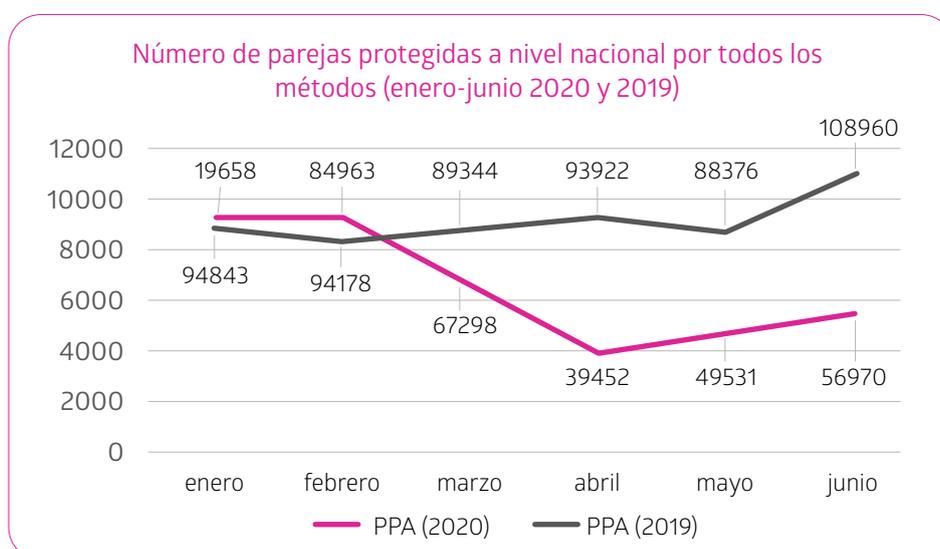
Tabla 1: Cantidad de teleorientaciones atendidas (marzo-julio 2020)

Actividad	Detalle		marzo	abril	mayo	junio	julio
Teleorientación	Teleatiendo	Mensajería Instantánea MINSA -SD	0	2552	8760	5573	3335
		Contacto Telefónico	0	2928	14184	24702	49282
	Centrales Telefónicas regionales e IPRESS		4717	163720	447302	279613	92757

Nota: Red Nacional de Telesalud Perú del Ministerio de Salud del Perú, 2020.

## Anexo 4

Figura 1: Número de parejas protegidas a nivel nacional por todos los métodos (enero-junio 2019 y 2020)



Nota: Elaboración propia con los datos de OGTI- HIS 2020 (obtenida de la presentación del Dr. Atencio)

## Anexo 5

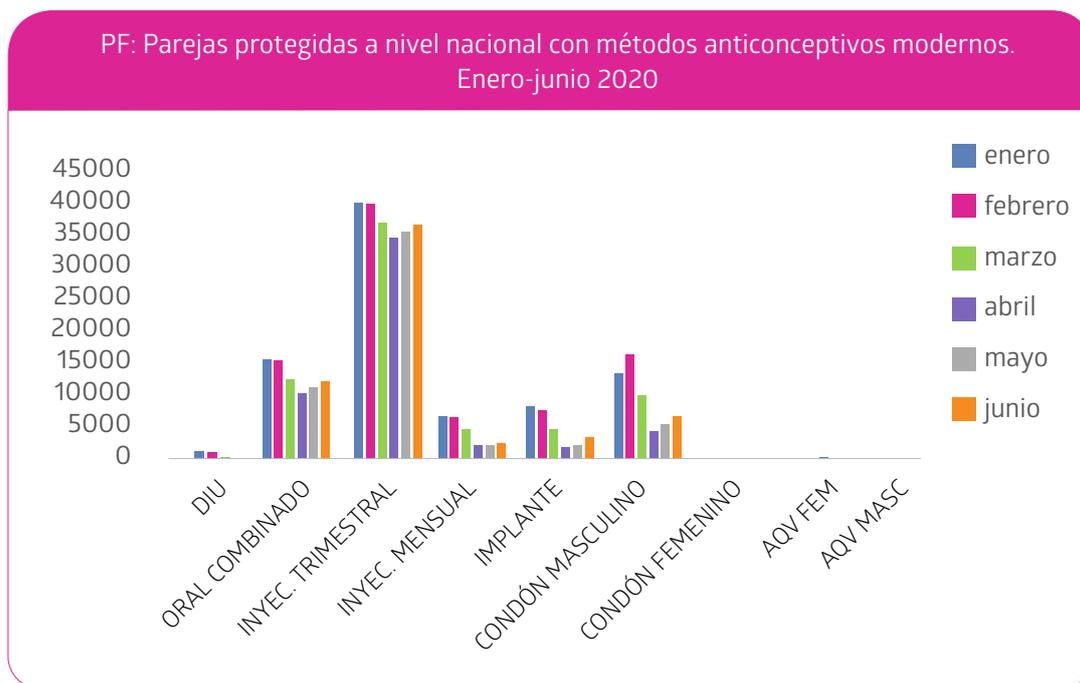
Tabla 2: Promedio diario de consejerías para Planificación Familiar por grupos de edad - MINSA

		de 12 a 17 años	de 18 a 29 años	de 30 a 59 años
2019	01/01/19 - 16/03/19:	136	4 276	4 356
	17/03/19- 31/07/19	2 921	3 751	3 628
2020	01/01/20 - 16/03/20:	1 250	3 519	3 384
	17/03/20- 31/07/20:	327	1 442	1 238

Nota: Data recolectada por UNFPA a partir de los registros administrativos del Ministerio de Salud del Perú, 2020.

## Anexo 6

Figura 2: Parejas protegidas a nivel nacional con métodos anticonceptivos modernos (enero–junio 2020).



Nota: Elaboración propia sobre la base de la gráfica presentada en webinar "La atención familiar en tiempos de la pandemia COVID-19" a cargo del Dr. Guillermo Atencio. Además, deseamos resaltar que las cifras se han elaborado en base a un aproximado de acuerdo a la presentación del webinar mencionado, ya que no se tuvo acceso a la información y cifras exactas.

