

LA **SITUACIÓN FEMENINA** EN EMERGENCIA

ESTUDIO SOBRE EL IMPACTO
DE LAS **MEDIDAS ECONÓMICAS**
Y **SOCIALES** EN CONTEXTO DE
COVID-19 EN LAS MUJERES DE
LIMA, UCAYALI, JUNÍN Y CUSCO



Brot
für die Welt



©Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán

Parque Hernán Velarde 42, Lima 1

E-mail: postmast@flora.org.pe

www.flora.org.pe

Título: La situación femenina en emergencia. Estudio sobre impacto de las medidas económicas y sociales en contexto de COVID 19 en las mujeres de Lima , Ucayali, Junín y Cusco.

Consultoras:

Rosa Arévalo León

Stephanie Rodríguez Ugolotti

Corrección de estilo:

Gaby Cevasco

Diagramación:

Beatriz Espinoza Lopez

D.L. # 2022-09879

Primera Edición

Setiembre de 2022.

PRESENTACIÓN

La pandemia ha tenido un impacto negativo en la población, especialmente en aquella que vive situaciones de riesgo y precariedad, y son las mujeres, niñas, adolescentes y población LTGBIQ+, las personas más afectadas que han visto un recrudecimiento de las problemáticas que vivían. Toda esta situación ha significado serios retrocesos en relación a sus derechos, tanto en los sectores urbanos como rurales, pues se ha profundizado la violencia de género, los roles tradicionales de cuidado, los obstáculos para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y el incremento de la pobreza.

Ante este contexto, el Centro Flora Tristán, a través de la intervención denominada “Juntas contra el COVID 19”, se ha enfocado en dar una respuesta a este escenario, a través de la implementación de acciones que fortalezcan las capacidades de las mujeres lideresas y jóvenes activistas. En este proceso, presentamos *La situación femenina en emergencia. Estudio sobre el impacto de las medidas económicas y sociales en contexto de COVID-19 en mujeres de Lima, Junín, Ucayali y Cusco*, que servirá como una herramienta para incidir en la aprobación de medidas favorables en los diferentes niveles de gobierno.

Este estudio ha sido elaborado a partir de diferentes fuentes: secundarias, grupos focales y entrevistas a dirigentas indígenas, agentes comunitarias, líderes juveniles, funcionarias/os públicos, personal de salud, entre otras, de estas cuatro regiones que hablan de su propia experiencia y de su entorno organizacional, comunal, profesional, etcétera (configurando una muestra no probabilística por conveniencia). El trabajo de campo se realizó a fines del 2021, en situaciones difíciles que hizo imposible en diversos casos

entrevistar y/o reunir a las personas; pero, aun así, los resultados nos permiten presentar algunos importantes hallazgos que son un insumo clave en el desarrollo del trabajo institucional con mujeres y adolescentes, pero, también, con las autoridades nacionales, regionales y locales. Y es una información fundamental para nuestras aliadas con las que trabajamos en estas cuatro regiones del país, en la presentación de iniciativas a los poderes públicos.

El COVID-19 ha cambiado la vida a nivel personal y familiar, ha conmocionado la economía y también las dinámicas de desarrollo, por ello era necesario aproximarnos a esta nueva realidad, que nos compromete a seguir trabajando para recuperar lo perdido y avanzar más allá, a partir de la capacidad de resiliencia que tienen las mujeres, de manera de ver esta pandemia como un hito que nos permita superar desigualdades históricas.

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán



ÍNDICE

Resumen	7
Glosario	8
Introducción	11
1. Metodología	15
2. Perfil sociodemográfico de las mujeres en el Perú de hoy	25
3. Principales derechos de las mujeres afectados durante la pandemia	29
3.1. La necesidad de proteger y garantizar la salud	29
3.1.1. La crisis a partir de la pandemia por el COVID-19	35
3.1.2. El proceso de vacunación como respuesta estatal a la pandemia por el COVID-19	43
3.1.3. El uso de la medicina tradicional como respuesta intercultural a la pandemia por el COVID-19	46
3.1.4. La desatención de la salud mental	55
3.2. Trabajo y labores de cuidado	58
3.2.1. La informalidad como un factor que impide el acceso a un trabajo digno y en condiciones de igualdad	63
3.2.2. El desempleo como una consecuencia de la crisis que afecta en mayor medida a mujeres que a los hombres	65
3.2.3. La prevalencia del trabajo de cuidado en mujeres	66
3.3. Autonomía, salud sexual y reproductiva	67
3.3.1. Interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva para atención del COVID-19	68

3.3.2.	Acceso a servicios de planificación familiar y medicación anticonceptiva	72
3.3.3.	Desconfianza de jóvenes y adolescentes hacia el personal de salud ...	78
3.3.4.	Prevalencia de embarazos no deseados y/o forzados en niñas, adolescentes y mujeres	80
3.4.	Violencia de género	84
3.4.1.	Continuidad de un contexto de la violencia en el Perú	86
3.4.2.	Aumento de casos de violencia (intrafamiliar) entre hombres hacia mujeres.	92
3.4.3.	Prevalencia de casos de violencia sexual	93
3.4.4.	Percepción del aumento de niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual	97
3.4.5.	Violencia, discriminación y hostigamiento hacia mujeres trans y trabajadoras sexuales (Lima).	100
3.4.6.	Necesidad de reforzar las medidas de prevención y atención de la violencia	102
4.	Conclusiones y hallazgos	105
5.	Propuesta de continuación del proyecto	107
5.1.	Capacitación y sensibilización hacia las mujeres en todos sus ciclos de vida y población LBGTIQ+ sobre sus derechos	107
5.2.	Fomentar la autonomía económica de las mujeres en todos sus ciclos de vida y población LBGTIQ+	108
5.3.	Generar evidencia de los contextos que viven las mujeres en todos sus ciclos de vida y población LBGTIQ+	108
6.	Anexos	110
7.	Bibliografía	136

RESUMEN

En el contexto de la pandemia del COVID-19 se ha identificado como una prioridad la necesidad del Estado peruano de cumplir los estándares de especial protección de los derechos de las mujeres. Para ello, se ha realizado un estudio de la situación de las mujeres de cara a los impactos económicos y sociales que la crisis sanitaria ha traído en las regiones de Lima, Cusco, Ucayali y Junín. A lo largo del estudio, se evidencia cómo es que los derechos a la salud, trabajo, autonomía sexual y a una vida libre de violencia se han visto afectados de manera particular, lo que evidencia la necesidad prioritaria de fortalecer las capacidades de las mujeres.

Palabras clave:

COVID-19, Perú, mujeres, niñas, adolescentes, salud, trabajo, autonomía sexual, violencia de género, derechos humanos.



GLOSARIO

AFP:	Administradoras de Fondos de Pensiones
AOE:	Anticonceptivo Oral de Emergencia
CADH:	Convención Americana de Derechos Humanos
CDN:	Convención sobre los Derechos del Niño
CEDAW:	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEM:	Centro de Emergencia Mujer
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y El Caribe
CIDH:	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
Comité CDN:	Comité de los Derechos del Niño
Comité CEDAW:	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
Comité DESC:	Comité de los Derechos Económicos Sociales y Culturales
Corte IDH:	Corte Interamericana de Derechos Humanos
COVID-19:	Enfermedad del Coronavirus
CRR:	Center for Reproductive Rights (Centro para los Derechos Reproductivos)
DIDH:	Derecho Internacional de los Derechos Humanos
DIRIS:	Dirección de Redes Integradas de Salud
DIRESA:	Direcciones Regionales de Salud
DDHH:	Derechos Humanos
DESC:	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DESC-A:	Derechos Económicos, Sociales, Culturales y Ambientales
DP:	Defensoría del Pueblo

DRE:	Dirección Regional de Educación
DSR:	Derechos sexuales y reproductivos
DUDH:	Declaración Universal de Derechos Humanos
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
EsSalud:	Seguro Social de Salud del Perú
EE.SS.:	Establecimientos de Salud
ForoLAC:	Foro Latinoamericano y del Caribe para el Aseguramiento de Insumos de SR
II.EE.:	Instituciones Educativas
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática
ITS:	Infecciones de transmisión sexual
LACRO:	Oficina Regional para América Latina y el Caribe
MEF:	Ministerio de Economía y Finanzas
MESECVI:	Mecanismo de Seguimiento de la Convención de Belém do Pará
MIMP:	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
MINJUS:	Ministerio de Justicia y Derechos Humanos
MINSA:	Ministerio de Salud
MTPE:	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONP:	Oficina de Normalización Previsional
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
SG/OEA:	Secretaría General de la Organización de los Estados Americanos
SPOG:	Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
PIDCP:	Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos

PIDESC:	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPII:	Pueblos indígenas
PROMSEX:	Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos
UGEL:	Unidad de Gestión Educativa Local
UNFPA:	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

INTRODUCCIÓN

La protección de los derechos de las mujeres en el Perú y en la región se encuentra resguardada en múltiples instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos y también en el derecho interno peruano. Sin embargo, el contexto de emergencia sanitaria, a raíz del COVID-19, el aumento del trabajo no remunerado, la informalidad, tareas de cuidado, la desatención en acceso a salud sexual y las altas cifras de violencia, evidencian que son las mujeres las principales víctimas de un contexto estructural y continuo de violencia que impide un ejercicio y garantía real de sus derechos.

Desde el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán se advirtió de esta situación desde el inicio de la pandemia, por lo que se han adoptado distintas acciones con el fin de fortalecer el derecho de las mujeres. Como parte de esas acciones se planteó la elaboración de un estudio para evaluar el impacto de las medidas económicas y sociales ejecutadas por el Gobierno en el contexto de la pandemia en las mujeres de cuatro regiones del Perú: Lima, Ucayali, Junín y Cusco.

El punto central es el incumplimiento de los derechos a la vida, integridad, autonomía, trabajo, salud sexual y reproductiva, que representa un fenómeno complejo caracterizado por las brechas de desigualdad y estereotipos de género que se han comprobado en las cuatro regiones que formaron parte de la investigación. Todo ello ocurre a pesar de la permanente preocupación manifestada por el Comité CEDAW en sus Observaciones Finales al Perú en el 2002, que advirtió la ausencia de políticas que fomentaran la perspectiva de género en los diversos sectores de

gobierno y la igualdad entre géneros; la inexistencia de programas de erradicación de la pobreza dirigidos específicamente a la población femenina; la inexistencia de un registro centralizado sobre los delitos sexuales; la constante discriminación por motivos de género en el mercado de trabajo; la situación de la salud sexual de la mujer (en relación a la alta tasa de mortalidad materna, específicamente en los casos de abortos clandestinos); la escasa información disponible sobre la trata de mujeres y niñas y la persistencia de estereotipos tradicionales relacionados con los roles y responsabilidades de la mujer y el hombre en la familia (COMITÉ CEDAW 2002).

Después de veinte años, la CEDAW nuevamente en sus Observaciones finales al Perú en el 2022, advirtió las mismas preocupaciones respecto de la ausencia de educación sexual y reproductiva y enfoque de género en todo nivel. Al respecto, recuerda la Recomendación General n.º 36 sobre el derecho de las niñas a la educación que exhorta la promoción e importancia de la educación de las niñas y mujeres en

todos los niveles, al ser esta una base para su empoderamiento, especialmente a aquellas en situación de vulnerabilidad (mujeres indígenas, afroperuanas, rurales, con discapacidad, refugiadas y migrantes).

Se recuerda, además, la necesidad de que el Estado peruano cumpla con su obligación de reconocer y garantizar el derecho de participación en función de la autonomía



progresiva de las niñas y adolescentes, que debe desarrollarse en concordancia con la CDN, en todo lo relacionado a su salud sexual y reproductiva en los distintos aspectos en el que se desenvuelven, como los hogares, las escuelas y las comunidades.

El presente estudio cuenta con cinco secciones. En la primera, se explica la metodología usada para la recopilación de información. La segunda, intenta hacer una aproximación a las características demográficas y situación de la mujer durante la emergencia sanitaria causada por el COVID-19. La tercera sección, se enfoca en desarrollar de manera prioritaria los derechos de salud, trabajo, autonomía sexual y vida libre de violencia. Hay que señalar que se da un contraste entre los hallazgos realizados en los trabajos de campo y la revisión, descripción interdisciplinaria y análisis desde del enfoque de los derechos humanos, niñez y adolescencia, pueblos indígenas y el enfoque interseccional.

En este sentido, la investigación tiene como objetivo esbozar un estándar de derecho humano en el marco de una política pública.

Por último, se señalan los principales hallazgos y conclusiones de la investigación; además de plantear propuestas para la continuidad del proyecto “Juntas por el COVID-19” que realiza el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, así como también otras medidas prioritarias.



1. METODOLOGÍA

Para los fines del presente trabajo se han utilizado diversas herramientas de recopilación de información, con prioridad de entrevistas y grupos focales de manera presencial, con el cumplimiento de los protocolos de bioseguridad para evitar el contagio por COVID-19, dispuestos por el Gobierno durante las fechas en las que se realizaron las visitas de campo.

El trabajo de campo se ha desarrollado en las siguientes provincias: Lima Metropolitana, Cusco Ciudad y Quispicanchis en la región Cusco, Satipo y Pangoa en la región Junín y Coronel Portillo en la región Ucayali; durante los meses de octubre y noviembre (ver Tabla n.º1), previa coordinación con el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, configurando una muestra no probabilística por conveniencia. El marco representativo no intenta generalizar contextos, sino, más bien, hacer un recojo de diversas situaciones que podrían estarse replicando a lo largo del territorio nacional.

Tabla n.º 1. Fechas de las visitas a campo

REGIÓN	PERIODO DEL TRABAJO DE CAMPO
Lima Metropolitana	26 al 30 de octubre de 2021
Cusco	4 al 7 de octubre de 2021
Junín	18 al 20 de octubre de 2021
Ucayali	11 al 14 de octubre de 2021

En la mayoría de los casos se han desarrollado entrevistas semiestructuradas, que se adecuaron para cada región, tomando en consideración las particularidades del grupo etario y el grupo étnico al que pertenecían las personas entrevistadas. Asimismo, se han llevado a cabo tres grupos focales, dos de ellos en Coronel Portillo, Ucayali, en donde participaron cuatro personas en cada grupo, dando un total de ocho personas. El tercer grupo focal se realizó en Pangoa, Junín, y participaron dos mujeres. A continuación, se presenta un cuadro con el número de entrevistas y grupos focales desarrollados en las regiones señaladas.

Tabla n.º 2. Número de personas entrevistadas y grupos focales

REGIÓN	N.º DE ENTREVISTAS	N.º DE GRUPOS FOCALES	
Lima Metropolitana	5	-	
Cusco	4	-	
Junín	4	1	2 personas
Ucayali	5	2	8 personas
Total de personas participantes	17	10	

Debe mencionarse que, para la realización de los grupos focales, se ha tomado en consideración el contexto de cada provincia, por lo que no en todos los casos se dieron las condiciones de bioseguridad para llevarlos a cabo. Además, en algunos de los casos, las personas entrevistadas podrían ser parte de los grupos de riesgo, por lo que se tomó la precaución ante posibles contagios.

La estructura de las entrevistas y los grupos focales se ha desarrollado bajo el enfoque de género e interseccionalidad. Es por esa razón que, a pesar de que la mayoría de las personas entrevistadas fueron mujeres (25 entrevistadas), (ver Gráfico n.º 1), se ha tratado de que sean lo suficientemente representativas y mostrar diversidad. De esta manera, se ha incluido en el trabajo de campo las perspectivas de dirigentes indígenas, agentes comunitarias, líderes juveniles, funcionarias públicas, personal de salud y académicas.

Gráfico n.º 1. Número de personas participantes según sexo



89 %

25 Mujeres



11 %

3 Hombres

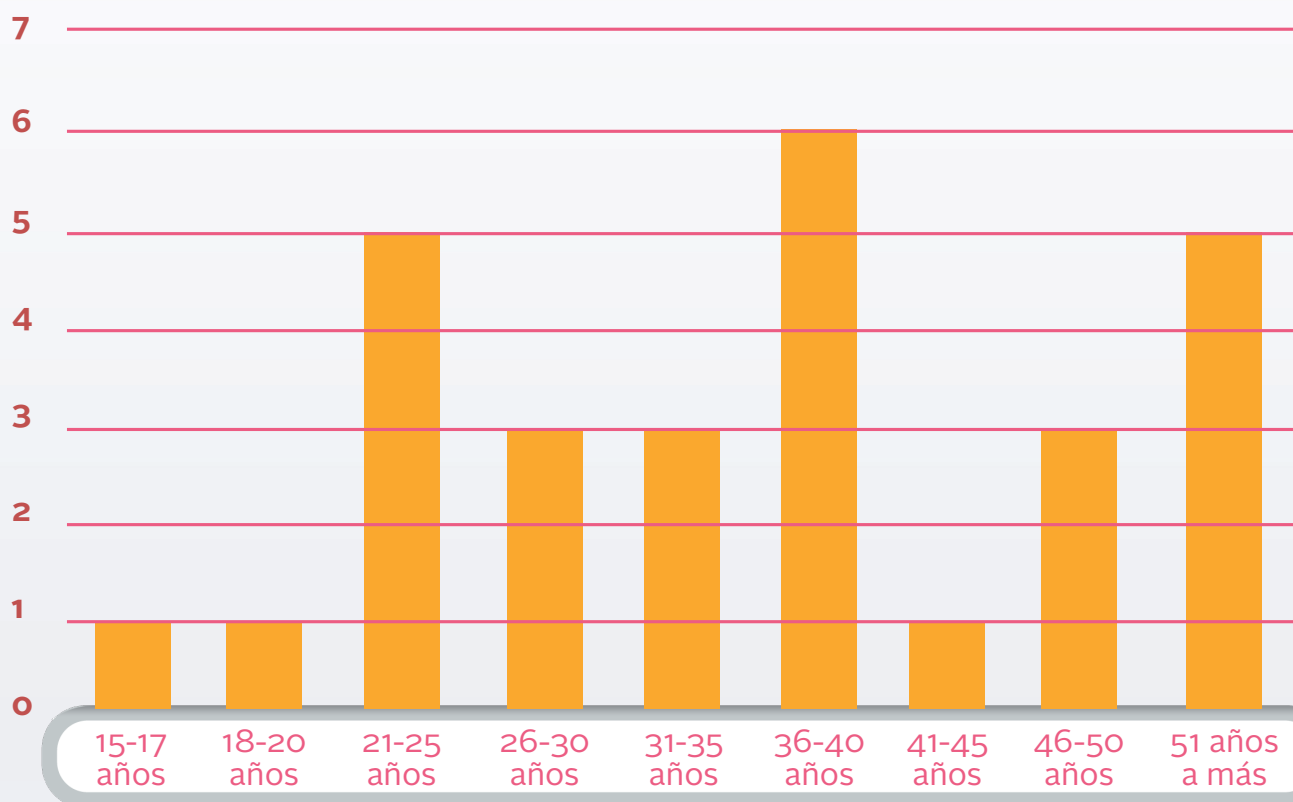
En consecuencia, se ha tratado de incidir en particularidades de cada provincia. Para el caso de Lima, se buscó centrarse en la situación de niñas y adolescentes y su salud sexual y reproductiva, que incluye la incidencia y atención en casos de violencia. En Cusco se conversó con mujeres indígenas productoras y la atención en situaciones de violencia. Para las entrevistas en Satipo y Pangoa, se ha considerado el trabajo de las mujeres indígenas artesanas y su salud sexual y reproductiva. Por último, en Coronel Portillo, Ucayali, se abarcó el trabajo de las mujeres indígenas artesanas, además de la salud sexual y reproductiva en niñas y adolescentes.

Por otro lado, al incluir el enfoque interseccional, también se ha considerado la diversidad etaria de las personas participantes en el estudio (ver Tabla n.º 3 y Gráfico n.º 2). Así, se puede ver que la mayoría de las personas corresponden a los grupos etarios de 21 a 25 años y de 36 a 40 años, y ello sin desmedro de incluir a otros grupos, cuyas perspectivas generacionales han sido de vital importancia para integrar los hallazgos del presente informe. No obstante, y como se señalará posteriormente, estos dos grupos han representado parte importante de los hallazgos, dado que han respondido con igual interés en los distintos aspectos del presente estudio, lo que permite tener una perspectiva amplia de todas las variables que se analizan en la estructura de las entrevistas y grupos focales.

Tabla n.º 3. Personas participantes del estudio según su grupo etario

RANGO DE EDAD	N.º DE PERSONAS ENTREVISTADAS
15 - 17 años	1
18 - 20 años	1
21 - 25 años	5
26 - 30 años	3
31 - 35 años	3
36-40 años	6
41-45 años	1
46-50 años	3
51 años a más	5
Total	28

Gráfico n.º 2. Personas participantes del estudio según su grupo etario



● **Número de personas entrevistadas.**

Como se ha señalado en la Introducción, la presente propuesta trata de responder a la pregunta: ¿Cuáles son los principales impactos en las mujeres a partir de las medidas implantadas por el Gobierno en el contexto de la crisis sanitaria causada por el COVID-19 en el ámbito de la salud, trabajo y labores de cuidado, autonomía y salud sexual y violencia de género? Y se ha trabajado en preguntas secundarias que ayudan a detallar varios de los aspectos necesarios para explicar la situación en cada región y provincias respectivas, que son las siguientes:

- ¿Cuáles han sido las consecuencias en el ámbito de la economía de cuidado?
- ¿Cuáles han sido las consecuencias en cuanto a derechos sexuales y reproductivos y autonomía de las mujeres?
- ¿Cuál ha sido el impacto de los casos de violencia de género en la vida de las mujeres?
- ¿Cuál ha sido el rol e influencia de los gobiernos regionales y locales en los procesos de adaptación de las medidas dispuestas?
- ¿Cómo es que desde el Gobierno se ha venido actuando en la garantía y protección de los derechos de la mujer?

En correspondencia con las preguntas señaladas, se ha trabajado a partir de los siguientes objetivos:

Objetivo general:

Explicar el impacto de las medidas económicas y sociales durante la emergencia sanitaria causada por el virus del COVID-19 en las mujeres de cuatro regiones (Lima, Ucayali, Junín y Cusco).

Objetivos específicos:

- Visibilizar el impacto de las medidas adoptadas por el Estado para combatir la pandemia, en las mujeres, a partir de la vulneración de derechos (salud, trabajo y labores de cuidado, autonomía y salud sexual y violencia de género).

- Identificar que el rol de las autoridades regionales y locales pudo denotar poca intervención en los aspectos de protección a los derechos de la mujer durante la emergencia sanitaria.
- Comprender que las principales afectaciones identificadas durante la emergencia sanitaria han tenido un impacto importante en la autonomía de las mujeres.

Como se ha mencionado, en el trabajo de campo se han desarrollado dos herramientas, principalmente: las entrevistas y grupos focales. En primer lugar, es necesario decir que, para ambos, se han considerado los protocolos de consentimiento informado, incluyendo los permisos para poder realizar la grabación de voz y futuro manejo de la información brindada. Sin perjuicio de ello, las entrevistas y participación de los grupos focales han sido codificadas, dado que el trato fue bajo la premisa de que esta es información confidencial y que solo servirá para los fines de la presente investigación.

Por un lado, las entrevistas semiestructuradas han estado divididas en cinco secciones generales (ver Anexo 1). Esta última parte es necesaria de señalar, ya que por cada región y grupo poblacional ha habido variaciones en la estructuras y adecuación de las preguntas; además que, como se dijo en líneas anteriores, se han introducido distintos bloques en base a las características de las personas a las que se dirigía la entrevista.

La primera sección abarca datos personales y de contactos, también datos de población, vivienda e identidad. La segunda sección tiene que ver con la variable salud en el contexto de la emergencia sanitaria a causa del COVID-19. En este mismo bloque se han incluido preguntas sobre el proceso de vacunación, y en el caso de población indígena

se han incluido los procesos de medicina tradicional que funcionaron como aliciente en este contexto (regiones de Cusco, Junín y Ucayali). Además, se ha incluido la percepción de la aplicación y dotación de los bonos económicos y canastas de alimentos brindadas por el Gobierno.

La tercera sección trata la variable del trabajo y labores de cuidado, y se ha incidido en preguntas que se refieren a trabajo remunerado y no remunerado, incluyendo el trabajo doméstico y de familia. Esta es una de las secciones más importantes, pues, como se ha comentado, el incremento de las horas que las mujeres le dedican a estas actividades ha venido en aumento durante la cuarentena. Asimismo, en el bloque de trabajo no remunerado se han incluido preguntas sobre dedicación a actividades, voluntariados, capacitaciones, estudios, entre otros. Con ello, se intenta tener un mapa de cómo es que las mujeres usan y distribuyen su tiempo, fuera de las tareas domésticas y de cualquier otra labor remunerada.

En la cuarta sección se aborda el tema de autonomía y salud sexual en el contexto del COVID-19. En este bloque de preguntas se hace hincapié sobre el acceso a métodos anticonceptivos y de planificación familiar; así como en la relación que se tiene con el personal que debe brindar esta información en los centros de salud. En esa línea, se ha incluido el bloque de preguntas dirigido a adolescentes y jóvenes, lo que ha permitido incorporar el enfoque de niñez y la participación activa y la debida responsabilidad reforzada que el Estado debe tener con este grupo.

En el bloque de preguntas correspondientes a la violencia de género no solo se intenta recoger las percepciones sobre la violencia hacia la mujer durante la emergencia sanitaria, sino también recoger qué tanto se conoce sobre los derechos y procedimientos

en el acceso temprano de justicia para casos específicos de violencia, incluyendo la de violación sexual.

Con relación a los grupos focales (ver Anexo 2), estos han posibilitado discutir y cruzar diversas percepciones sobre las cuatro variables mencionadas. También están divididos en las mismas categorías que las entrevistas. Sin embargo, a diferencia de estas no se incide tanto en las experiencias personales a profundidad, sino que se buscó abarcar temáticas de problemáticas comunes y trabajar sus diferentes aristas.

Se trató de descifrar cómo es que se han entendido las tareas de las y los funcionarios del Estado, incluyendo a los gobiernos regionales (GORE), gobiernos locales, representantes del MINSA y personal de salud en general, funcionarias/os de Justicia y de las fuerzas del orden.

Además, los grupos focales tienen la función de poder adentrarnos en las particularidades de cada zona. Para ello, se ha tratado de conducir el proceso de recojo de información a partir de ciertas preguntas, pero dejando más libertad en el abordaje de las temáticas planteadas.

El grupo consultor también ha hecho un trabajo de gabinete durante y previo a las visitas a campo. Se ha realizado una revisión de fuentes primarias y secundarias. Así, sobre el primer grupo se identificó el marco normativo y jurisprudencia nacional e internacional, donde se incluye el trabajo de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y los comités de tratados de Naciones Unidas que abordan la materia de la investigación, ya que brindan el estándar de derechos para la garantía y protección de los derechos de las mujeres y niñas. Asimismo, se identificaron documentos de gestión que incluyen políticas públicas nacionales que se vinculan con los objetivos del proyecto.

Por otro lado, se ha realizado la revisión de información pertinente de las bases de datos provenientes del INEI, MIMP, MINSA y DP, lo cual ha brindado un mapa certero de datos estadísticos y del perfil demográfico de los grupos estudiados. Ello permite hacer un contraste con la recopilación de información a partir de las entrevistas y grupos focales efectuados.

Se debe aclarar que el presente estudio también se basa en la identificación y revisión de literatura especializada, que comprende trabajos concernientes al campo de los derechos humanos y de género. En este aspecto se debe considerar que se ha realizado una transversalización de los enfoques pertinentes a los objetivos del proyecto:

- Enfoque basado en derechos humanos (EBDH)
- Enfoque de capacidades
- Enfoque de género
- Enfoque de interculturalidad
- Enfoque de ciclo de vida
- Enfoque interseccional
- Enfoque territorial

Finalmente, al tratar de completar el mapa de información a partir del trabajo de campo, la revisión de literatura y fuentes en general, se ha hecho un intento, aunque muy primario, de identificar vacíos de información y datos que merezcan especial atención. Ello con el fin de iniciar propuestas para posteriores trabajos que puedan generar nuevos marcos de estudio.

2.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LAS MUJERES EN EL PERÚ DE HOY

Al año 2020, el Perú es el séptimo país más poblado de todo América. De acuerdo con el INEI en el año 2022 se estima una población de 33 millones 400 mil 410 habitantes; donde 16 millones 857 mil 110 corresponde a población femenina (INEI, 2022).¹ La proporción es 99 hombres por cada 100 mujeres.

Un año antes de iniciada la pandemia se podía observar que del total de la Población en Edad de Trabajar (PET), 47,9 % son hombres y el 52,1 % mujeres. En esa línea, en el año 2019, se reportó que la tasa de trabajo de las mujeres fue de 64,0 %, mientras que la de los hombres fue de 79,8 %, lo cual deja en evidencia que las mujeres tuvieron menos posibilidades de participar en el mercado de trabajo. Como es conocido, esta situación se ha agravado a partir de la crisis sanitaria causada por el COVID-19; sobre todo, en aquellas que se encuentran bajo el umbral de pobreza y pobreza extrema. Así, según lo reportado por el INEI (2020), “Esta situación se agravó en las mujeres en situación de pobreza que presentan una tasa de desempleo de 8,1 % siendo casi dos veces la tasa de desempleo de las mujeres no pobres (4,7 %)”. Además, según el INEI (2021), la participación femenina en la producción de bienes y servicios fue mayor en el área urbana (68,3 %) que en el área rural (67,5 %). Según región natural, la mayor proporción de mujeres empleadas se encontraban en la Sierra y la Selva (59,7 % y 61,3 %, respectivamente), siendo la Costa (9,7 %) y la Sierra (10,6 %) las regiones en las que las mujeres estaban menos empleadas.

¹ Disponible en: https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp

En cuanto a la crisis del COVID-19 en sí misma, se ha detectado que esta situación ha aumentado las desigualdades que sufren mujeres y niñas en el desarrollo de sus vidas. De acuerdo al INEI: “Ante la pandemia del COVID-19, las mujeres presentan un mayor riesgo de violencia, de pérdida de medios de subsistencia, además de otras amenazas” (2020). Por ende, los hogares que tienen como jefa de hogar a una mujer son más propensos a caer en pobreza, ya que las mujeres tienen menor nivel educativo en comparación a sus pares hombres; además, que sufren las desventajas de la inserción laboral, mostrada en las brechas de género. Por último, en casi todos los casos son las únicas que afrontan las tareas de cuidado y responsabilidad del hogar, lo que hace que sus dinámicas de vida se vean modificadas o alteradas para responder por sus dependientes.

En cuanto a las dimensiones de violencia, según el portal Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, se ha registrado que en el 86 % de los casos las víctimas son mujeres (MIMP 2021). En lo que va del año 2022 (enero a abril de 2022), se han registrado 53 254 casos de violencia contra las mujeres e integrantes del grupo familiar, de los cuales el 87 % corresponden a mujeres (MIMP, 2022). Esta proporción se replica en los diversos grupos etarios. Asimismo, ONU Mujeres en el Perú ha reportado que en lo que va de la pandemia se detectó un incremento considerable en las llamadas a las diversas líneas de atención que ven temas de violencia intrafamiliar (Plan Internacional 2021).



Los casos de violencia reportados en diferentes portales han evidenciado que la violencia está arraigada específicamente en las mujeres, sin importar las condiciones sociodemográficas que tengan. Asimismo, el MIMP reportó que la mayoría de estos casos se refieren a la violencia sexual. Cabe recalcar que estos son los casos que llegan a ser reportados, pues no todos se denuncian, por lo que no llegan a ser parte de las estadísticas.

En cuanto a los niveles de violencia, las regiones fuera de Lima no han sido la excepción en reproducir estas estructuras. Según Plan Internacional (2021), las regiones que más reportaron violencia, durante la pandemia, fueron Cusco y Junín, seguidamente de Lima Metropolitana, Junín-Huánuco y Ancash. Coincidentemente, tres de las regiones que reportan los mayores casos serán analizadas en la presente investigación.

Es importante señalar que en el ámbito de la niñez son las niñas las que se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, al ser ellas las principales víctimas de los casos de violencia sexual.

Al mismo tiempo, a causa del virus COVID-19, se ha derivado una de las crisis educativas más grandes de la región, con el cierre de las escuelas como una de las medidas no clínicas para frenar el contagio, que ha afectado mayormente a las niñas, quienes han suplido a las personas que desempeñaban las labores de cuidado en el hogar.

Todo ello demuestra que el contexto en el que vive la mujer peruana genera obstáculos para garantizar el ejercicio de sus derechos y desarrollo como persona humana. Es importante considerar, por último, que esta situación variaría según la región.



3-

PRINCIPALES DERECHOS DE LAS MUJERES AFECTADOS DURANTE LA PANDEMIA

En la investigación se planteó y evidenció que múltiples derechos de las mujeres se vieron afectados durante la pandemia por el COVID-19. Para efectos del presente documento se ha hecho un estudio y análisis en función de los principales derechos afectados, que son salud, trabajo, autonomía sexual y derecho a una vida libre de violencia.

Aun así, se reconoce que los derechos humanos son interdependientes y que existen otros enfoques y derechos no analizados que revisten de gran importancia en la vida de las niñas y mujeres como, por ejemplo, educación, participación, entre otros.

3.1. La necesidad de proteger y garantizar la salud

La crisis sanitaria en Perú, a causa del virus del COVID-19, dio a conocer precariedades y vacíos que se tenían sin resolver. Esto se reflejó no solo en las falencias de los sistemas de salud al momento de proteger la salud física y mental de la población, sino también en otros servicios básicos, como educación, seguridad, trabajo, etcétera. Esta situación vale la pena enfatizarla, ya que, en los años previos a la pandemia, el país había vivido una especie de “mejora falaz”, pues algunos indicadores señalaban que habíamos crecido 4 % en 2018, con una de las tasas más altas de la región (INEI en MEF 2018). No obstante, ese crecimiento no había cerrado las brechas de desigualdad, además de fomentar que creciera la informalidad en sus diferentes ámbitos. Según el Latinobarómetro (2020), en comparación a los demás países en América Latina, el Perú aparecía con un 9 % en cuanto a estar satisfecho con su economía, uno de los países con menor satisfacción.

La desigualdad económica tendría un reflejo en la distribución y acceso al poder de grupos de especial protección o minorías; al mismo tiempo, la desigualdad en el acceso al poder puede incrementar desigualdades económicas y sociales (PNUD 2010). Esta característica, en nuestro débil sistema democrático, imposibilita la ampliación de derechos y el ejercicio de una ciudadanía comprometida; al mismo tiempo, debilita la percepción sobre el sentido de la democracia, cuya función esencial es la distribución de poder para garantizar los derechos de los individuos (PNUD 2010: 29).

Durante la gestión de gobierno de Martín Vizcarra, a diferencia de otros en la región, propuso una cuarentena sin haber caído en un contexto de crisis sanitaria aún, y fue una de las primeras en instalarse. Sin embargo, prontamente se fueron evidenciando las debilidades de nuestro crecimiento económico. Al inicio de pandemia, el sector salud contaba solo con 5 ventiladores por cada 100 000 habitantes. Esta situación llevó a la crisis al sistema de salud llegado el virus del COVID-19. En cuanto a las medidas para amortiguar la crisis económica, el gobierno actuó inmediatamente; se introdujeron los bonos monetarios a personas que serían seriamente afectadas por la cuarentena; sin embargo, los procesos para entregarlos no se gestionaron rápidamente y fueron muy poco eficaces, ya que las y los peruanos más pobres no tenían educación bancaria ni acceso a una cuenta.

Actualmente, de acuerdo con información de *La República* (2022), en Perú se contaba con 576 ventiladores en abril de 2020, mientras que a febrero de 2022 se contaron con 1 285 ventiladores, casi triplicándose. Asimismo, con relación a los ventiladores automáticos, pasaron de 1 481 a 3 826, un poco más del doble de los que se tenían a inicio de la pandemia.