Tabla 3: Monitoreo de riesgos de desabastecimiento de insumos de salud reproductiva y su impacto expresado en AAP para América Latina – SEPREMI

MAC / Insumos de SSR	APP	Consumo promedio mensual	Saldo nacional CANTIDAD	Saldo Nacional FECHA	Compras en tránsito CANTIDAD	Compras en tránsito FECHA	Fecha de emisión O/C	NIVEL DE ABASTECIMIENTO (MESES)								Balance inventario diciembre 2020	APP provisión normal	APP perdidos	
								ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SET	OCT	NOV		DIC	2020 entero	2020 entero
Condón masculino	120	4,950,101	79,969,237	29-02-2020	0			15.155	14.155	13.155	12.155	11.155	10.155	9.1551	8.1551	7.1551	30468227	495010	0
Condón femenino	120	14,169	601,924	29-02-2020	0			41.482	40.482	39.482	38.482	37.482	36.482	35.482	34.482	33.4818	460234	1417	0
Píldora	15	202,176	2,320,255	29-02-2020	0			10.476	9.4764	8.4764	7.4764	6.4764	5.4764	4.4764	3.4764	2.47641	298495	161741	0
Inyectable mensual	13	115,191	2,818,280	29-02-2020	0			23.466	22.466	21.466	20.466	19.466	18.466	18.466	18.466	18.4661	1666370	106330	0
Inyectable trimestral	4	166,030	1,547,337	29-02-2020	0			8.3196	7.3196	6.3196	5.3196	4.3196	3.3196	2.3196	1.3196	0.31962	-112963	498090	28241
<b>Cantidad de APP Perdidos por desabasto</b>																<b>28.241</b>			
AOE	20	3,161	184,010	29-02-2020	0			57.213	56.213	55.213	54.213	53.213	52.213	51.213	50.213	49.2126	152400	1897	0
Implante	1	11,452	118,191	29-02-2020	70,000	30-04-2020		10.321	9.3206	8.3206	7.3206	6.3206	5.3206	4.3206	3.3206	2.3206	3671	137424	0
Implante x 2	1																		
IUD	1	1,522	84,056	29-02-2020	0			54.227	53.227	52.227	51.227	50.227	49.227	48.227	47.227	46.2273	68836	18264	0
																		<b>28.241</b>	

Nota: SEPREMI

Nivel de abastecimiento	Meses de abasto	Resultado
Apropiado	6 meses a más	
Bajo riesgo de desabasto	3 a 5.9 meses	
Alto riesgo de desabasto	0 a 2.9 meses	

## Anexo 7

Tabla 4: Número de abortos terapéuticos y abortos atendidos en el INMPN en los años 2018, 2019 y 2020

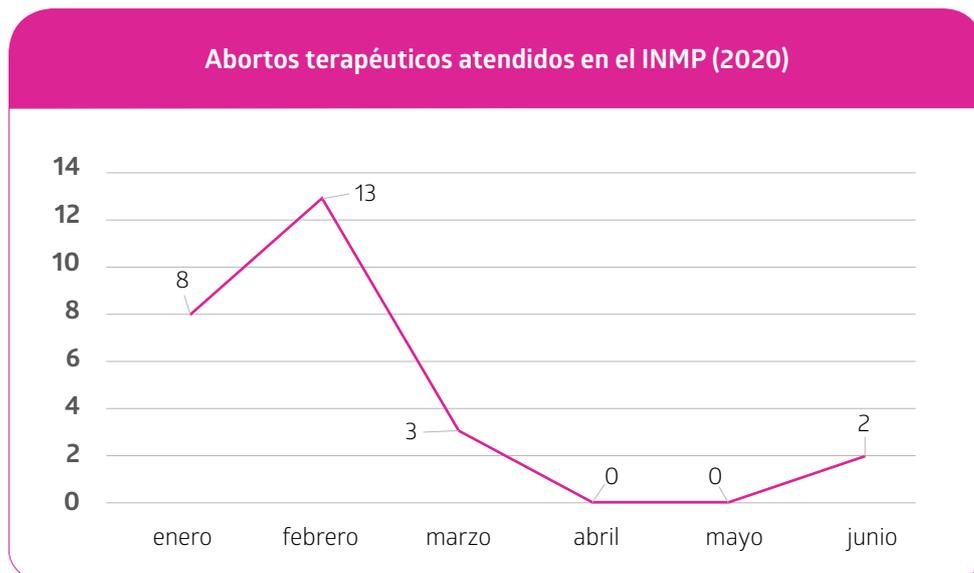
Período	Número de abortos atendidos	Número de AT atendidos	%	% de diferencia
2018	4174	84	2.01	
2019	3686	98	2.66	+ 17%
2020	1175	26 *	2.21	-47% **

Nota: Elaboración propia sobre la base de la data obtenida de la Dirección General y la Oficina de Estadística e Informática del INMP