De acuerdo a información de la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud), de abril de 2020 a febrero de 2022, en el Perú las camas de cuidados intensivos (UCI) se triplicaron. Pasaron de 1.249 a 3.771 en un lapso de 22 meses, en un incremento que tuvo que ver, principalmente, con la respuesta a la crisis sanitaria. En un país con más de 33 millones de habitantes, esta nueva cobertura sigue siendo insuficiente, según expertos en la materia. (*La República, 2022*).

Este escenario fue ejemplo de cómo las medidas económicas, políticas y sociales de los años precedentes, no habían logrado resolver algunas cuestiones centrales que permitirían expandir derechos básicos, como es el caso de la bancarización de la población. Al 2019, solamente se había bancarizado un 47 % de la población urbana en el Perú; y en el 2020, solo había crecido a un 51 %, lo que imposibilitó que las personas que recibirían el bono puedan obtenerlo (IPSOS 2020). La situación se agravaba en las zonas rurales, donde al inicio no hubo mucha diferencia en la aplicación de las medidas del Gobierno.

En este contexto se empezó a discutir en el Congreso, algunas iniciativas para mejorar la situación económica, y se plantearon proyectos de ley relacionados a los retiros del dinero de las AFP y de la ONP, pero también como solicitudes a los ministerios rectores del tema.

Según las entrevistas realizadas, solo 29 % recibió al menos un tipo de bono (Gráfico n.º 3); es decir, del total entrevistado, solo 8 personas recibieron el bono. La mayoría lo recibió por medio del Banco de la Nación, ya que no contaba con una cuenta en una entidad bancaria.

Por otro lado, únicamente se reportaron 2 casos (Coronel Portillo, Ucayali, Pangoa y Junín) que recibieron canastas, a través de otros canales que no fueron del Gobierno.

Contrastando este hallazgo se debe señalar que, a mayo de 2022, todos los bonos² han tenido un promedio de avance de más del 90 % (MEF 2022). No obstante, en el trabajo de campo de las 4 regiones se manifestaron problemas iniciales en la dotación de bonos. Principalmente, destacaron las problemáticas de: (1) Focalización, (2) Bancarización de los y las beneficiarias y (3) Conocimiento sobre los procesos y beneficio del bono.

Gráficos n.º 3. Porcentaje de personas que recibieron el bono



Fuente: Arévalo y Rodríguez, 2022

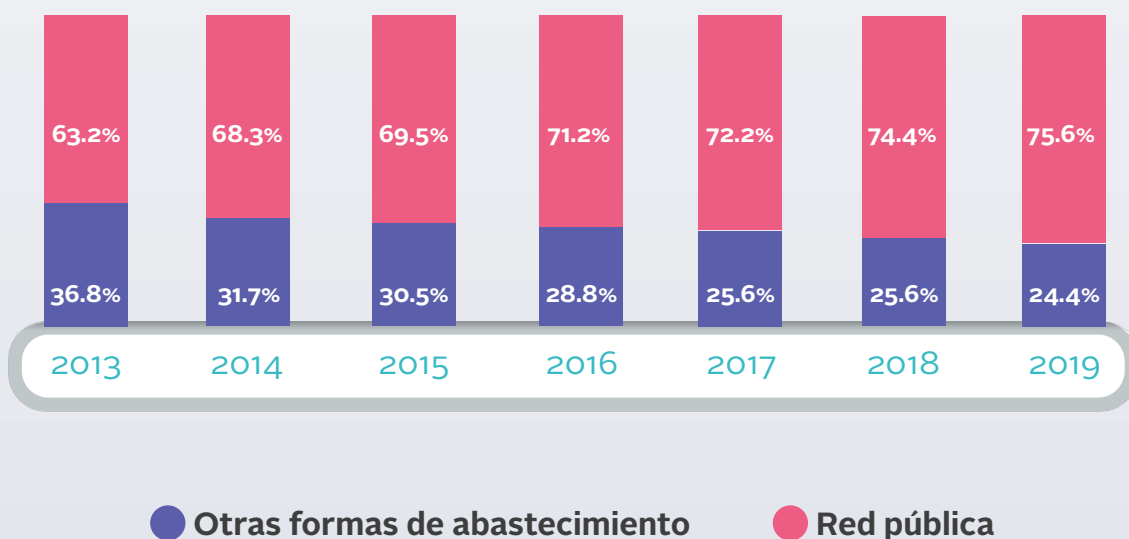
A toda esa situación se le debía agregar las preocupaciones que la OMS y la UNESCO expresaron con respecto a las dificultades en el cumplimiento de las medidas de prevención de contagio, como el constante lavado de manos con jabón, uso de desinfectantes, mascarillas y protectores faciales durante el estado de emergencia; pues se advirtió que en muchos hogares existe un acceso limitado al agua y a recursos para adquirir los implementos de bioseguridad.

² Bono Yanapay, Bono 600, Bono Universal, Bono Familiar Universal, Bono Independiente, Bono Rural y Bono Yo me quedo en casa.

Según datos del INEI (2020), un 9.2 % de la población total del país no tiene acceso a agua por red pública. En consecuencia, usa otras formas como: camión-cisterna (1,2 %), pozo (1,6 %), río, acequia, manantial (3,5 %) y otros (2,8 %). De ese porcentaje total, el que pertenece a las áreas rurales es el más afectado, dado que el 23,7 % de las personas que se ubican en estos espacios no tienen acceso a agua por red pública: el 15,0 % accede a agua por río, acequia o manantial, seguido de otros (4,2 %).

Esta situación no solo imposibilita el cumplimiento de las normas sanitarias que previenen el virus, como el lavado de manos por lo menos 20 segundo con agua y jabón; sino que al no acceder a una red pública se es propenso a usar depósitos donde el agua se almacena para uso futuro, que implican riesgos de otras enfermedades como el dengue, zika y chikungunya, que también son un problema de salud pública en el Perú.

Gráfico n.º 4. Perú-Rural: población por condición de tenencia de agua por red pública, 2013 - 2019 (porcentaje)



Fuente: INEI, 2020.

Asimismo, el INEI, en su estudio sobre acceso al agua, ha identificado que las personas que no tienen acceso a esta mediante una red pública, tienen un impacto alto en los costos de dinero, pero también en otros recursos, ya que “a menudo restan tiempo a sus labores cotidianas para poder caminar hasta una fuente de agua y obtener agua limpia” (2020, p. 5). Desde la perspectiva de género, se ha podido encontrar que el tiempo que las mujeres y niñas le dedican a esta actividad es mucho mayor, ya que se vincula con las labores de cuidado y tareas domésticas, estereotipos que se relacionan con el ser mujer (INEI 2020, p. 5).

En ese mismo sentido, la ENDES del año 2021 estimó que el 79,1 % de la población total del país tiene acceso a agua por red pública, lo que implica el acceso dentro o fuera de la vivienda y pilón y/o grifo público. Lo que implica una disminución en el acceso de 3,7 % con relación a la ENDES del año 2020.

Tabla n.º 4. Perú: Fuente de agua para beber por red pública según área de residencia, 2016 a 2021 (Porcentaje)³

Viviendas con fuente de agua para beber *	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Área urbana	83,8	83,2	81,9	82,7	84,8	80,2
Área rural	70,4	71,1	74,5	73,0	75,9	75,6
Total	80,3	80,4	80,3	80,5	82,8	79,1

Fuente: INEI, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

³ Comprende agua potable dentro, fuera de la vivienda y pilón/grifo público.

Toda esta situación no solo significa costos para su productividad y oportunidades educacionales, sino que podría estar afectando su salud, dado que las necesidades de una mujer van a requerir de un contexto sanitario adecuado para momentos específicos de su vida; por ejemplo, cómo la falta de acceso al agua puede afectar una correcta higiene menstrual. Como señala Arévalo (2021), además “el precario acceso a productos y servicios sanitarios puede afectar directamente su condición de vida, no solo porque pone en peligro su salud, sino porque [...] impacta en su agencia y autonomía”.

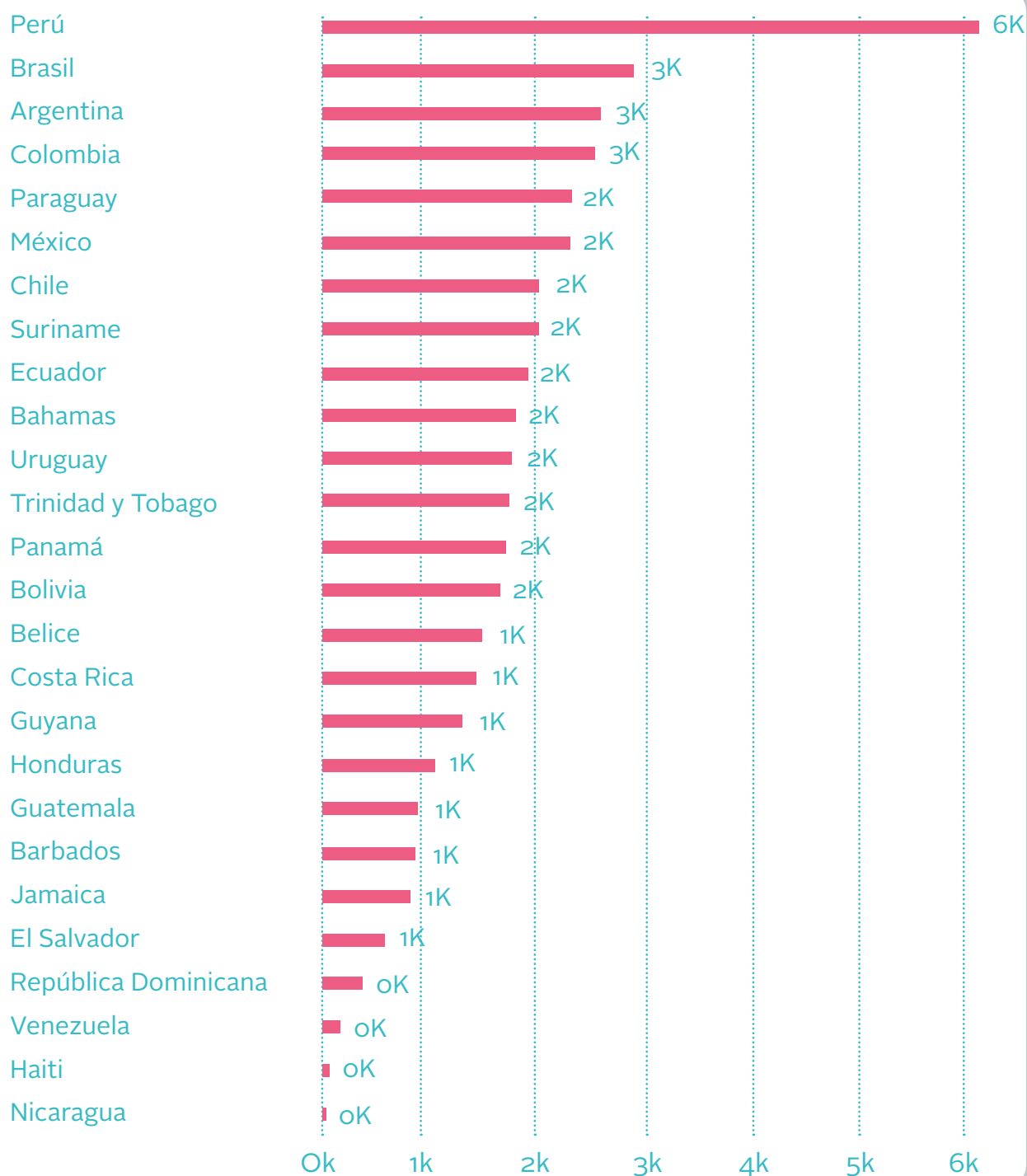
Por otro lado, en cuanto a los recursos materiales que se necesitaban para la prevención del virus del COVID-19, como es el caso de las mascarillas, protectores faciales, entre otros; al inicio, el gobierno dispuso su uso obligatorio en espacios públicos, sean abiertos o cerrados⁴, en el marco de las nuevas normas de convivencia dispuestas oficialmente. Posteriormente, bajo el Decreto de Urgencia n.º 042-2021, se declaran las mascarillas faciales para uso comunitario como “bien público”, por lo que se decidió establecer medidas económicas y financieras que permitan el acceso a este recurso con el fin de prevenir y proteger a la población en situación de vulnerabilidad (artículos, 1, 2 y 3).

3.1.1. La crisis a partir de la pandemia por el COVID-19

Ahora bien, el año 2020 fue tal vez uno de los más crudos en la historia reciente del país, dado que fue el más golpeado por la crisis sanitaria a causa del virus del COVID-19. Diversos portales estadísticos, incluyendo el BID, señalaron que las tasas de muertes en el Perú por COVID-19 fueron las más altas de la región en todo hasta el día de hoy.

⁴ Artículo 8 del Decreto Supremo n.º 184-2020-PCM.

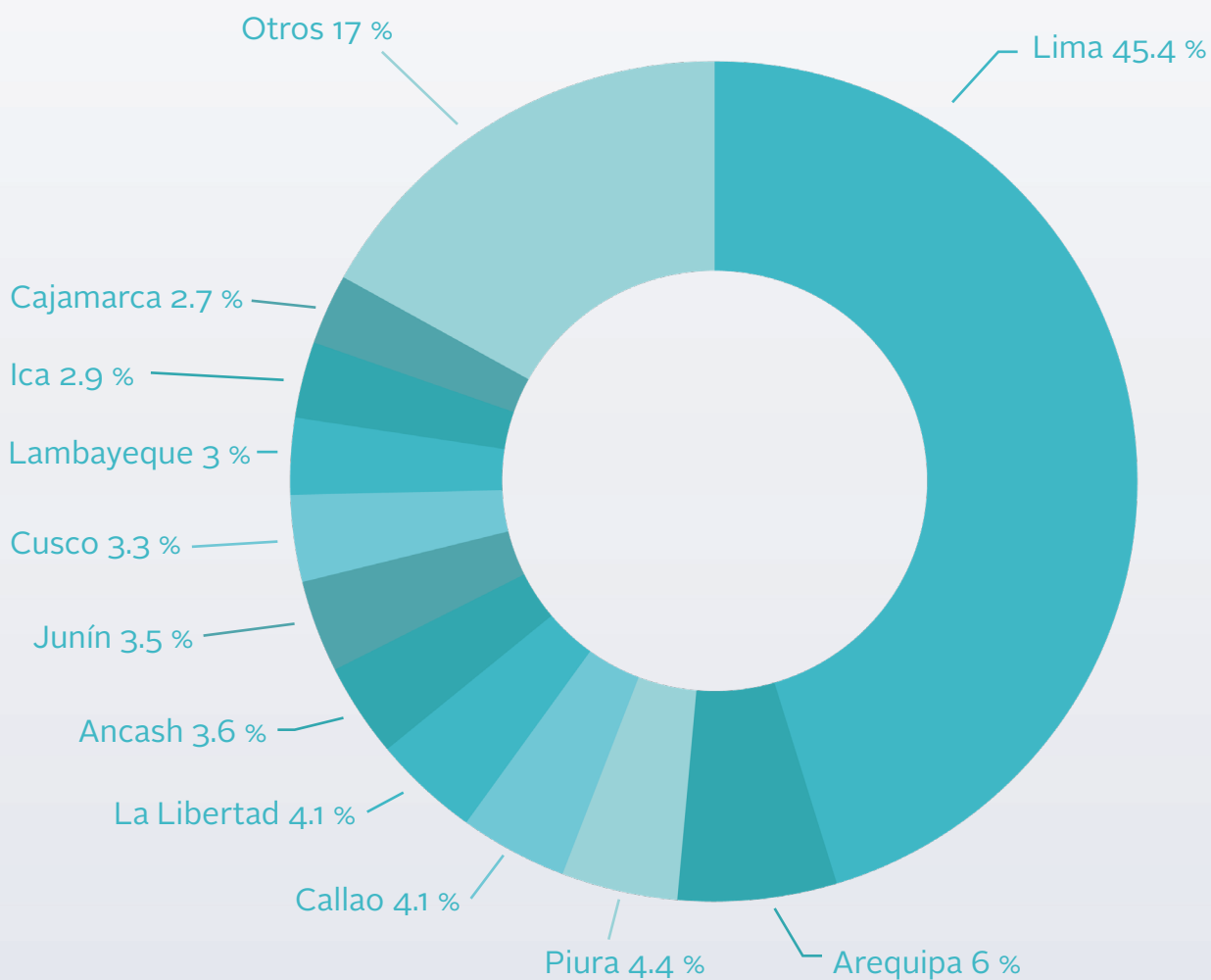
Gráfico n.º 5. Total de muertes confirmadas por millón de habitantes 2020-2021



Fuente: BID 2021.

Asimismo, al día de hoy, la Organización Panamericana de la Salud ha identificado 2 255 318 casos acumulados en este periodo, donde Lima destaca como la principal región tanto en casos identificados, como en muertes. De las regiones estudiadas resaltan Junín y Cusco, en los lugares sexto y octavo, respectivamente (OPS 2022).⁵

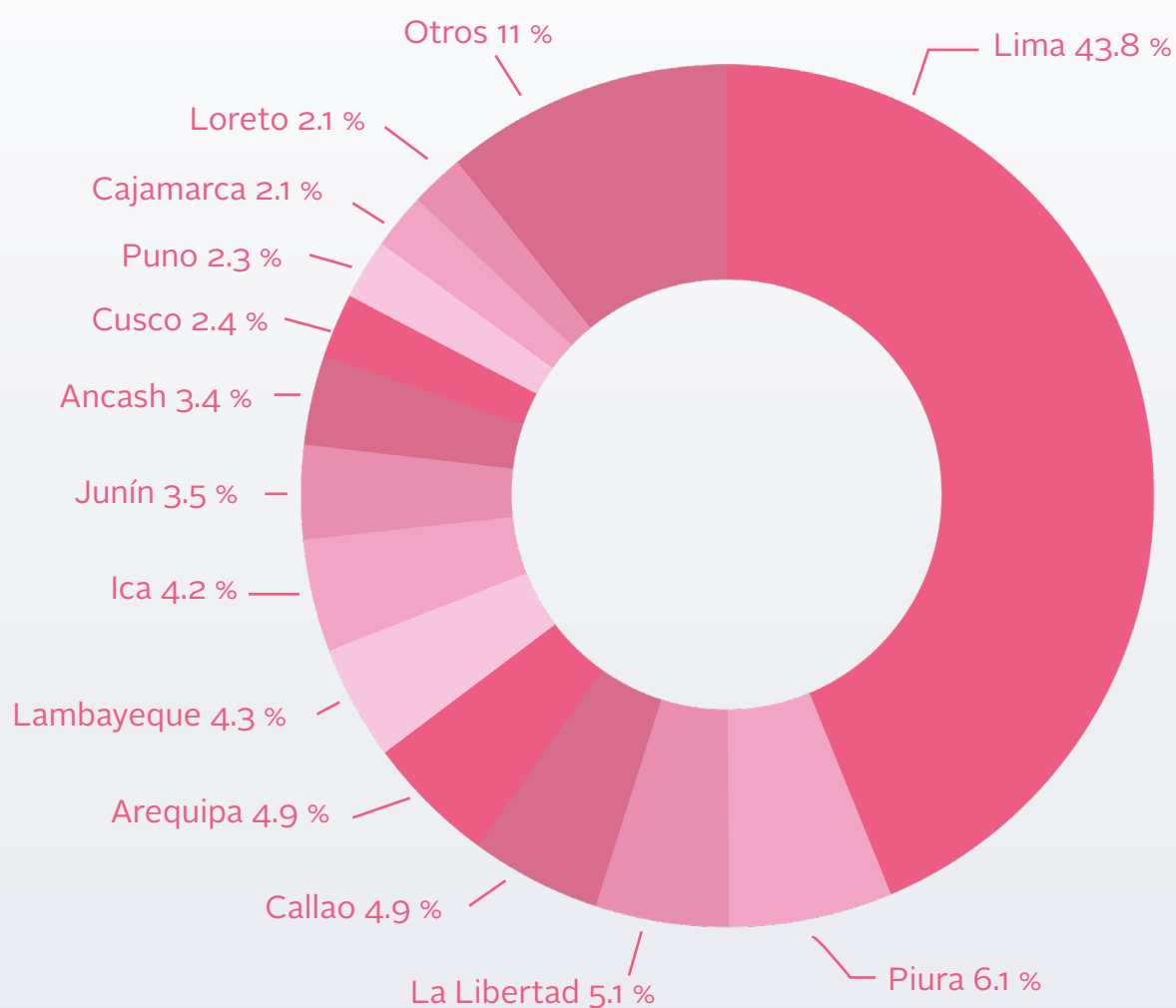
Gráfico n.º 6. Distribución de casos confirmados por región (2022)



Fuente: PAO 2022.

⁵Revisar: Geo-Hub COVID-19 - Information System for the Region of the Americas
<https://paho-covid19-response-who.hub.arcgis.com/pages/paho-peru-covid-19-response>

Gráfico n.º 7. Distribución de casos confirmados por región (2021)



Fuente: PAO 2021.

De los casos reportados en las entrevistas y grupos focales se ha encontrado que 19 personas reportaron que no han tenido COVID-19 (ver Gráfico n.º 8). Este bloque no incluye a ningún hombre.

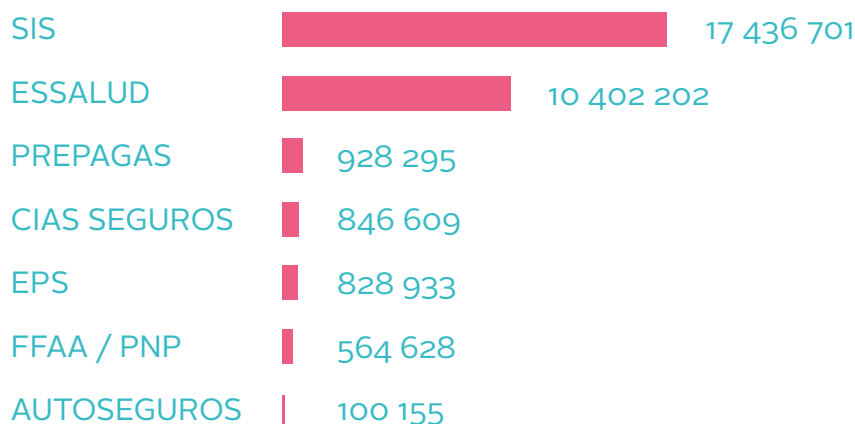
Gráfico n.º 8. Participantes que reportaron haber tenido COVID-19



Fuente: Arévalo y Rodríguez, 2021.

Como se mencionó al inicio de esta sección, durante los momentos más críticos de la pandemia se dio un colapso absoluto del sistema de salud, además del cierre de varios establecimientos. Sobre esto se debe señalar que en el Perú la afiliación a algún tipo de seguro de salud aún tiene brechas altas que superar, considerando que hay diferentes canales de acceso para proveer este servicio (ver Gráfico n.º 9).

Gráfico n.º 9. Número de personas afiliadas a seguros de salud



Fuente: Ministerio de Salud 2021.

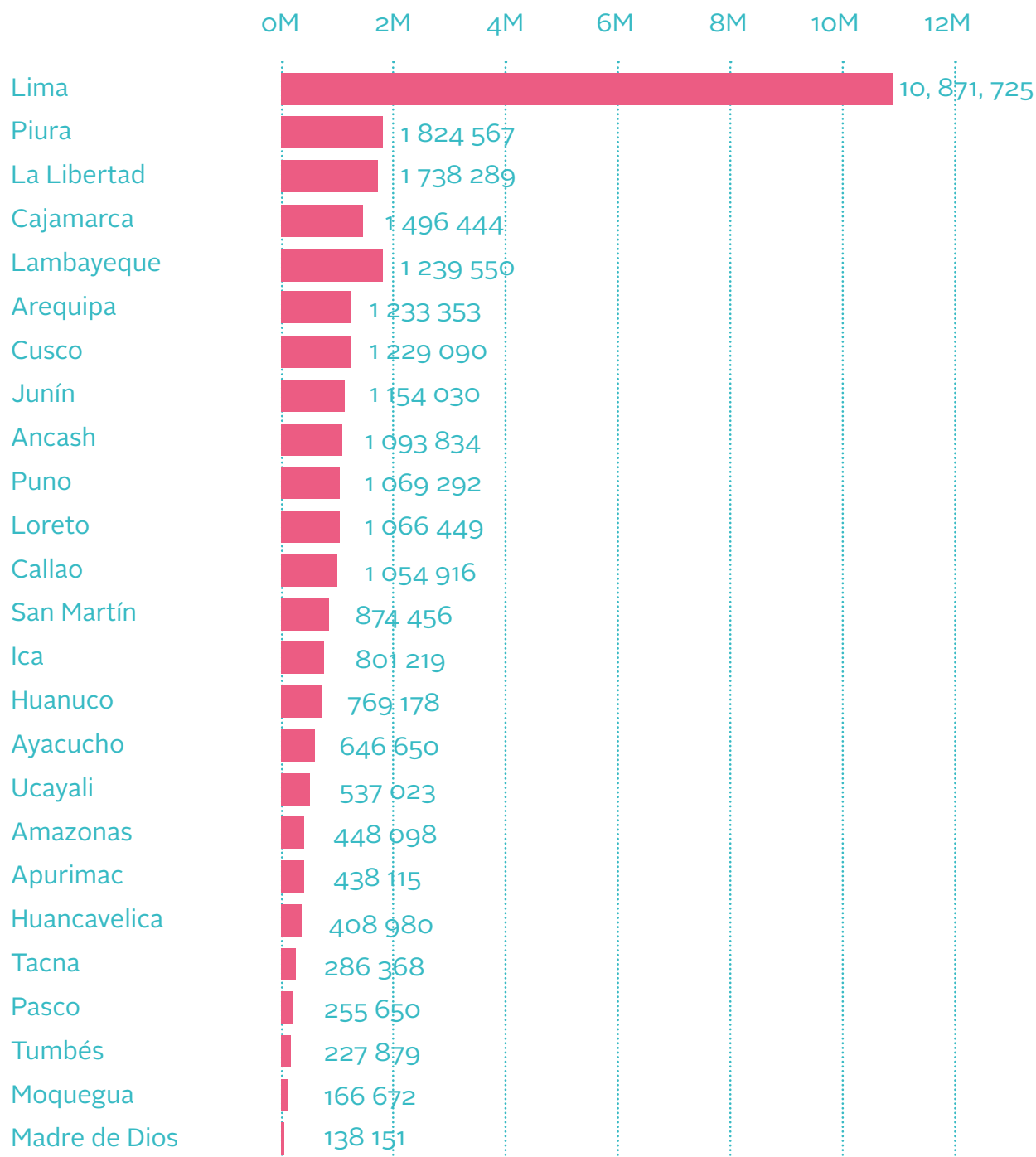
La mayoría de entrevistados consideró que el servicio de salud en sus localidades fue malo y hasta pésimo. Una de las personas que participó en el grupo focal de Ucayali señaló: “Todo se paralizó en la cuarentena, cerraron los mercados, no sabíamos a dónde acudir con nuestros enfermos en casa. Mi esposo (ya contagiado) respiraba boca abajo. Llamé a la doctora sin saber qué era [COVID-19], pero no respondieron. Por eso en la farmacia compré dexametazona, orfenadrina y con las ampollas ha revivido” (grupo focal 1, Ucayali). En esa misma línea, se reportó que la DIRESA de Ucayali no ha visibilizado su trabajo; algunas de las personas que participaron en el grupo focal 2, señalaron que no era transparente en informar cómo se estaba desarrollando el virus; no fueron claros ni en los protocolos ni en dar a conocer los casos con veracidad. Varios coincidieron con que la DIRESA señalaba “que no hay, que no habían infectados” (grupo focal 2, Ucayali).

Esta percepción se repite en Cusco, pues en 3 de las 4 entrevistas se reportó temor de asistir a las postas y centros de salud. Una de las mujeres entrevistadas señaló lo siguiente: “Hay veces que teníamos miedo de ir a la posta, porque dicen que de frente le están matando a las personas y como estaba muriendo hartito [a causa del COVID-19] pensé que también me voy a morir en la posta”. Esta sensación de poca confianza se repite, no solo porque en algunos casos los centros de salud colapsaron, sino porque no estaban preparados para recibir a una población en la que se interseccionaban diversas vulnerabilidades como: mujeres adultas mayores, mujeres indígenas, mujeres que no hablan castellano, etcétera. Ello complicó la transferencia de información necesaria para poder tratar los síntomas y enfermedad causada por el COVID-19; por esta razón, dejaron de ir a los centros y se trataron con medicina tradicional o se automedicaron. En una de las entrevistas en Cusco se dijo que se había consumido ivermectina, aun cuando esta ya estaba descartada para el tratamiento.

En ese sentido, la posibilidad de atención ante los casos de contagio no solo implicó la saturación de los hospitales y centros de salud, sino que al mismo tiempo los costos del sistema privado de salud se incrementaron de forma exorbitante, que hizo casi imposible pagar dichos montos. Según el portal Ojo Público (2021), algunos casos reportaron costos de hasta S/60 000 adicionales por la hospitalización de pacientes asegurados. Como se muestra en el Gráfico n.º 6, con excepción de Lima, el resto del país aún tiene tasas muy bajas de aseguramiento, lo cual puede explicar los altos costes posteriores en materia de hospitalización, tratamiento y medicinas, oxígeno, camas USCI, etcétera, que implica el tratamiento del COVID-19. Sobre esta situación, la Defensoría del Pueblo se pronunció ante los diversos casos que estaban llegando sobre el alza de precios en este rubro, por lo que resaltó la importancia de preponderar el derecho a la salud por sobre otros intereses.

Si bien en el caso de Lima, los contagios reportados en las entrevistas no fueron graves, todas las personas coincidieron que el contexto reveló total descontrol de la situación, y no solo por el incremento constante de los casos y muertes, sino por cómo puso en evidencia la desigualdad, pobreza e informalidad. Una de las entrevistadas señaló que dada la informalidad de Lima: “Las personas deben sobrevivir en el día a día, lo cual pone en serios riesgos a los demás, ya que en los negocios informales existe alta aglomeración y cuando se estuvo en la peor etapa del virus, se creaban focos de contagio”. Asimismo, la informalidad no garantiza el acceso a derechos como el de salud, y si bien Lima tiene el más alto nivel de asegurados, también sufrió los efectos de no contar con un servicio público de calidad; además de los cobros excesivos del servicio privado.

Gráfico n.º 10. Distribución de la población por región con algún tipo de seguro de salud



Fuente: Ministerio de Salud 2021.

En este contexto se empezaron a propagar diversas noticias falsas sobre el tratamiento del virus. Si bien al inicio de la pandemia, varios aspectos del virus eran aún inciertos, poco a poco se empezaron a encontrar factores y evidencias científicas sobre cómo tratar los casos y contagios por COVID-19. Por ejemplo, en mayo de 2020, el MINSA aprobó el uso de ivermectina como parte del tratamiento en los protocolos COVID-19. No obstante, se desestimó su uso al no encontrar evidencias que correspondieran a resultados positivos luego de su uso.

No obstante, esa situación, distintos portales siguieron recomendando la utilización de este fármaco, a pesar de no existir pruebas que contribuyan a considerar su eficacia. Así, personal médico estimó que, al menos, 14 de cada 15 pacientes que se encontraban internados en el hospital habían tomado ivermectina y que para cuando llegaron estaban "muy, muy enfermos" (García en BBC, 2021). Esta respuesta de la población se condice con el vacío y desprotección que se empezaba a sentir, dado que, como se mencionará, el colapso del personal médico significó que gran parte de la población iniciara una búsqueda propia sobre sus tratamientos, lo que llevó a la automedicación. Sin embargo, también significó el inicio de propaganda sobre noticias falsas o *fake news*.

3.1.2. El proceso de vacunación como respuesta estatal a la pandemia por el COVID-19

Lo señalado previamente, no solo ha tenido un efecto negativo en los posibles tratamientos del COVID-19, sino que en varias oportunidades han ocultado la gravedad del contexto, incluso negando que el virus exista; posteriormente, han desestimado los procesos de vacunación y la eficacia de estos para contrarrestar los efectos del virus del COVID-19.

Esta difusión ha venido en aumento, dado el alto número de usuarios en internet y redes sociales, que ha permitido que se esparzan rápidamente contenidos y datos falsos. Y, aun, cuando pueden ser historias fáciles de desmentir (*fact checking*), el nivel en el que se esparcen suele ser muy rápido y amplio, logrando polarizar a la población en asuntos tan importantes como la salud y temas relacionados a la crisis sanitaria. Lamentablemente, estas prácticas atentan contra derechos como la información y la comunicación (Rodríguez et al. 2020). Ello no solo tiene un impacto en cómo se decide actuar frente al virus, sino que causa gran desconfianza y temor.

Del total de las personas entrevistadas, solo una informó que no se había vacunado. Este caso se dio en Cusco y al preguntarle las razones de su decisión respondió que no le convencía. Textualmente señaló que no entendía por qué “se sigue usando la mascarilla, no entiendo cuál es el punto de vacunarte si igual puedes contagiar”. Por otro lado, aunque el resto de participantes dijo haberse vacunado, igual sentía cierto grado de desconfianza, sobre todo en Junín y Ucayali, en donde corrieron varios mitos en torno a la vacunación, el principal era que podrían intervenir tu cuerpo con un chip, con el que podrían tener control absoluto.

En otros casos se relacionó la vacuna con la religión. Personas entrevistadas mayores de 50 años señalaron que algunos líderes de las iglesias desestimaban el valor de la vacuna y prohibían que sus seguidores se la apliquen alegando que era un trabajo del “demonio”. Por último, algunas mujeres de Cusco y Ucayali dijeron que varios hombres sentían que su virilidad podría verse afectada si se inoculaban la vacuna.

En una de las entrevistas en Pangoa-Junín se sostuvo que una de las razones para vacunarse era porque, posiblemente, a futuro el no estar vacunada le imposibilitaría

tener acceso a otros derechos o servicios, como a un trabajo, por ejemplo. No obstante, la mayoría señaló que las vacunas traen beneficios, evitando que la gente muera y disminuyendo los riesgos de contagios. Esta idea se puede resumir en la siguiente cita:

Todas las vacunas son buenas, porque han pasado por un proceso de investigación para dar a la población. Imagínese, a pesar de todas las cosas que se presenta en redes sociales que dice que vamos a morir quienes nos hemos vacunado, que nos han vacunado con el chip, que es el demonio, el sello de la bestia. Yo estuve nueve días en comunidades nativas con el apoyo de las vacunas, con la Cruz Roja, porque apoyo como agente comunitaria, y en un caserío llegamos donde la señora y ella no se quería vacunar y es por su religión. El pastor les ha prohibido que por ahí el diablo le están introduciendo (mujer, Ucayali).

La respuesta desde el gobierno a comienzos de 2021, con la campaña #PongoElHombro, desde el MINSA, inició la desmitificación de la información falsa que circula en las redes sociales; en específico sobre la vacunación. Posteriormente, a mediados de diciembre, entró en vigor el Decreto Supremo n.º 179-2021-PCM, que señala la obligatoriedad de mostrar el carné de vacunación con las dosis correspondientes para personas mayores de 18 años que requieran ingresar a un establecimiento cerrado. Esta medida ha sido criticada, ya que para muchas personas contraviene el derecho a la libertad. No obstante, en todo

momento el gobierno ha manifestado que el sentido de dicha medida es proteger y garantizar el derecho a la salud por sobre todo.

En ese sentido, al día de hoy, según el portal REUNIS⁶

⁶ Reunis <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/vacunas-covid19.asp>

del MINSA, se han aplicado 75 517 996 vacunas en todo el territorio nacional de personas de cinco años a más⁷. Al finalizar mayo de 2022, se reportaron las siguientes cifras con relación al avance de la tercera dosis de vacunación en las regiones estudiadas: Lima Diris Centro 75,6 %, Lima Diris Este 71 %, Lima Diris Norte 71,7 %, Lima Diris Sur 73,2 %, Lima Provincias 73,2 %, Ucayali: 46,2 %, Junín: 60 %, Cusco: 50,6 %.