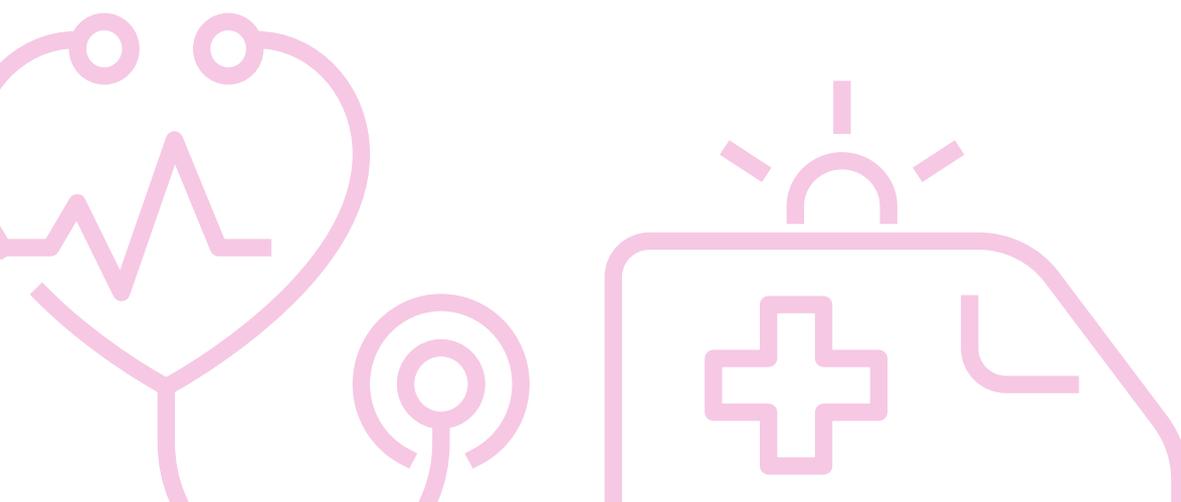
\*Número de AT registrados hasta el 30 de junio 2020

\*\*Cálculo hecho sobre la base de la mitad de la cifra registrada en el 2019

Figura 3: Abortos terapéuticos atendidos en el INMPN entre enero y junio del 2020



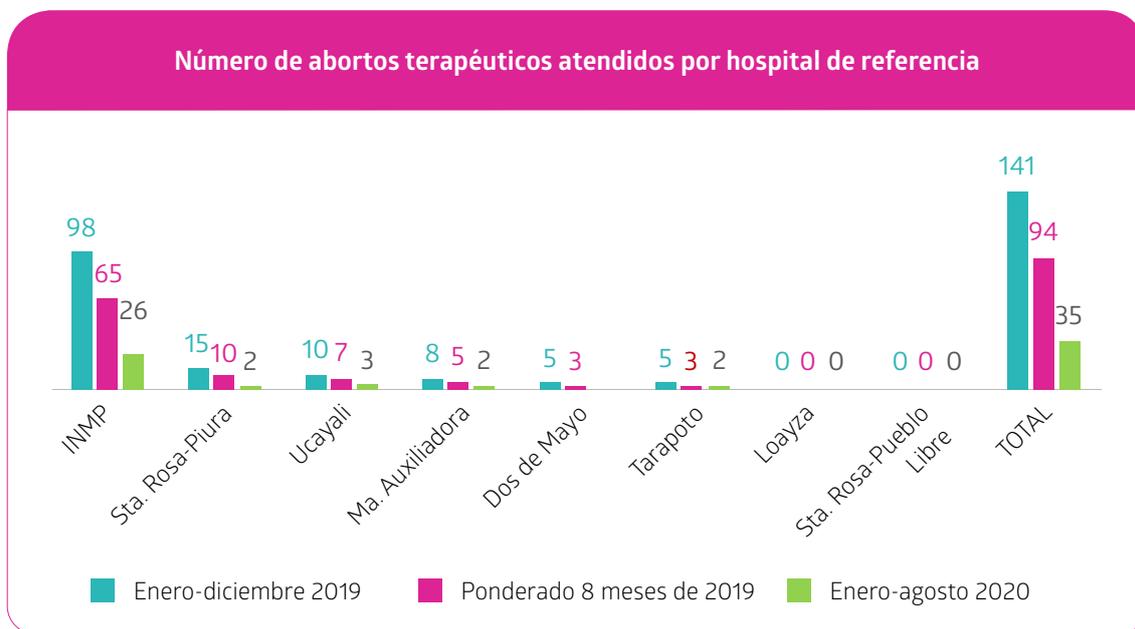
Nota: Elaboración propia sobre la base de los datos de la atención en el Instituto Nacional Materno Perinatal, 2020.



**Tabla 5: Número de abortos terapéuticos atendidos en principales hospitales de referencia a nivel nacional (2019 y 2020)**

	enero-diciembre 2019	Ponderado 8 meses de 2019	enero-agosto 2020	Diferencia 2020 y 2019 (sobre la base de 8 meses)	Diferencia porcentual del 2019 al 2020 (tomando en cuenta solo 8 meses del 2019)
Instituto Nacional Materno Perinatal - Lima	98	65	26	39	-60,20%
Hospital Santa Rosa - Piura	15	10	2	8	-80,00%
Hospital Regional de Pucallpa - Ucayali	10	7	3	4	-55,00%
Hospital María Auxiliadora - Lima	8	5	2	3	-62,50%
Hospital Dos de Mayo - Lima	5	3	0	3	-100,00%
Hospital de Tarapoto - Tarapoto	5	3	2	1	-40,00%
Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima	0	0	0	0	0,00%
Hospital Santa. Rosa (P. Libre) - Lima	0	0	0	0	0,00%
<b>TOTAL</b>	<b>141</b>	<b>94</b>	<b>35</b>	<b>59</b>	<b>-62,77%</b>

**Figura 4: Número de abortos terapéuticos atendidos por hospital de referencia.**



Nota: Elaboración propia sobre la base de registros hospitalarios obtenidos de cada establecimiento de salud

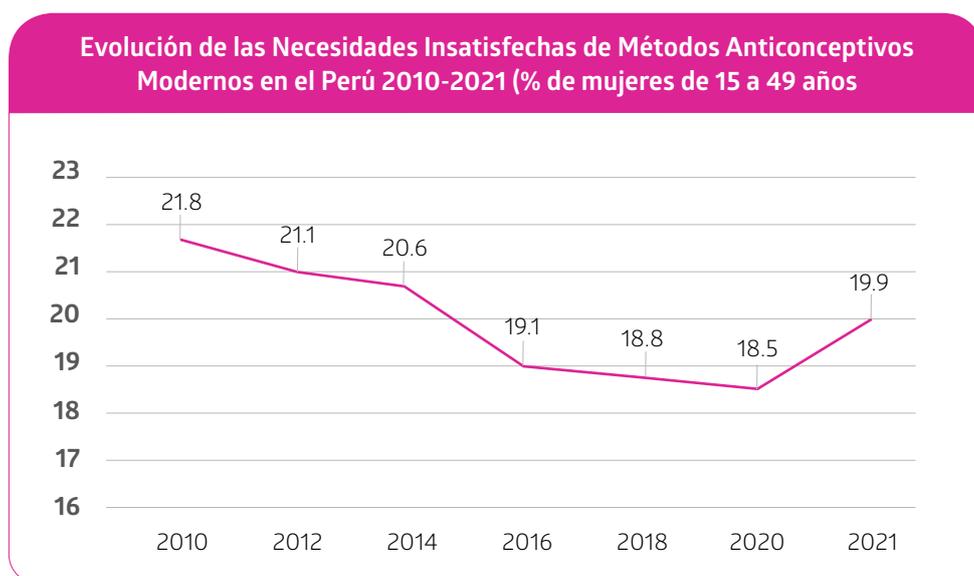
**Tabla 6: Abortos terapéuticos atendidos en EsSalud (años 2019 y 2020)\***

DESCRIPCIÓN	2019	2020*	TOTAL
Aborto médico, completo o no especificado, complicado con infección genital y pelviana	7	1	8
Aborto médico, completo o no especificado, complicado por hemorragia excesiva o tardía	3	1	4
Aborto médico, completo o no especificado, con otras complicaciones especificadas y no especificadas		2	2
Aborto médico, completo o no especificado, sin complicación	11	19	30
Aborto médico, incompleto, complicado con infección genital y pelviana	8	3	11
Aborto médico, incompleto, complicado por embolia	3		3
Aborto médico, incompleto, complicado por hemorragia excesiva o tardía	10	6	16
Aborto médico, incompleto, con otras complicaciones especificadas y no especificadas	7	9	16
Aborto médico, incompleto, sin complicación	45	43	88
<b>TOTAL</b>	<b>94</b>	<b>84</b>	<b>178</b>

Nota: ESSI-Servicio de Salud Inteligente de EsSalud  
(\*) enero - julio 2020

## Anexo 8

**Figura 5: Evolución de las necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos en el Perú 2010–2021.**



Nota: Elaboración sobre la base de los datos obtenidos por UNFPA, 2020

Se ha hecho el cálculo de los costos del desabastecimiento proyectado (de no hacerse nuevas compras), el cual se resume a continuación:

**Tabla 7: Impacto proyectado por el desabastecimiento de insumos**

Impacto proyectado del desabastecimiento por problemas en el suministro de MAC consolidado LAC y Perú para el año 2020	Latinoamérica	Perú
Total estimado de Año Pareja Protegida (APP) que son desprotegidas por año	5 946,581	28 241
Cantidad de embarazos no intencionales que se podrían evitar de no haber desabastecimiento	5 103,047	24 005
Cantidad de abortos que se podrían evitar de no haber desabastecimiento	800 478	3 765
Cantidad de muertes neonatales que se podrían evitar de no haber desabastecimiento	40 478	188
Cantidad de muertes maternas (MM) que se podrían evitar de no haber desabastecimiento	3 032	14

Nota: UNFPA, 2020

## Anexo 9

**Tabla 8: Casos de infección por VIH y casos de SIDA notificados.**

Casos de Infección VIH y casos de SIDA notificados  
Por año de diagnóstico\*

Casos	2019	2020 (hasta 31/07)	Diferencia (proporcional al período de 7 meses)
Casos de SIDA	1 258	129	82%
Infección por VIH	8 126	1 042	78%

Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud.

\*Casos notificados al 31/07/2020

## Anexo 10

### A. Campañas Publicitarias relacionadas con la salud reproductiva:

- En mayo del 2020, durante la “Semana de la Maternidad Saludable, Segura y Voluntaria”, el Gobierno peruano lanzó la campaña nacional “Cuidando a mamá”, que buscaba informar sobre los cuidados especiales prenatales y en el parto durante la pandemia del COVID-19.

La campaña incluyó:

- El diseño de artes gráficas
- Spots de radio (español y quechua)

- Webinar: “Salud materna en tiempos de COVID-19”, que, hasta el momento, ha obtenido más de doce mil visualizaciones
- En agosto de 2020, por la celebración del Día Internacional de la Planificación Familiar, el Gobierno lanzó la campaña “En tiempos de COVID-19, planifica tu familia”, que buscaba informar sobre los diferentes métodos anticonceptivos y asegurar la continuidad de la atención.

La campaña incluyó:

- El diseño de artes gráficas
- Webinar: “La atención en planificación familiar en tiempos de la pandemia COVID – 19”, que, hasta el momento, ha obtenido más de siete mil visualizaciones

### **B. Notas de prensa oficiales:**

El Gobierno peruano ha publicado diversas notas de prensa a través de su plataforma digital GOB.PE, respecto a la salud reproductiva y la telemedicina. Entre estas notas, se publicó una entrevista con el director ejecutivo de la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, Guillermo Atencio La Rosa, en la que “destacó que la planificación familiar reduce las estadísticas de mortalidad materna al evitar embarazos no planificados y sus complicaciones. Además, contribuye a aumentar la probabilidad de supervivencia infantil, y fomenta la adopción de prácticas sexuales responsables y más seguras”.

En la nota de prensa, se detalló que el MINSA ofrece, de forma gratuita, trece métodos anticonceptivos en 8 000 establecimientos de salud a nivel nacional y atiende cualquier duda sobre planificación familiar las 24 horas del día a través de la Línea gratuita 113.