3.1.3. El uso de la medicina tradicional como respuesta intercultural a la pandemia por el COVID-19

Dado que el Perú es un país con enormes brechas, se ha considerado que el proceso del tratamiento del COVID-19 tenga un enfoque intercultural, con la posibilidad de llegar a todos los pueblos indígenas, incluyendo comunidades campesinas, con información sobre los procedimientos, tratamiento, vacunación y medidas que el gobierno ha tomado en torno al COVID-19, considerando su lengua, visión del buen vivir, costumbres y acceso a servicios. Así, con la promulgación del Decreto Legislativo n.º 1489, en el que se establecen acciones para la protección de los pueblos indígenas u originarios en el marco de la emergencia sanitaria declarada por el COVID-19, se destinaron recursos al MINCUL para poder llevar a cabo medidas que permitan:

- Garantizar el cumplimiento de los derechos lingüísticos;
- promover la prestación de servicios públicos en la lengua materna, haciendo especial hincapié en la población perteneciente a los pueblos indígenas u originarios;
- Asegurar mecanismos de articulación con las entidades públicas que destinen

⁷ Si bien al culminar la redacción de este informe aún no iniciaba el proceso de vacunación de las y los niños menores de 12, en esta sección se ha incluido a las y los vacunados mayores de 5 años. Se recuerda que el inicio de la vacunación infantil se dio a principios del año 2022.

- servicios para la atención de la población indígena u originaria, con criterios de pertinencia, adecuación cultural y de género, oportunidad, eficiencia y calidad; y
- Salvaguardar la vida, salud e integridad de los pueblos indígenas u originarios, prestando especial atención a aquellos pueblos que se encuentran en situaciones de aislamiento o de contacto inicial.

A pesar de ello, la discriminación estructural para el acceso digno a servicios de salud se vio agudizada con la pandemia. Según Iglesias y Saavedra (2020), “en Perú, el 61 % de estas comunidades carece de un establecimiento de salud en sus territorios, por lo que, ante un eventual contagio por SARS-CoV-2, el riesgo a la salud pública en indígenas es mayor”.

De acuerdo a CEPAL (2020), 6 de cada 10 personas indígenas en el Perú tiene acceso limitado a los servicios de saneamiento básico en su vivienda. Ello, a pesar que en relación al resto de América Latina, Chile y Perú son los países donde los pueblos indígenas tienen predominio urbano. Sin embargo, “solo el 48 % tiene conexión a un sistema de desagüe, más del 30 % no cuenta con agua potable permanente y de calidad, y el 75 % no tiene acceso a servicios de salud” (Iglesias y Saavedra 2020: 1).

Asimismo, para la ENDES en el año 2021, solo el 70,6 % de la población tiene acceso a servicios sanitarios. De esta cifra, el 22,6 % tiene acceso a una letrina exclusiva, el 2,2 % a una letrina común. Por otra parte, el 70,5 % de la población total tiene vivienda con servicio de desagüe. De esta cifra, el 84,7 % corresponde a viviendas de área urbana, mientras que el 20,8 % a viviendas de área rural (ENDES 2021).

Tabla n.º 5. Viviendas con servicio sanitario según área de residencia, 2016 a 2021 (Porcentaje)

Viviendas con servicio sanitario*	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Área urbana	85,7	87,2	87,3	88,2	87,9	84,7
Área rural	17,8	20,0	20,5	21,4	25,5	20,7
Total	68,3	71,3	72,1	73,0	73,8	70,6

Fuente: INEI, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Se debe mencionar que, si bien se llevaron a cabo acciones dirigidas a proteger a la población indígena, el número de casos de contagio y muertes fue en aumento. Cabe resaltar que, ante crisis sanitarias, este grupo es considerado como de alta vulnerabilidad, no solo por las precariedades materiales en las que conviven, sino por los riesgos de contagio masivo al exponer a pueblos netamente alejados frente a este tipo de virus y otras enfermedades.

La CEPAL ha hecho referencia a la posibilidad de que en los reportes de salud se haya preponderado los registros de lengua hablada, antes que el criterio de autoidentificación, por lo que los números puedan estar reflejando una dimensión menor de los casos de contagios y mortalidad de la población indígena (ver Tabla n.º 4).

8 Servicio con desagüe comprende el servicio higiénico conectado a red pública dentro y fuera de la vivienda.

Tabla n.º 6. Conteo de casos y fallecidos acumulado (2020-2022)⁹

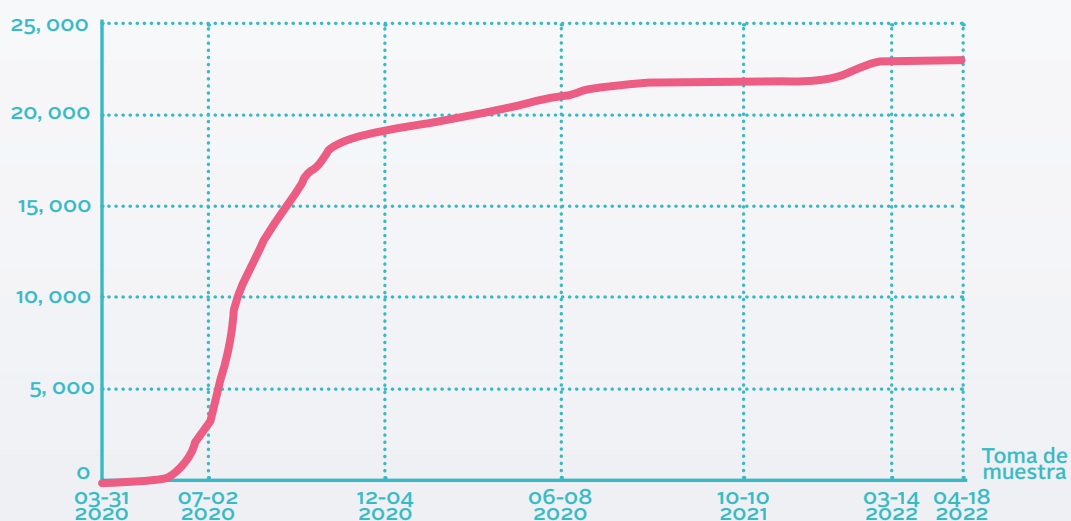
DEPARTAMENTO RESIDENCIA	Andino		Indígena Amazónico		Total general	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Loreto	3	0	7774	33,7	7777	23,3
Amazonas	0	0	7305	31,6	7305	21,9
Ayacucho	4819	47,1	21	0,1	4840	14,5
Ucayali	68	0,7	2748	11,9	2816	8,5
Puno	2807	27,5	1	0	2808	8,4
San Martín	4	0	1774	7,7	1778	5,3
Cusco	1208	11,8	461	2	1669	5
Junín	23	0,2	1408	6,1	1431	4,3
Pasco	11	0,1	770	3,3	781	2,3
La Libertad	634	6,2	3	0	637	1,9
Madre de Dios	7	0,1	367	1,6	374	1,1
Ancash	247	2,4	1	0	248	0,7
Huánuco	26	0,3	218	0,9	244	0,7
Cajamarca	12	0,1	189	0,8	201	0,6
Lima	114	1,1	25	0,1	139	0,4
Apurímac	71	0,7	1	0	72	0,2
Huancavelica	47	0,5	1	0	48	0,1
Tacna	42	0,4	1	0	43	0,1
Lambayeque	7	0,1	13	0,1	20	0,1
Moquegua	19	0,2	1	0	20	0,1
Arequipa	18	0,2	0	0	18	0,1
Callao	12	0,1	3	0	15	0
Piura	10	0,1	2	0	12	0
Ica	9	0,1	2	0	11	0
Tumbes	3	0	0	0	3	0
Total	10221	100	23089	100	33310	99.6

Fuente: MINSA 2022.

9MINSA (2022). Sala de población indígena con COVID-19 <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-poblacion-indigena-con-covid-19/>

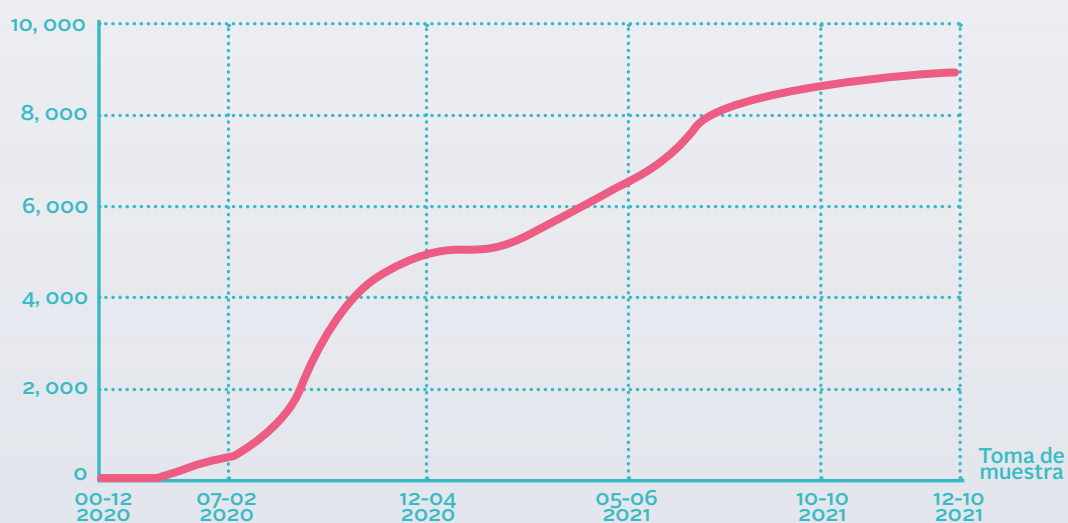
Al día de hoy, se reportan 23 026 casos en la población indígena amazónica y 10 212 casos en la población indígena andina (Gráfico n.º 11 y 12, respectivamente).

Gráfico n.º 11. Casos confirmados acumulados en población indígena amazónica



Fuente: MINSA, 2022.

Gráfico n.º 12. Casos confirmados acumulados en población indígena andina



Fuente: MINSA, 2021.

Del total de entrevistas (28), solo 6 de las personas se autodenominaron parte de un pueblo indígena (ver Gráfico n.º 13). De los grupos amazónicos se encuentran: Asháninka (2), Nomatsiguenga (1), Shipibo-Conibo (1); mientras que de los grupos andinos se contabilizaron 2 personas Quechuas.

Gráfico n.º 13. Porcentaje de personas entrevistadas autoidentificadas como indígenas amazónicos o andinos



Fuente: Arévalo y Rodríguez, 2021.

Como se ha señalado previamente, las medidas tomadas por el gobierno no necesariamente incluyeron el enfoque intercultural. En una de las entrevistas realizadas en Pangoa, una mujer Asháninka señaló que su pueblo no entendía qué era el Coronavirus, “no lo podían ver, entonces cómo iban a poder protegerse”. Comentó que a su pueblo le costó entender qué era lo que sucedía. Por otro lado, en la zona de Quispicanchis, una entrevistada señaló que la comunidad campesina estaba reacia a aceptar que el virus y sus consecuencias existían.

Posteriormente, cuando varios miembros de la comunidad se contagiaron, se puso en evidencia cuáles eran los riesgos de la enfermedad. Sin embargo, en las visitas de campo se pudo constatar, sobre todo en zonas rurales, que el número de personas que usaba mascarillas aún era muy bajo. No obstante, varias de las comunidades decidieron cerrar fronteras, por lo que sus dinámicas se mantuvieron dentro de sus límites sin la posibilidad de esparcir el virus como se da en las ciudades.

Asimismo, se debe hablar de la resistencia de estos pueblos durante la pandemia. Como se comentó, el uso de la medicina tradicional fue clave para poder tratar los síntomas del COVID-19. Sin embargo, también se debe mencionar cómo es que realizaron estrategias de defensa para impedir que se siguieran propagando los casos de contagio y muerte en sus comunidades.

Sobre la primera estrategia se puede destacar la creación del “Comando Matico COVID-19”, una iniciativa que parte de la organización indígena en Ucayali, que posteriormente fue institucionalizada por la DIRESA de su región y que se logró extender en otras regiones como Loreto, Amazonas, Madre de Dios, Huánuco, San Martín, Cusco, Pasco y Junín,

principalmente. Esta iniciativa intenta ser una respuesta desde la medicina tradicional, utilizando los recursos naturales y sus saberes ancestrales. Ahora bien, debe tomarse en cuenta que la oficialización de parte de las autoridades regionales y nacionales no necesariamente significó que dieran su apoyo.

En la entrevista realizada en la FECONAU se señaló que la federación cuenta con médicos, el uso de plantas medicinales como el propio matico, cuyas hojas se preparan lavándolas e hirviéndola en una olla con limones, ajo, cebolla y kion, y se toma como té. Además, dentro de la comunidad se hizo un seguimiento a los casos COVID-19, y se iba a las casas para realizar masajes y vaporizaciones.



Fotografía n.º 1. Pórtico interno de la FECONAU



En los casos de Cusco, Junín y Ucayali, se destacó el conjunto de prácticas terapéuticas, que implicaba el uso de plantas medicinales y otros insumos naturales para aplacar los síntomas del COVID-19.

Tabla n.º 7. Costumbres del uso de la medicina tradicional según regiones

Cusco	Junín	Ucayali
Uso de plantas medicinales como el cedrón, la muña, eucalipto. Además, uso de miel y cañazo.	Uso de plantas medicinales. Por ejemplo, el matico, kion, cebollas, sachá-ajo y otras, a modo de infusión y para vaporizaciones.	Uso de frutas y plantas. Por ejemplo, naranjas, kion, miel y cañazo a modo de bebida. Apoyo a fuerzas armadas.

Fuente: Arévalo y Rodríguez, 2021.

En cuanto a la segunda alternativa, varios pueblos indígenas restringieron el acceso a sus comunidades, además de formalizar el cierre de varias de estas. Por ejemplo, la Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Oriente (ORPIO), aprobó un protocolo que establecía el ingreso excepcional de representantes del Estado a las comunidades indígenas, con el fin de apaciguar la propagación del COVID-19 (CEPAL 2020).

En la Comunidad Nativa de San Antonio de Sonomoro en Pangoa-Junín, la lideresa señaló que se había tomado la decisión de cerrar fronteras por el bien de las personas de la comunidad. Sin embargo, cerca se encuentra una de las bases del ejército, y cuando ella se enteró que había contagiados decidió ayudarlos enviándoles sacos de naranjas. Y ello porque su comunidad siempre había practicado la solidaridad; pero esta situación originó controversia ante las dinámicas sociales que se habían establecido en cuarentena. Aun así, dijo que decidió brindar ayuda dejando alimentos y las pocas medicinas con las que contaban.

Fotografía n.º 2. Encuentro entre lideresa indígena y consultoras en Pangoa



Se debe tomar en consideración que en todo este tiempo ha venido sucediendo uno de los más importantes fenómenos migratorios, además del constante flujo venezolano al país; este es el desplazamiento interno a las regiones y provincias del país como retorno ante la crisis económica ocasionada por el COVID-19. Según el Portal Ojo Público (2021), “entre marzo y diciembre de 2020, aproximadamente 248 311 peruanos regresaron de las ciudades donde residían antes de la pandemia [incluyendo] áreas rurales de origen”.

Las principales causas del retorno fueron la falta de recursos y el temor al contagio, justificado al ser Lima la principal región golpeada por el virus. Se señala que, si bien el “Conflicto Armado Interno desplazó a alrededor 600 000 personas del campo a la ciudad en dos décadas, el COVID-19 hizo que casi un cuarto de millón de peruanos haga el trayecto inverso”, eso en menos de un año (*Ojo Público 2021*). Sobre esta situación, solo en dos de los casos de personas entrevistadas en Cusco y Junín, se reportó retorno de personas a la comunidad.

Ahora bien, se deben tener en cuenta los impactos ambientales y dinámicas sociales que se podrían ver afectados por este retorno. Según Grade, algunas de las zonas que tendrán mayor impacto ambiental serán: la sierra de Piura, la zona central de San Martín, el eje Huánuco-Pucallpa-Tocache, la selva central entre Chanchamayo y Satipo, las zonas aledañas al lago Titicaca y la zona de la Convención y sus alrededores (*Ojo Público 2021*)

3.1.4. La desatención de la salud mental

La necesidad de atención de la salud mental en los seres humanos es vital para su desarrollo. Así lo establece la Constitución de la OMS, que tipifica la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la

ausencia de afecciones o enfermedades”.¹⁰ Esta definición es fundamental porque considera la salud mental como un derecho que va más allá de la comprensión de la salud como la ausencia de trastornos o discapacidades mentales; lo cual se constituye como un componente esencial para el desarrollo integral del ser humano.

El artículo 8 de la Ley n.º 30947, Ley de salud mental en el Perú, señala en su numeral 1 que toda persona tiene derecho a acceder libre y voluntariamente a servicios de salud mental públicos y a los privados correspondientes, y a recibir atención oportuna de acuerdo con el problema de salud mental. Los servicios de salud incluyen el diagnóstico, tratamiento, recuperación, rehabilitación e inserción social. Asimismo, en su numeral 2 se señala que los servicios de salud públicos priorizan la atención a los menores de edad, mujeres víctimas de violencia, personas en situación de pobreza, pobreza extrema o vulnerabilidad, así como víctimas de eventos naturales catastróficos.

Durante la pandemia se identifican diversos factores que han hecho de mayor necesidad la atención en salud mental. Según la OMS (2021), “el miedo, la preocupación y el estrés son respuestas normales en momentos en los que nos enfrentamos a la incertidumbre, o a lo desconocido o a situaciones de cambios o crisis. Así que es normal y comprensible que la gente experimente estos sentimientos en el contexto de la pandemia COVID-19”.

Por un lado, la inmovilización obligatoria como medida para resguardar la salud

¹⁰ Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
De: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

pública impidió el desplazamiento de las personas fuera de su hogar. La permanente estadía en casa ha sido señalada por las personas participantes como un elemento que ha hecho más difícil la convivencia. El estrés y la ansiedad de las y los miembros del entorno familiar daba lugar a distintos conflictos. De igual forma, ONU señaló que, en efecto, existen grupos de población específicos que padecen niveles elevados de angustia psicológica en relación con el COVID-19: personal de salud - niñas, niños y adolescentes - adultos/as mayores. Para revertir esa situación, ONU recomendó:

- *La aplicación de un enfoque que abarque a toda la sociedad para promover, proteger y cuidar la salud mental.*
- *Garantizar la disponibilidad amplia de apoyo psicosocial y en materia de salud mental de emergencia.*
- *Apoyar la respuesta al COVID-19 creando servicios de salud mental para el futuro.*



Además, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estableció en sus diversas investigaciones que “A medida que aumentan los riesgos de violencia y de desestabilización de las condiciones de salud mental, como suele suceder en el marco de las emergencias, podemos anticipar mayores necesidades de las mujeres y sus hijos en cuanto a apoyo psicosocial y servicios de salud mental”.

En relación a las mujeres, el contexto de pandemia acrecentó los casos de violencia basada en género, violencia familiar y violencia a niñas, niños y adolescentes (NNA). Ello

se evidencia en la gran cantidad de casos reportados de violencia física y psicológica, lo que hace imprescindible reforzar la atención y el acompañamiento en salud mental en estas situaciones.



3.2. Trabajo y labores de cuidado

La CEPAL (2021) ha señalado que la pandemia por el COVID-19 ha generado un retroceso de más de una década en los niveles de participación laboral de las mujeres en la región. Ello debido a que la tasa de participación laboral de las mujeres se situó en 46 % en 2020, mientras que la de los hombres en 69 % (en 2019 alcanzaron un 52 % y un 73,6 %, respectivamente). Se calcula, además, que la tasa de desocupación de las mujeres llegó al 12 % en 2020, porcentaje que se eleva al 22,2 % si se asume la misma tasa de participación laboral de las mujeres de 2019. En 2020, explica el estudio, se registró una contundente salida de mujeres de la fuerza laboral, quienes por tener que atender las demandas de cuidados en sus hogares no retomaron la búsqueda de empleo. Cabe resaltar que, a la fecha (trimestre febrero-marzo-abril de 2022), podría señalarse una importante recuperación de las mujeres en el sector laboral en Lima Metropolitana, ya que la PEA femenina aumentó en 17,7 % (INEI, 2022) en esta zona.¹¹ Asimismo, de acuerdo con la ENDES 2021, la tasa de mujeres en edad fértil de 15 a 49 años actualmente empleada es de 58,5 %.

El trabajo de cuidado es el que también se conoce como trabajo reproductivo, ya que su valor radica no en su importancia monetaria o impacto económico, sino en el impacto social que genera. En este sentido, el trabajo de cuidado y/o

¹¹ Situación del mercado laboral en Lima Metropolitana <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/05-informe-tecnico-mercado-laboral-feb-mar-abr-2022.pdf>

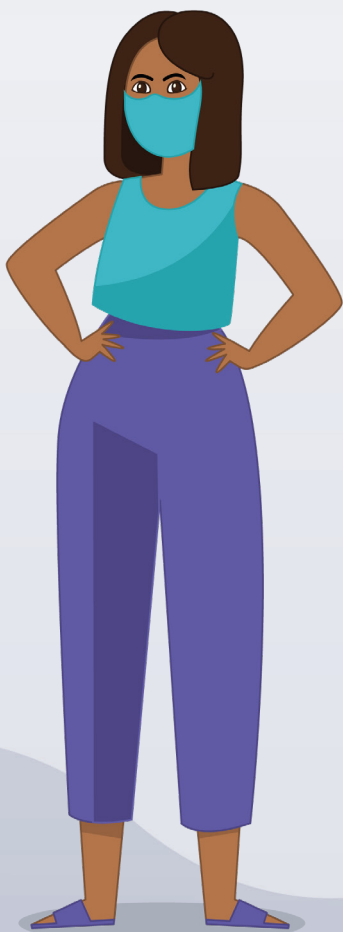
reproductivo es el necesario para la subsistencia diaria de todas las personas, pues consiste en labores domésticas relacionadas típicamente a los roles de género dirigidos hacia las mujeres. A partir de la división sexual del trabajo y los estereotipos de género se les ha asignado a las mujeres la labor de cuidadoras, ello implica actividades más allá de cuidar y atender a miembros del hogar (niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad, adultas y adultos mayores, etcétera.), sino también labores como cocinar, limpieza y aseo, entre otras.

Sin embargo, este trabajo se puede volver una traba en el desarrollo de las mujeres, en tanto es desigual en relación con sus pares hombres y le impide acceder al espacio público y a distintas esferas. Asimismo, cuando ese espacio es suplido, ya que la mujer decide salir a laborar/estudiar/usar el espacio público, usualmente se hace a partir del remplazo de otra figura femenina. Esta última evidencia cómo es que se ven interceptadas otras categorías que la ubican en un rango distinto al de la primera. No obstante, en el contexto de la pandemia, la dinámica ha cambiado, desfavoreciendo a las mujeres en general, pero los impactos también son diferenciados, en tanto existen grupos doblemente vulnerados, como las niñas y adolescentes. Así, el grupo de mujeres de especial protección han visto cambiada su dinámica, ya que no solo deben ser responsables de sus familias, sino que al encontrarse en una situación particular de precariedad han visto afectadas las formas en las que percibían algún tipo de ingreso económico.

Se debe considerar que el derecho al trabajo se compone de dos dimensiones de acuerdo con el estándar internacional: por un lado, el derecho a trabajar; y por otro, están los demás elementos del derecho laboral (derecho a la sindicalización, vacaciones, negociación colectiva, ocho horas de jornada laboral, prohibición al

despido arbitrario, etcétera) que hace que esta primera parte del derecho se establezca en condiciones dignas.

En ese sentido, y siguiendo los parámetros del ordenamiento internacional, se pueden establecer las siguientes líneas desde el Sistema Universal de los Derechos Humanos, en la medida que el derecho al trabajo se encuentra contemplado en distintos instrumentos de derecho internacional, y uno de los más resaltantes es la Declaración Universal de Derechos Humanos, la cual establece en su artículo 23, numeral 1, que toda persona tiene derecho al trabajo, y que este debe darse en condiciones equitativas. Asimismo, en el numeral 3, se señala el derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que asegure a la persona y a su familia una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social (Asamblea General de la ONU 1948). De esta manera, se puede ver la característica previa que se había comentado anteriormente.



García (2012) sostiene que lo que hace que un derecho se establezca como fundamental es la máxima condición de volverse igualitario, es decir, lo más inclusivo; con ello, se considera el principio de la dignidad como eje central para evitar “condiciones de vida opresivas o humillantes” (p. 56). Así, ambos componentes se establecen dentro de este derecho, interrelacionándose.

A su vez, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en su artículo 6, establece que

los Estados parte reconocen el derecho a trabajar: “el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, y tomarán medidas adecuadas para garantizar este derecho” (PIDESC 1966). El PIDESC, también reconoce en el artículo 7 que toda persona debe gozar de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias (Naciones Unidas 1966). Así, para poder considerar el cumplimiento de tal estándar, se debía incluir una remuneración que garantice:

1. Un salario equitativo e igual por trabajo de igual valor, sin distinciones de ninguna especie; en particular, debe asegurarse a las mujeres condiciones de trabajo no inferiores a las de los hombres, con salario igual por trabajo igual;
2. Condiciones de existencia dignas para ellos y para sus familias conforme a las disposiciones del presente Pacto;
3. La seguridad y la higiene en el trabajo;
4. Igual oportunidad para todos de ser promovidos, dentro de su trabajo, a la categoría superior que les corresponda, sin más consideraciones que los factores de tiempo de servicio y capacidad;
5. El descanso, el disfrute del tiempo libre, la limitación razonable de las horas de trabajo y las vacaciones periódicas pagadas, así como la remuneración de los días festivos (PIDESC 1966).

Se debe considerar que este instrumento es un tratado vinculante para los Estados que lo hayan firmado y ratificado, por lo que incurrirán en responsabilidad internacional si no cumplieren con las obligaciones en él contenidas. Por último, la Observación General n.º 18 del Comité DESC (2005), establece y desarrolla el derecho al trabajo, así como sus premisas base para poder entender a fondo el contenido de este. En dicha observación se ratifica lo señalado en los artículos 6 y 7 del PIDESC, destacando dos dimensiones: la

individual, donde se sobrepone la seguridad de las condiciones de trabajo; pero también la colectiva, desarrollada en el artículo 8 del mismo documento. En ese sentido, se considera que este derecho, además de pertenecer a cada persona, también es colectivo. Igualmente, incluye a todos los tipos de trabajo sujetos a un salario. En esa lógica, el derecho al trabajo tampoco debe entenderse solo como la acción para obtener empleo.

Por otro lado, en el sistema interamericano, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre contempla en su artículo 14 que toda persona tiene derecho al trabajo en condiciones dignas y a seguir libremente su vocación, en cuanto lo permitan las oportunidades existentes de empleo (Organización de los Estados Americanos, 1948). Además, se encuentra reconocido en los artículos 6 y 7 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo San Salvador” (Organización de los Estados Americanos, 1988).

En esa misma línea, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer y su órgano el Comité CEDAW, en su artículo 11, establece la obligación de los Estados parte de adoptar medidas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera del empleo. Asimismo, este Comité ha desarrollado los contenidos del derecho al trabajo en sus Recomendaciones Generales Núm. 13 sobre igual remuneración por trabajo de igual valor; Núm. 1 sobre las mujeres que trabajan sin remuneración en empresas familiares y urbanas, Núm. 17 sobre la medición y cuantificación del trabajo doméstico no remunerado de la mujer y su reconocimiento en el producto nacional bruto, y Núm. 26 sobre las trabajadoras migratorias.

Por último, es necesario considerar lo establecido por la OIT, como organismo internacional especializado en el derecho al trabajo, que incluye el concepto de trabajo decente y

resalta la importancia de que entre hombres y mujeres se garanticen oportunidades de trabajo productivo con el fin de vivir con dignidad (2009). Asimismo, el trabajo decente implica que la persona también se desarrolle como ciudadana y, por lo tanto, cuente con libertad de opinión que no afecte su ambiente y condición de vida (OIT 2009: 6).

Sobre esto, se debe considerar que, en el último trimestre del año 2021, el INEI (2022) señaló que, del total de la PEA, 56,4 % son hombres, y el 43,6 % son mujeres. En ese aspecto, dentro del ámbito formal y en relación al año 2020, en el año 2021 el empleo formal en las zonas urbanas creció en ambos grupos; así los hombres aumentaron en un 5,2 % y las mujeres en un 10,2 %, considerando que “El 59,6 % de los empleos formales son ocupados por hombres y el 40,4 % por mujeres”.

A pesar de ello, se puede seguir viendo que existe una brecha en el acceso al trabajo digno en el grupo de mujeres. Por esa razón, es que la informalidad afecta más a las mujeres (73,7 %) que a los hombres (69,6 %) (Gráfico n.º 14), siendo las mujeres más jóvenes las más afectadas.

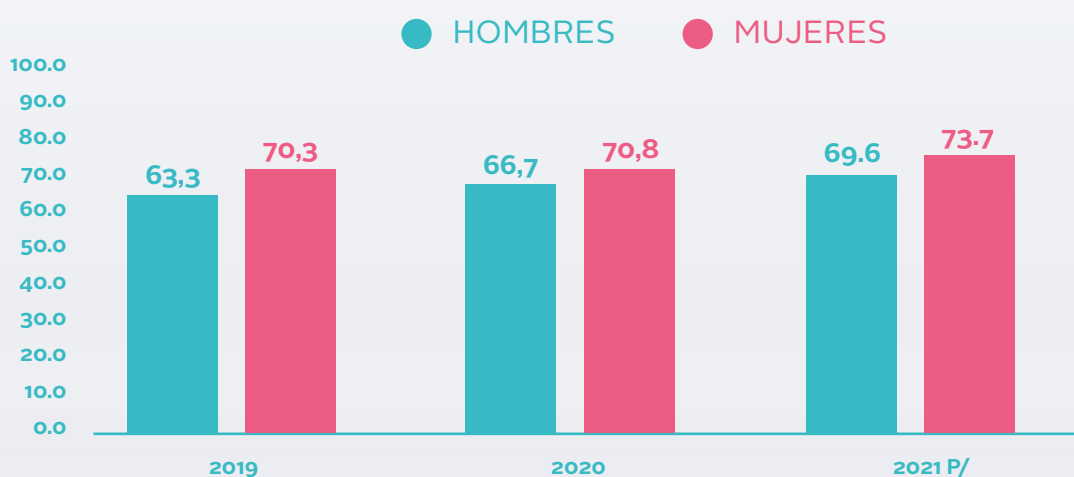
Sin perjuicio de ellos, en la ENDES del año 2021, el INEI (2022) visibilizó dificultades en la medición del empleo de las mujeres, porque las ocupaciones que realizan no son percibidas como trabajo y por tanto no las reportan como tales, algunos de estos trabajos son el trabajo agrícola en la parcela familiar, negocios familiares o en el sector informal.

3.2.1. La informalidad como un factor que impide el acceso a un trabajo digno y en condiciones de igualdad

Todo esto se vio reflejado en el trabajo del campo, ya que la mayoría de mujeres participantes en las entrevistas y grupos focales señalaron que desarrollan actividades

dentro de la economía informal. Solo 8 mujeres de 26 señalaron ser parte de empleos formales (ver Gráfico n.º 15). Por el contrario, la mayoría de mujeres entrevistadas manifestó tener trabajos de servicios como cocina y cuidado, además de dedicarse a trabajos artesanales y productivos. Todos estos relacionados al rubro de la economía informal. En consecuencia, se evidencia la necesidad de que se adopten medidas para que las mujeres puedan acceder al empleo formal, digno y en condiciones de igualdad, especialmente en las zonas rurales andinas y amazónicas.

Gráfico n.º 14. Tasa de empleo informal, según sexo en el área urbana



Fuente: INEI, 2022.

Gráfico n.º 15. Porcentaje de mujeres que laboran en el ámbito formal



Fuente: Arévalo y Rodríguez, 2021.

3.2.2. El desempleo como una consecuencia de la crisis que afecta en mayor medida a mujeres que a los hombres

Las mujeres son más propensas al desempleo, tal como lo señalan las estadísticas del INEI (2021): el desempleo de las mujeres fue de 6,6 %, dos puntos porcentuales más que los hombres (4,6 %) durante el trimestre de abril-julio 2021. Estos niveles de desempleo son producto de la gran carga que las mujeres tienen en las tareas del hogar y que impiden que puedan continuar de manera efectiva sus labores en alguna actividad formal; de ahí que se desempeñen en labores informales o incluso en actividades que no se encuentran remuneradas. Como señalaron algunas de las dirigentes comunitarias entrevistadas en la región de Ucayali, estas actividades las realizan ad honorem. En Cusco, dos de las mujeres entrevistadas manifestaron que las parejas, durante la cuarentena, al dejar de trabajar e irse a los jornales cuestionaban cómo usaban el tiempo libre. En algunos casos no querían que asistan a sus trabajos esporádicos o capacitaciones. Una de ellas señaló: “A mi marido nunca le ha gustado el trabajo que yo hago, antes era peor. Me decía ‘¿te van a pagar?, ¿qué haces haciendo eso?’. Tanto, que yo le he dicho que eso es lo que a mí me gusta. Ahora ya no trabajo tanto, si había una capacitación tenía que salir antes de que él llegue. No sé si decirle o no porque se molesta” (entrevistada en Ucayali).

Por otro lado, la pandemia ha significado obstáculos para poder acceder a los trabajos realizados por las mujeres, ya que las medidas de inmovilización social impedían que ellas puedan vender sus productos en los mercados (Cusco), como también desplazarse hacia las chacras (Cusco, Junín, Ucayali), en donde realizaban sus actividades agrícolas. De igual forma, muchos proyectos agrícolas y turísticos planificados por las mujeres y sus familias se vieron obstaculizados por el contexto de la emergencia sanitaria (Junín).

3.2.3. La prevalencia del trabajo de cuidado en mujeres

Casi todas las mujeres entrevistadas señalaron (23 de 25 mujeres) haber tenido labores de cuidado en algún momento de la pandemia (ver Gráfico n.º 16). Ello refuerza la teoría de que son las mujeres quienes asumen roles de cuidado en el entorno familiar, lo que limita el tiempo que tienen disponible para su descanso y/o la realización de otras actividades que sean remuneradas y que puedan garantizar su autonomía económica. Esto, a su vez, perjudica en mayor medida a las niñas y adolescentes, cuyo tiempo de juego, descanso y estudio se ve reducido por el cumplimiento de estas tareas. Uno de los testimonios recabados en las entrevistas expresó: “Sobre el aumento del trabajo en la pandemia debo decir que se ha sentido más fuerte, ha aumentado el trabajo. No hemos descansado ni siquiera” (enfermera licenciada en Comunidad de San Jerónimo, Junín).

Gráfico n.º 16. Respuesta ante la pregunta ¿Considera que la dinámica de trabajo en el hogar y las labores de cuidado ha variado durante la pandemia y por qué?

92 %

Permaneció igual

8 %

Aumentó

Los trabajos de cuidado remunerados también han sido realizados en mayor medida por mujeres. Al respecto, CEPAL (2021) señaló que las mujeres de la región han sido y son parte crucial de la primera línea de respuesta a la pandemia. Un 73,2 % de las personas empleadas en el sector de la salud son mujeres, y ellas han tenido que enfrentar una serie de condiciones de trabajo extremas, como extensas jornadas

laborales, que se suman al mayor riesgo al que se expone el personal de la salud de contagiarse del virus. Todo esto en un contexto regional en el que persiste la discriminación salarial, pues los ingresos laborales de las mujeres que trabajan en el ámbito de la salud son un 23,7 % inferiores a los de los hombres del mismo sector.