### **C. Comunicados**

El MINSA ha publicado diversos comunicados a lo largo de la emergencia sanitaria. Entre ellos, se encuentra el documento “Recomendaciones para garantizar la atención integral de las personas viviendo con VIH frente a la pandemia por COVID-19”, que fue publicado el 16 de marzo de 2020.

### **D. Adicional**

- El 7 de agosto, se realizó la reunión virtual “Mesa redonda: Modelos de atención en planificación familiar en contexto pandemia COVID-19”. Participaron representantes del UNFPA, el director de Salud Sexual y Reproductiva del MINSA, obstetras responsables de EESS de la DIRIS LIMA SUR y GERESA La Libertad, además de la directora ejecutiva de Telemedicina del MINSA.
- Se ha venido utilizando la Línea 113, (opción 8) como medio para atender de forma gratuita todas las consultas.
- Las redes sociales del Ministerio de Salud y de la Red Nacional de Telesalud del Perú han venido ofreciendo información, desde marzo, respecto a la salud reproductiva y la telemedicina.



## Anexo 11

Tabla 9: Gasto público en Salud: Programa Salud Materno Neonatal y TBC-VIH/SIDA 2019-2020

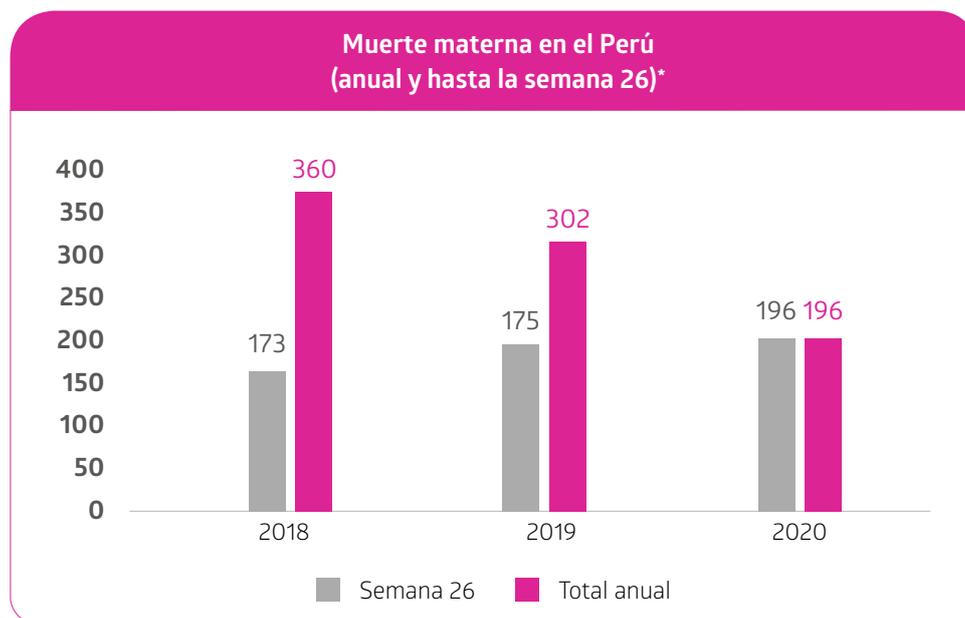
Categoría presupuestal	2019			2020			Variación PIA 2019-2020
	PIA*	PIM**	Ejecución	PIA	PIM	Ejecución	
Salud Materno Neonatal	1 810 316 448	2 434 363 722	90.7%	1 857 820 801	2 154 932 338	59.9%	+2.6%
TBC-VIH/SIDA	622 463 329	710 649 067	94.8%	708 044 909	698 116 815	55.6%	+13.8%
TOTAL	2 432 779 777	3 145 012 789	89.7%	2 565 865 710	2 853 049 153	57.4%	+5.5%

Nota: Aplicativo Consulta Amigable – MEF (última actualización el 31 de agosto del 2020)

\*PIA: Presupuesto Institucional de Apertura / \*\*PIM: Presupuesto Institucional Modificado

## Anexo 12

Figura 6: Muerte materna en el Perú.

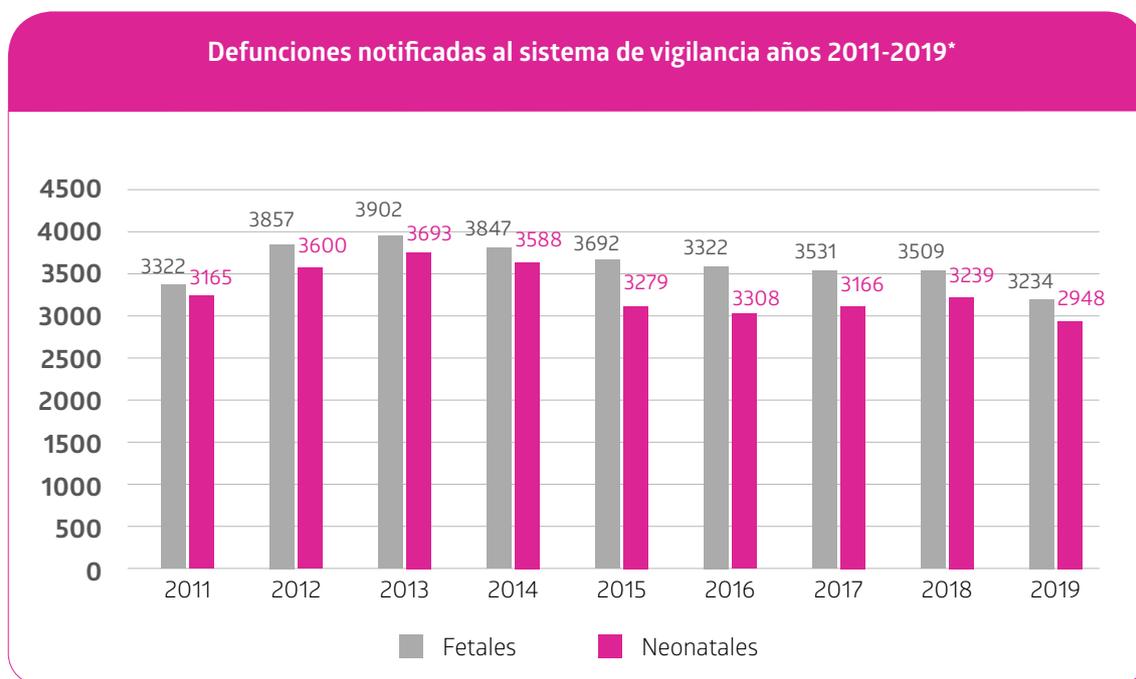


Nota: Elaboración propia sobre la base de la información del Ministerio de Salud del Perú, 2020.

\*2020 hasta la semana 26 (27 de junio) / 2019 hasta la semana 52

## Anexo 13

Figura 7: Defunciones notificadas al sistema de vigilancia (años 2011–2019).



Nota: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades – MINSA.

\*Hasta la semana 52 - 2019

## Anexo 14

Tabla 10: Número de denuncias en los Centros de Emergencia Mujer - CEM por tipo de violencia (años 2018 ,2019 y 2020\*)

Años	Total	Tipo de Violencia							
		Económica		Psicológica		Física		Sexual	
		N	%	N	%	N	%	N	%
2018	133 697	623	0%	66 628	50%	53 607	40%	12 839	10%
2019	181 885	1 024	1%	90 235	50%	72 582	40%	18 044	10%
2020*	54 125	278	1%	26 647	49%	21 433	40%	5 767	11%

\*Al 31 de agosto del 2020

Nota: Boletín Estadístico Programa AURORA, MIMP. Agosto, 2020

## Anexo 15

Tabla 11: Número de denuncias a través de la Línea 100 por meses (años 2018, 2019 y 2020\*)

Año	E	F	M	A	M	J	JUL	A	S	O	N	D	Total
2018	4 543	4 361	4 984	5 235	7 234	7 262	6 835	6 390	6 562	7 106	6 882	8 594	<b>75 988</b>
2019	9 768	10 054	10 992	10 274	9 863	10 039	9 259	9 212	9 624	9 253	9 993	11 455	<b>11 786</b>
2020*	12 893	13 753	14 049	16 037	23 644	24 072	26 869	24 990					<b>156 307</b>

\*Al 31 de agosto del 2020

Nota: Boletín Estadístico Programa AURORA, MIMP. Agosto, 2020

## Anexo 16

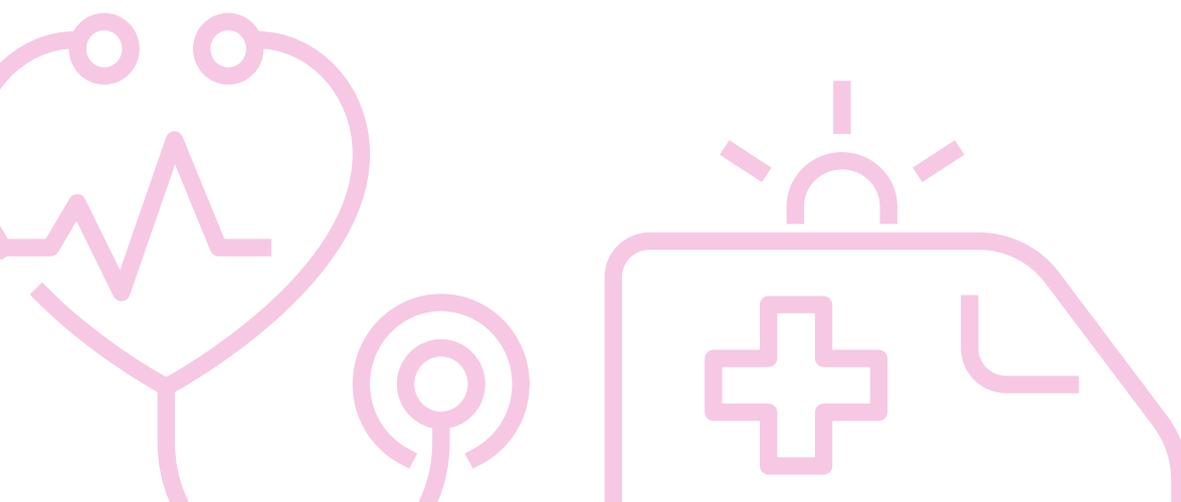
Tabla 12: Registro de Nacimientos de Nacidos Vivos por lugar del parto

Registro de Nacimientos de Nacidos Vivos por lugar del parto										
Fuente: Registro de Certificado de Nacido Vivo <a href="https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_cnv.asp">https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_cnv.asp</a>										
Consulta hecha el 21/10/20										
	Total	Hospitalario	% de partos hospitalarios	Domiciliario	Vía pública	Centro de trabajo	Otros	No se conoce/No definido	Total extahospitalarios	% partos extra-hospitalarios
2020	353,746	348,210	98.44%	3,703	202	198	1,403	30	5,536	1.56%
2019	485,269	480,325	98.98%	3,777	227	104	821	15	4,944	1.02%
2018	494,032	488,555	98.89%	3,551	221	33	1,645	27	5,477	1.11%
2017	480,487	474,842	98.83%	3,709	199	39	1,674	24	5,645	1.17%
2016	459,738	455,013	98.97%	2,979	163	44	1,524	15	4,725	1.03%
2015	417,416	414,032	99.19%	1,769	139	7	1,466	3	3,384	0.81%