3.3. Autonomía, salud sexual y reproductiva

“La libertad y autonomía de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva ha sido históricamente limitada, restringida o anulada con base en estereotipos de género negativos y perjudiciales” (CORTE IDH, 2016).

De acuerdo con el Consenso de Montevideo (2013), los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos y comprenden: el ejercicio de la sexualidad, derecho a la no discriminación y violencia en el ámbito de la sexualidad, el acceso a educación sexual, el acceso a servicios médicos¹², la autonomía sexual, entre otros.

Según el UNFPA (2020), gozar de una buena salud sexual y reproductiva implica encontrarse en un “estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo”. Asimismo, es considerar la libertad para disfrutar de una vida sexual satisfactoria, lo cual incluye el decidir si procrear o no, elegir cuándo hacerlo y con qué frecuencia. Igualmente, es poder contar con información fehaciente y oportuna sobre los métodos anticonceptivos existentes, así como los riesgos de las enfermedades e infecciones de transmisión sexual. En el caso de las mujeres se debe considerar también la higiene

¹² Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, este es un derecho reconocido en el artículo 24 de la CDN. Al respecto, el Comité de los Derechos del Niño señaló en su Observación General n.º 4 sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, que los Estados Partes están obligados a: a) elaborar y ejecutar programas que proporcionen acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

menstrual, el embarazo, el parto y el período posterior al parto; es decir, el ciclo que garantice el desarrollo de un bebé sano (CEDAW 1999; UNFPA 2020).

A nivel regional se identifican barreras en la atención de casos de violación sexual en los servicios de salud, la falta de sensibilización y capacitación del personal, así como la ausencia de mecanismos sencillos a los que puedan acudir las niñas víctimas de violación sexual, que hacen que exista una cultura de no denuncia, pues el proceso per se significa una nueva situación de vulneración de derechos y específicamente en lo referido a su salud sexual, situaciones que también se dan en Perú (Rodríguez 2022).

En muchas partes del mundo, incluido el Perú, las niñas y mujeres no tienen la libertad de poder ejercer su autonomía sexual; ya sea por prejuicios, mecanismos de opresión, violencia, por ausencia de información sobre su sexualidad, entre otros aspectos. Lo anterior, niega de manera análoga la protección y el ejercicio de los derechos antes mencionados. Todo ello se ha visto reflejado durante la pandemia por el COVID-19, tal como se evidencia en la bibliografía, data, estadística revisada y en las entrevistas hechas a las mujeres que participaron en la presente investigación.

3.3.1. Interrupción de los servicios de salud sexual y reproductiva para atención del COVID-19

Todo el sector del servicio de salud, tanto privado como público, priorizó y concentró sus actividades en la prevención de la propagación del COVID-19 y en la atención de las personas contagiadas por este virus. En el caso de salud pública, los recursos estuvieron particularmente concentrados en frenar la crisis sanitaria producida por la pandemia. Además, a esto debe sumarse la debilidad que de por sí, presenta este sistema para atender las necesidades de la población (CEPAL - UNFPA 2020).

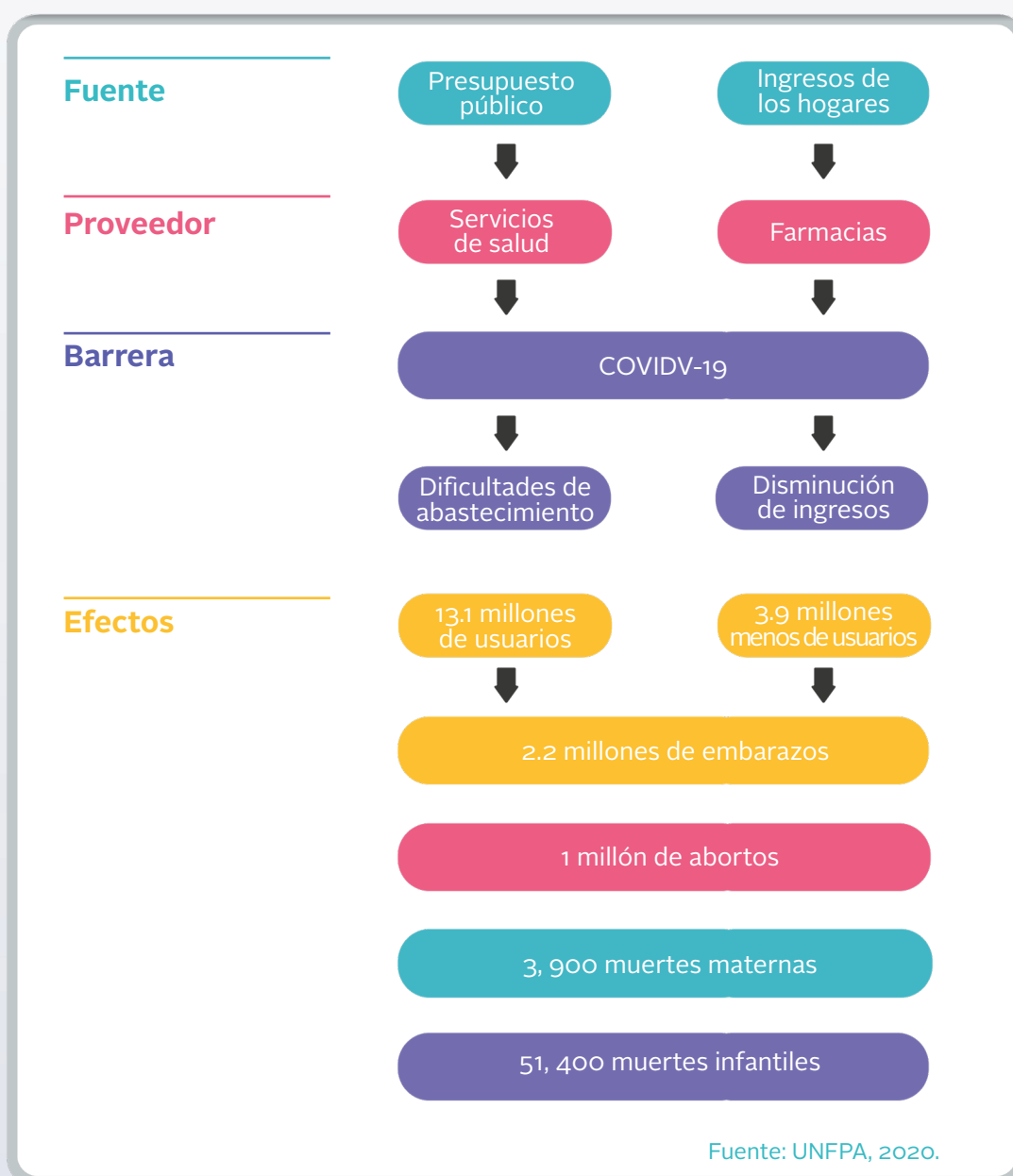
La discontinuidad y el descuido de los servicios de salud sexual y reproductiva, en particular los provistos por el sector público, fueron aun más impactados con la llegada de la pandemia. Además de la ineficiencia del sistema de salud pública, mencionada en el párrafo anterior, se deben agregar los siguientes factores:

- La discontinuidad en la entrega de la medicación anticonceptiva de los establecimientos de salud, a raíz de la crisis económica, las medidas de inmovilización social y transporte a nivel nacional como internacional.
- La interrupción de la atención de los establecimientos de salud, especialmente los referidos a la atención en salud sexual y reproductiva. En su totalidad, el sector salud priorizó la atención de COVID-19 y medidas para la contención del virus, inobservando otros servicios relevantes para la salud pública, que alteraron y afectaron el funcionamiento de los otros servicios de salud.
- El temor existente en la población de poder contraer el virus si acudían a los centros de salud, así como la medida de inmovilización dictada por los gobiernos, se vio reflejada en una retracción en la demanda de servicios de salud sexual y reproductiva (Tobar, Godoy Garraza & Ventura Pinedo 2020).

A esto se debe agregar que la reducción de los ingresos económicos en las familias afectó la adquisición de métodos anticonceptivos por la vía privada. Debe puntualizarse que la principal fuente para el acceso a métodos anticonceptivos es el Estado, quien se encarga de financiar la adquisición y/o elaboración de métodos anticonceptivos para la mayoría de la población.

La siguiente tabla muestra el impacto, a nivel de la región de América Latina y El Caribe, de la pandemia de COVID-19 en el acceso a métodos anticonceptivos y sus consecuencias:

Gráfico n.º 17. América Latina y el Caribe. Impacto de la pandemia de COVID-19 en el acceso a métodos anticonceptivos y sus consecuencias



En el Perú, la Defensoría del Pueblo (2021) ha advertido que la atención en salud sexual y reproductiva se ha visto limitada en pandemia, lo que ha generado el aumento del embarazo adolescente, embarazos no deseados, abortos inseguros y muertes maternas. Asimismo, un informe de PROMSEX (2020) puso en evidencia que a pesar de las medidas adoptadas por el Estado peruano para la continuidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva, como respuesta a la emergencia sanitaria, no logró su implementación de manera plena, oportuna y adecuada.

“Lo que ha ocurrido es que los establecimientos de salud no han dado la atención a planificación familiar, todo era COVID-19. Por eso muchas personas se han embarazado y ha habido el problema que a los niños ya nos le daban su control de crecimiento ni nada. Y eso que también se ha relacionado con que antes atendían 20 personas y ahora 4 o 5, y eso se ha ido aglomerando (..) muchas veces los niños perdían la vacuna del mes, y planificación (familiar) ha cerrado porque todo se ha centralizado en COVID-19. Peor en adolescentes porque tenían un horario referenciado, peor ellos. Recién se está retomando” (entrevistada, Ucayali).

Como ella, las mujeres que participaron de esta investigación testimoniaron que hubo un abandono de los servicios de salud sexual y reproductiva, debido a que toda la atención se encontraba dirigida a combatir el COVID-19, lo que afectó los derechos relacionados a la salud sexual y reproductiva de las personas, especialmente de las mujeres. Los niños, niñas y adolescentes también se vieron afectados, en la medida que los servicios destinados a ellos y ellas fueron interrumpidos, como el servicio de salud diferenciado para adolescentes.

Esta situación se agrava en zonas rurales andinas y amazónicas, en donde persisten enormes desigualdades relativas a la salud pública y la justicia social, que se asocian con la pobreza, la exclusión y la marginación de las mujeres y los pueblos indígenas (Jaspers y Montaña 2013).

En algunas zonas de la región amazónica (Satipo) se identificó una continuidad del servicio en salud sexual y reproductiva, porque los pueblos indígenas tomaron la decisión de cerrar el ingreso a su territorio, de tal forma que las especialistas de salud permanecieron en sus funciones, continuando así con la atención y el servicio de salud.

3.3.2. Acceso a servicios de planificación familiar y medicación anticonceptiva

Una de las metas de los ODS es llegar al 2030 con cero necesidades de planificación familiar (Meta 3.7). Al respecto, en el Perú se registraron resultados bastante positivos en el indicador de Necesidades insatisfechas de planificación familiar en los últimos años. Sin embargo, el contexto del COVID-19 tuvo un impacto significativamente negativo en estos logros.

A inicios del 2020, las mujeres en nuestro país con Necesidades insatisfechas de planificación familiar de métodos modernos sumaban un total de 1 619 300. Si a esto se suman las 119 111 mujeres que discontinuaron el uso de métodos anticonceptivos debido a dificultades en la adquisición (tanto privada como pública) y en la provisión pública de este producto, la cifra a fines del 2020 alcanzaría un total de 1 738 410 mujeres con Necesidades insatisfechas de planificación familiar, de acuerdo a la información recabada por CEPAL y el ForoLAC. Es decir, la llegada de la pandemia hizo que

el Perú retrocediera más de cinco años en dicho indicador, pasando de 18,5 % a 19,9 % (LACRO 2020).

Según la ENDES 2021, más de tres cuartos de mujeres actualmente unidas (casadas y/o convivientes de 15 a 49 años de edad) estaban usando algún método anticonceptivo al momento de la entrevista (78,1 %); de ellas, el 57,0 % algún método moderno y el 21,1 % alguno tradicional.

Gráfico n.º 18. Evolución de las necesidades insatisfechas de planificación familiar en Perú

Porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con necesidades insatisfechas de métodos anticonceptivos modernos.



Fuente: UNFPA, 2020.

En mayo de 2020, el UNFPA estimó que, debido a la reducción de los ingresos económicos familiares, seis de cada diez mujeres descontinuarían el uso de métodos anticonceptivos.

Por otro lado, durante la pandemia, a causa de las dificultades de aprovisionamiento en los servicios públicos de salud de dicho producto, cuatro de cada diez mujeres descontinuarían el uso de estos (LACRO 2020).

Hay que resaltar que el incremento de la brecha en el acceso a métodos anticonceptivos, no solo se debe a la interrupción del servicio de atención en salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud pública y privada en el contexto del COVID-19, sino también por la prevalencia del desconocimiento de la población en materia de planificación familiar, el desabastecimiento de medicación anticonceptiva y su no distribución, especialmente en las zonas rurales. A todo esto se suma el temor que relataron las mujeres de acercarse a los establecimientos de salud por un posible contagio.

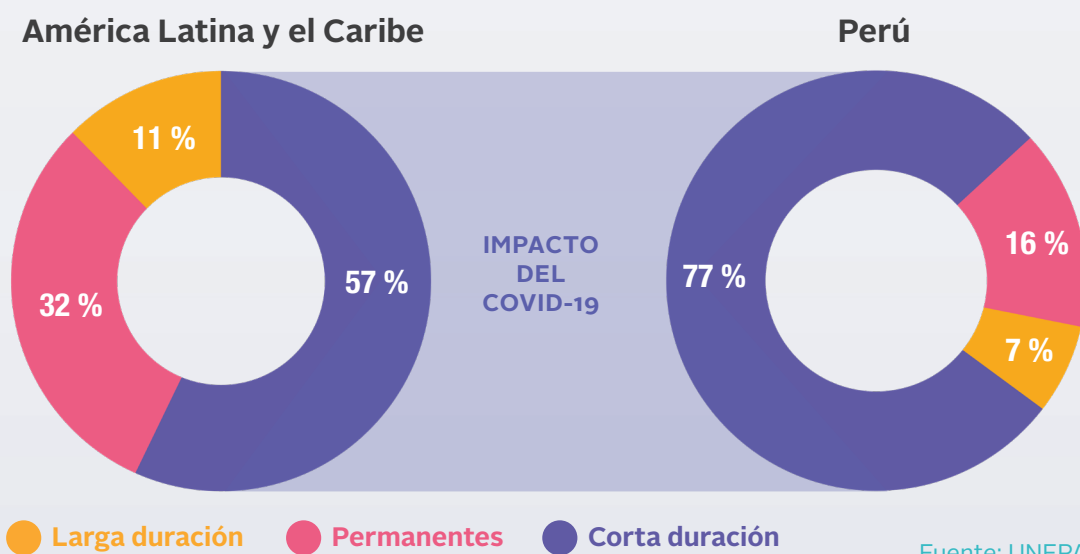
Respecto de la pregunta ¿Se considera que el acceso a planificación familiar y métodos anticonceptivos ha variado durante la pandemia?, todas las personas entrevistadas han señalado que sí.

“Si antes de la pandemia era limitado, durante la pandemia fue aún más. Si antes los adolescentes tenían el temor de acercarse a un centro de salud, ahora mucho más (...) ahora recién se supone que se ha asignado un día a la semana para atender planificación familiar (...)” (entrevistada, Lima).

La Defensoría del Pueblo (2021) identificó también que la reducción de recursos humanos y presupuesto ocasionó la disminución de la entrega de métodos de planificación familiar, así como la escasa consejería e información sobre el tema, lo que generó un aumento de embarazos no deseados –especialmente de adolescentes– y el contagio de infecciones de transmisión sexual.

Esta disminución en el acceso a métodos anticonceptivos, a causa de la pandemia, se vio reflejada en aquellos de corta duración: condones, anticonceptivos orales e inyectables. En nuestro país, la proporción de mujeres que acceden a este tipo de anticonceptivos es considerablemente mayor comparada a las que acceden a métodos permanentes y/o métodos reversibles de larga duración, tales como implantes subdérmicos y dispositivos intrauterinos, cuyo acceso no se vio afectado por la disrupción en la cadena global de abastecimiento, ni por la disminución de ingresos de los hogares. Es importante señalar que, a nivel regional, las mujeres peruanas son las que hacen el mayor uso de anticonceptivos de corta duración.

Gráfico n.º 19. Perú vs promedio regional. Distribución de la prevalencia de métodos anticonceptivos modernos



En esa misma línea, la ENDES (2021) estima que a nivel nacional el 78,1 % de mujeres de 15 a 49 años usan métodos anticonceptivos modernos o tradicionales (Ver Anexo 3), lo que significa un incremento del 0,7 % con relación a la ENDES correspondiente al año 2020. Por otra parte, se estima que el 21,9 % no usa algún método anticonceptivo.