Nota: Elaboración propia a partir del Registro de Certificado de Nacido Vivo

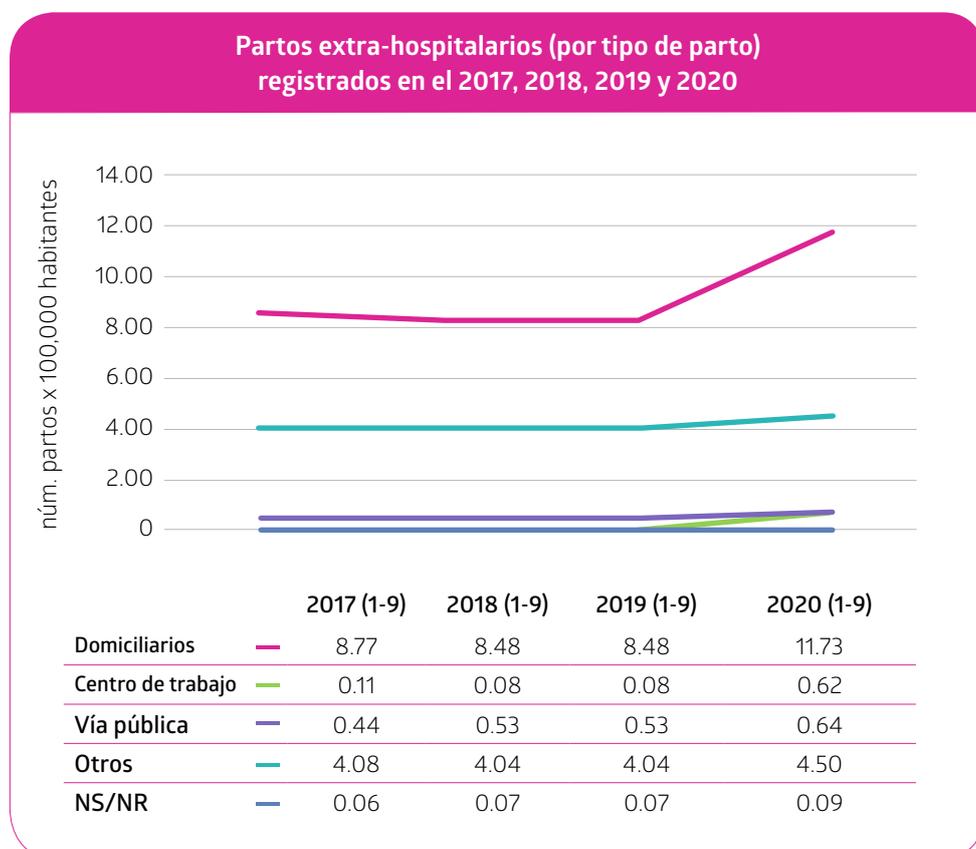
[https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero\\_cnv.asp](https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/tablero_cnv.asp)

Consulta hecha el 21/10/20



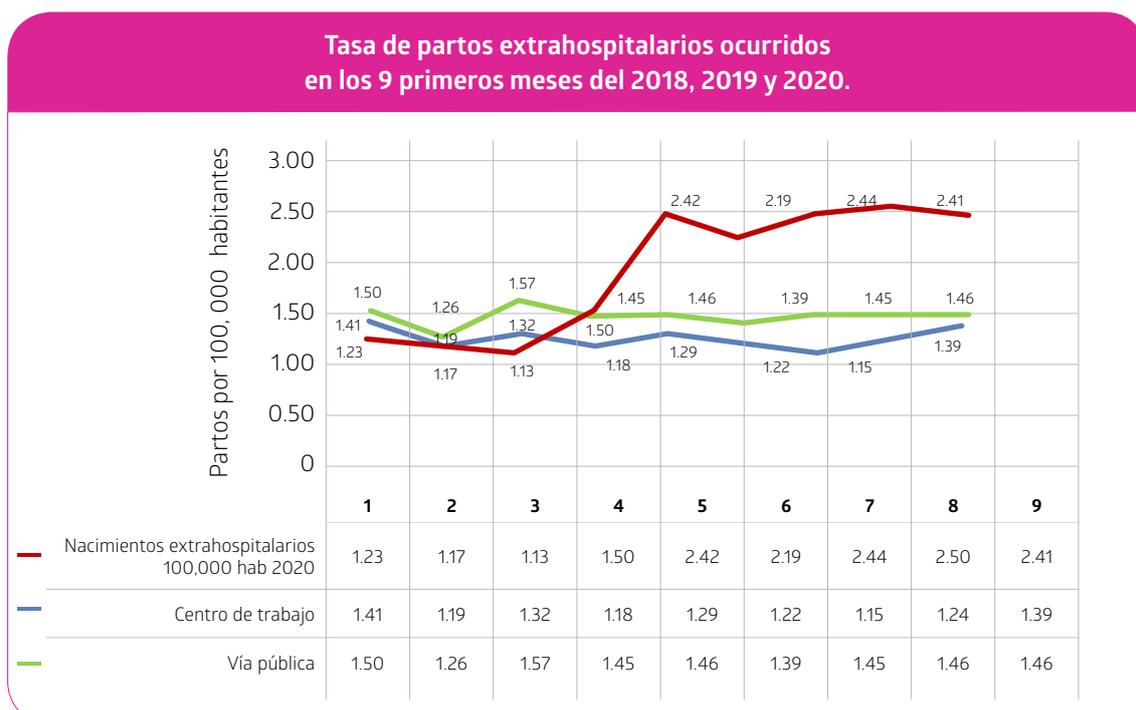
## Anexo 17

Figura 8: Partos extra-hospitalarios (por tipo de parto) registrados en el 2017, 2018, 2019 y 2020



Nota: Elaboración propia en base a la información del Registro de Certificado Vivo

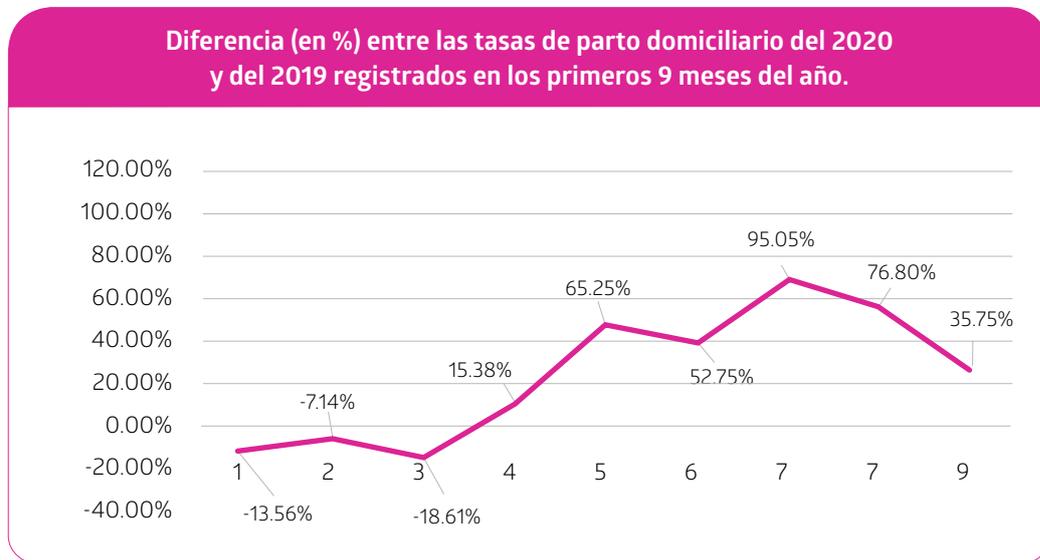
Figura 9: Tasa de partos extrahospitalarios ocurridos en los 9 primeros meses del 2018, 2019 y 2020



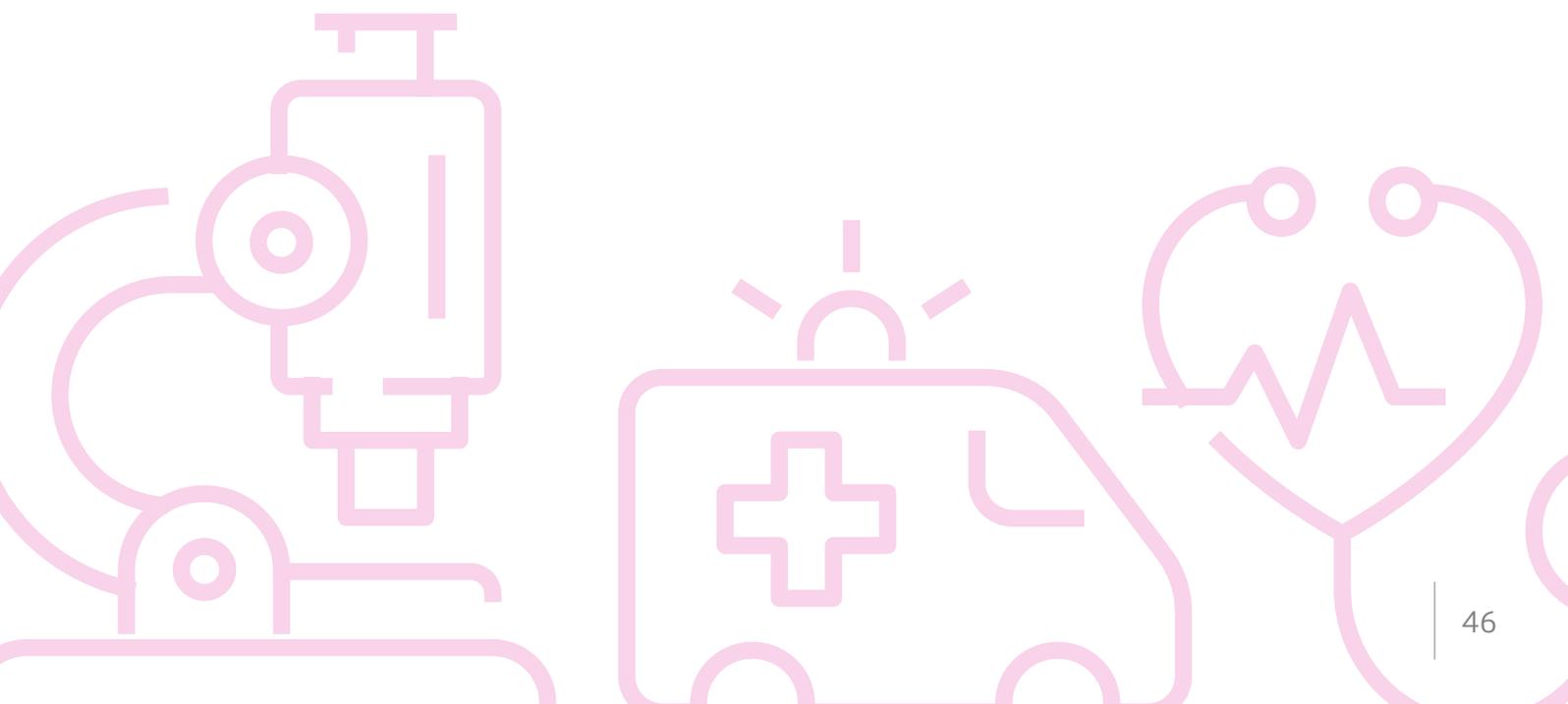
Nota: Elaboración propia en base a la información del Registro de Certificado Vivo

## Anexo 18

Figura 10: Diferencia (en %) entre las tasas de parto domiciliario del 2019 y del 2020 registrados en los primeros 9 meses del año



Nota: Elaboración propia en base a la información del Registro de Certificado Vivo



Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de:



**Mesa de Vigilancia Ciudadana**  
en Derechos Sexuales  
y Reproductivos



**clacai**

CONSORCIO LATINOAMERICANO  
CONTRA EL ABORTO INSEGURO