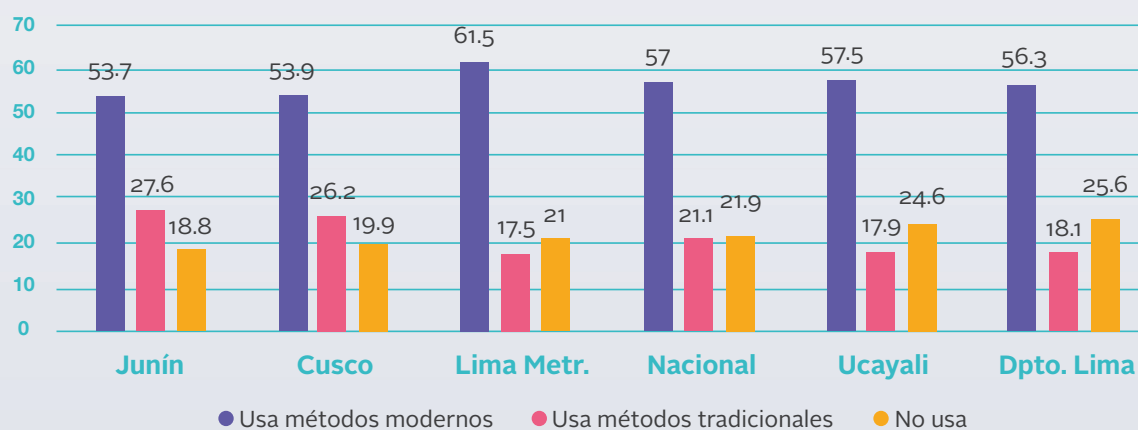
Tabla n.º 8. Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente unidas, según ámbito geográfico 2021 (Porcentaje)

Región	Usa cualquier método	Usa métodos modernos	Usa métodos tradicionales	No usa
Cusco	80,1	53,9	26,2	19,9
Junín	81,2	53,7	27,6	18,8
Lima Metr.	79	61,5	17,5	21
Dpto. Lima	74,4	56,3	18,1	25,6
Ucayali	75,4	57,5	17,9	24,6
Nacional	78,1	57	21,1	21,9

Fuente: INEI, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Asimismo, ha señalado que el uso de métodos anticonceptivos modernos es mayor a nivel nacional, y en las regiones priorizadas se estima en Cusco un 53,9 %, en Junín un 53,7 %, en Lima Metropolitana un 61,5%, en Lima provincias un 56,3 %, y en Ucayali un 57,5 %. Se identifica Junín como la región en la que menos se utiliza métodos modernos, pero que más utiliza métodos tradicionales (27,6 %).

Gráfico n.º 20. Uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente unidas, según ámbito geográfico 2021 (Porcentaje).



Fuente: INEI, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Con relación al uso de métodos anticonceptivos modernos específicos, se da cuenta que la inyección continúa siendo el método con mayor porcentaje de uso (18 %), seguido por el condón masculino (13,4 %). Casi un cuarto de mujeres usuarias entre las residentes en el área rural (23,0 %) hacen uso de la inyección, en cambio el condón masculino es usado en mayor porcentaje en el área urbana (15,1 %) en comparación con el área rural (7,6 %).

Nuevamente se advirtió la continuidad del servicio de anticoncepción gratuita en algunas de las mujeres pertenecientes a pueblos indígenas que participaron de la investigación. Asimismo, una técnica de salud señaló que la ampolla de tres meses (medroxiprogesterona) era la más común en mujeres adultas y la de un mes (estradiol) era más común en las adolescentes. Todo ello, tomando en consideración que son bajas las tasas de mujeres y adolescentes que conocen y hacen uso de dichos anticonceptivos.

La prevalencia de estereotipos que existen para el acceso a la anticoncepción constituye a su vez una vulneración de los derechos de las niñas y mujeres con relación a su salud y autonomía sexual. Hay que recalcar que específicamente la imposibilidad de acceder a la AOE, limita la capacidad de las mujeres de decidir sobre su reproducción y en consecuencia limita su derecho a la libertad reproductiva.

De igual forma debe tomarse en consideración la libertad para disfrutar una vida sexual satisfactoria, un tema que constantemente es tabú en las familias. La educación sexual integral, así como el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos y de la AOE, es fundamental para que las personas sin distinción de género ni edad puedan decidir sobre su capacidad reproductiva y tomar las precauciones debidas para evitar la propagación y contagios de ITS. Debe reconocerse que, dentro de este panorama, el género es un determinante de la salud (PÉREZ 2013) y que la falta de

autonomía y decisión de las niñas y mujeres sobre su corporalidad y sus DSR representa la falta de tutela de sus derechos.

3.3.3. Desconfianza de jóvenes y adolescentes hacia el personal de salud

El Comité CEDAW (1999) ha señalado en su Recomendación General n.º 24 que la negativa de un Estado a proveer la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a una mujer en condiciones legales, resulta discriminatoria. Uno de los factores que reproducen estas brechas es la falta de respeto a la confidencialidad de la información, la cual puede disuadir a las mujeres de acudir a un servicio de salud sexual y reproductiva (atención médica, planificación familiar, anticoncepción, abortos incompletos, violencia sexual, etcétera.) y, por consiguiente, afectar negativamente su salud y bienestar.

Por su parte, el Comité CDN (2016) ha señalado su preocupación al Estado peruano, por la falta de acceso de las y los adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva, salvo que estén acompañados por un progenitor o tutor, y a métodos anticonceptivos modernos, incluidos los anticonceptivos de emergencia. En ese sentido, el Comité ha recomendado que se garantice la disponibilidad y el acceso efectivo a: los servicios e información sobre la salud reproductiva, la correspondiente asistencia psicológica y las formas modernas de anticonceptivos, incluidos los anticonceptivos gratuitos de emergencia.

Asimismo, la Defensoría del Pueblo ha podido identificar la existencia de problemas dentro del sector nacional de salud, que obstaculizan la garantía de la salud sexual y reproductiva dentro de este contexto de emergencia sanitaria. Estos son: la falta de capacitación y sensibilización del personal de salud en género, la falta de fortalecimiento y conciencia sobre

la discriminación estructural de género contra las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva, y la falta de responsabilidad para colaborar a su erradicación.

Cabe señalar que de acuerdo con la DIRESA y DIRIS, las capacitaciones brindadas:

- No incorporan estándares internacionales de protección de los derechos de las mujeres.
- No se dan desde un enfoque interdisciplinario.
- La metodología diseñada no permite contribuir de manera eficaz y progresivamente al cambio de patrones socioculturales.
- Las capacitaciones técnico - jurídicas no permiten el cambio de patrones sociales y culturales arraigados en las/os propias/os operadoras/es.

En lo que respecta al MINSA, las normativas emitidas a fin de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva en el marco del COVID-19, carecen de un enfoque intercultural e interseccional y de una perspectiva de género. En cuanto a EsSalud, la entidad ha reconocido que se necesita fortalecer al personal administrativo y asistencial en materia de enfoque intercultural e interseccional, a fin de que sean aplicados en el funcionamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Esta problemática que enfrentan los servicios de salud sexual y reproductiva afecta de manera particular a las mujeres, quienes ya de por sí se encuentran en una situación de vulnerabilidad. Por tanto, el trato brindado debe ser accesible y adaptarse a sus necesidades a fin de garantizar la calidad de dichos servicios.

Todo lo anterior contribuye a que las mujeres y adolescentes no sientan confianza para acercarse a los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que es preocupante en la medida que dicha desatención repercute de manera grave en su bienestar. Las mujeres participantes manifestaron la necesidad de que se continúe brindando estos servicios. El incremento de los números de embarazos no deseados, especialmente en adolescentes, es una de las principales señales de esta necesidad.

3.3.4. Prevalencia de embarazos no deseados y/o forzados en niñas, adolescentes y mujeres

Como se ha evidenciado previamente, una consecuencia de la no disponibilidad de servicios de planificación familiar y de medicación anticonceptiva son los embarazos no deseados. Esta situación se agrava aún más cuando las mujeres son niñas y adolescentes.

En América Latina y el Caribe se estima que, de cada 10 adolescentes, 2 ya son madres. Además, tomando en consideración las evidentes brechas de desigualdad social de la fecundidad existente en la región, la proporción de esta problemática es mayor entre las adolescentes en situación de vulnerabilidad: menores niveles de ingresos y educación y pertenecientes a pueblos indígenas o afrodescendientes. Con la llegada de la pandemia, los avances y el trabajo en la reducción de la tasa específica de fecundidad adolescente de América Latina y el Caribe podría retroceder 5 años. Pasando así de 61 a 65 nacidos vivos por cada 1 000 adolescentes de 15 a 19 años (CEPAL, LACRO y UNFPA 2020).

Asimismo, de acuerdo con el informe del UNFPA (2020), se estimó que en Perú

119 000 mujeres, jóvenes y adolescentes, descontinuaron el uso de métodos anticonceptivos durante el 2020 por las razones descritas con anterioridad. En consecuencia, se estima que el número de embarazos no deseados podría alcanzar los 15 000. De acuerdo a la SPOG (2020), durante la pandemia por el COVID-19, el número de adolescentes embarazadas se incrementó en un 12 % en todo el país.

La ENDES 2021 ha señalado que la tasa de embarazo adolescente a nivel nacional es de 8,9 % (ver Anexo 4), lo que representa un incremento de 0,6 % con relación a la ENDES 2020. Sin embargo, esta es aún mayor en la región amazónica en donde la tasa es de 14,6 %. Con relación a las regiones priorizadas, se reporta una tasa de embarazo adolescente (15 a 19 años) de 4,6 % en Cusco, 4,8 % en Lima Metropolitana, 8,8 % en Junín, 8,6 % en Lima Provincias y de 25,1 % en Ucayali.

Tabla n.º 9. Adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según ámbito geográfico 2021 (Porcentaje)

REGIÓN	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	Total alguna vez embarazadas
Cusco	4,6	0,0	4,6
Junín	5,8	2,9	8,8
Lima Metr.	3,6	1,2	4,8
Dpto. Lima	7,0	1,6	8,6
Ucayali	18,3	6,8	25,1
Nacional	6,6	2,3	8,9

Fuente: INEI, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Hay que anotar que en la data estadística de las ENDES de los últimos años, se observa una disminución de la tasa de embarazo adolescente. No obstante, ello reproduciría una invisibilización de las cifras por brechas geográficas (especialmente en la Amazonía), tecnológicas, etcétera. A eso se debe sumar, el corte etario del INEI (15 años a más), el cual omite los casos de niñas menores de 14 años que ya son madres o se encuentran embarazadas por primera vez.

Al respecto, el Comité CEDAW (1999) ha señalado en su Recomendación n.º 24 la necesidad de advertir los riesgos de sufrir daños físicos y psicológicos por embarazos no deseados o prematuros, especialmente en los casos de niñas y adolescentes. A fin de mitigar dichos riesgos, los Estados están en la obligación de asignar el máximo de recursos disponibles a fin de garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia. Además, ha recomendado en sus observaciones finales al Perú (2022) la implementación de estrategias para prevenir el embarazo en niñas y adolescentes, y reforzar los mecanismos para la continuidad educativa durante una situación de embarazo y en el caso de haberse convertido en madres. Asimismo, recomienda que se intensifique la educación sobre salud sexual y reproductiva tomando en cuenta el enfoque de género y la necesidad de capacitar a las y los docentes. Ello debe ser accesible a las mujeres, por lo que también debe tomarse en cuenta su edad e idioma.

De igual manera, el Comité CDN ha señalado su preocupación por las altas tasas de embarazos en adolescentes, particularmente de niñas en situaciones vulnerables y marginales, incluidas las que viven en situaciones de pobreza, con bajos niveles de educación y las pertenecientes a las comunidades indígenas; por lo que ha recomendado reforzar el

acceso a una educación en materia de salud sexual y reproductiva en función de la edad y los derechos de las niñas y los niños, en todo el Estado parte, incluidos los de los niños sin escolarizar.

Se debe destacar que un embarazo se puede convertir en un embarazo forzado en caso no se haya proveído de manera oportuna los anticonceptivos, anticoncepción oral de emergencia ni servicios de aborto seguro. Con relación a los embarazos forzados, productos de la violación sexual, estos serán abordados en el siguiente acápite.

Todo ello fue retratado por las mujeres entrevistadas, quienes advirtieron un incremento de embarazos, especialmente en adolescentes y mujeres jóvenes, muchos de ellos no deseados y/o no planificados, producto de un desconocimiento en materia de planificación familiar y acceso a anticonceptivos.

“Lo que ha ocurrido es que en los lugares los establecimientos de salud no han dado la atención a planificación familiar, todo era COVID. Por eso muchas personas se han embarazado” (entrevistada Ucayali).

Hay que resaltar el papel que cumplen las dirigentes comunitarias, pues son ellas a quienes primero acuden muchas adolescentes y jóvenes, incluso antes que a un establecimiento de salud. Ello aunado a los motivos explicados previamente (cierre de establecimientos de salud y desconfianza frente al personal de salud), pero también por el rol de liderazgo que ejercen en la comunidad y/o localidad y el conocimiento que tienen sobre el funcionamiento del establecimiento de salud. En muchas ocasiones son ellas mismas quienes acompañan a las adolescentes y jóvenes gestantes para poder fiscalizar que se les brinde la atención en salud.

A esto se debe agregar la obstaculización del acceso a los derechos de atención integral

en salud a las víctimas de violación sexual, tema que será desarrollado a continuación. Ello se ve reflejado en la falta de entrega oportuna de medicación anticonceptiva, incluido el AOE. El informe de admisibilidad n.º 18/20 PETICIÓN 449-16, llevado ante la CIDH, además de dar a conocer dicha problemática, puso en evidencia la existencia de otras, tales como: la limitada distribución del AOE, pues esta solo se realiza en 15 de los 25 departamentos de Perú y en menos del 20 % de los establecimientos de salud existentes; la omisión de información sobre la existencia del AOE y la ausencia de acompañamiento psicológico necesario (CRR 2020).

3.4. Violencia de género

Para la definición de la violencia de género se considera la desarrollada por la Convención Belén do Pará, como también las precisiones adicionales brindadas por el Comité CEDAW, a través de su Recomendación n.º 35. Así, según la Convención de Belén do Pará, deberá entenderse por violencia contra las mujeres a toda acción o conducta, basada en el género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer tanto en el ámbito público como el privado. Además, este instrumento, esclarece que la violencia puede ser ejercida en el ámbito de las relaciones familiares, domésticas, cualquier relación interpersonal, por la comunidad o por el Estado y sus agentes.

De esta manera se deja claro el alcance de la violencia y que el Estado, a través de sus instituciones o representantes, puede convertirse en perpetrador y responsable directo de la agresión. Ello se ha puesto en evidencia durante la pandemia por el COVID-19. Comprender esta dimensión es fundamental, en la medida que al hablar de las barreras institucionales que encuentran las mujeres, se está puntualizando sobre aquellas formas de violencia de género en donde el Estado es responsable por acción u omisión, inclusive en estados de emergencia sanitaria.

El Comité CEDAW (2017) ha considerado en su Recomendación General n.º 35 que la “violencia por razón de género” contra las mujeres hace referencia a causas estructurales y va más allá del hecho individual, por lo que implica un abordaje y respuestas más integrales. Además, enfatiza que esta expresión de la discriminación es uno de los medios por los cuales se perpetúa la subordinación, los roles y estereotipos contra las mujeres y las niñas; constituyéndose claramente en un obstáculo para el logro de la igualdad sustantiva.

En esa misma línea, de acuerdo con ONU Mujeres (2021), 1 de cada 3 mujeres en el mundo es víctima de violencia física o sexual; en la mayoría de los casos, el victimario es la pareja. En el caso de América Latina, el problema se agudiza y es que “(...) la región se caracteriza por altos índices de violencia generalizada y especialmente violencia por razones de género (...). (CIDH, 2020). Pandemias anteriores, como el ébola y el sarampión, han puesto en evidencia que existen impactos notoriamente diferenciados entre hombres y mujeres, en aspectos como la salud, lo social, económico y político (SG/OEA 2020). Pero, además, dentro de este contexto de emergencia, las mujeres, niñas y adolescentes tienen que hacer frente a un aumento de riesgo de violencia, especialmente a la violencia familiar. Este aumento de riesgo tiene que ver con factores como el incremento de tensión dentro de los hogares a causa de la situación y el aislamiento social.



La pandemia del COVID-19 y las medidas tomadas por los gobiernos alrededor del mundo, a fin de frenar las olas de contagios, en particular el confinamiento total, afectó de manera negativa a muchas mujeres con relación a la violencia de género, y es que “Las personas sobrevivientes de violencia pueden enfrentar obstáculos adicionales para huir de situaciones violentas o para acceder a órdenes de protección y/o servicios esenciales que pueden

salvar vidas, debido a factores como las restricciones de la circulación o la cuarentena” (ONU MUJERES 2020).

Tal como se señaló en líneas anteriores, antes de la pandemia, 1 de cada 3 mujeres era víctima de violencia; sin embargo, esta cifra aumentó de manera alarmante durante la pandemia. Al respecto, el Secretario General de las Naciones Unidas señaló: “La pandemia también ha provocado un aumento espantoso de la violencia contra las mujeres. Casi una de cada cinco mujeres en todo el mundo ha sufrido violencia en el último año. Muchas de estas mujeres ahora están atrapadas en el hogar con sus abusadores, luchando por acceder a servicios que sufren recortes y restricciones” (Gutiérrez, s.f.). Y es que, efectivamente, el confinamiento hizo que la víctima estuviera presa dentro del mismo espacio en el que se encuentra su maltratador, y se vio impedida de huir o rechazarlo, lo que disminuye sus opciones de pedir auxilio y acceder a la tutela jurisdiccional (Hawie Lora 2021).

3.4.1. Continuidad del contexto de violencia en el Perú

El Perú no fue ajeno a dicha situación. Así lo evidencian las cifras de casos de violencia reportados por el Boletín Estadístico del MIMP y el gran incremento de llamadas a Línea 100 entre mayo y octubre del 2020, ello en atención a las medidas de inmovilización social que dificultaban la posibilidad de realizar la denuncia en los CEM y comisarías.

Se han reportado un total de 114 495 casos de violencia durante el año 2020, un total de 163 789 casos en el año 2021, y 53 254



casos de enero a abril en el año 2022 (ver Anexo 6). Se observa con preocupación que aproximadamente el 86 % de víctimas en ambos años fueron mujeres. Estas cifras representan la continuidad de un contexto de violencia en el país, especialmente dan muestra que las principales víctimas son mujeres y niñas.

Además, como se ha referido, tras el inicio de las medidas tomadas por el gobierno, los CEM¹³ dejaron de atender de manera presencial a fin de frenar la propagación del COVID-19. Esto se ve reflejado en las cifras presentadas por el MIMP en los meses de abril, mayo y junio, en los que no se reportan casos.

Tabla n.º 10. Total de casos de violencia por sexo reportados en los CEM

AÑO	Total de casos de violencia	Casos de violencia hacia mujeres	Casos de violencia hacia hombres
2020	114 495	97 926 (85,5 %)	16 569 (14,5%)
2021	163 797	140 833 (85,9 %)	22 964 (14,1 %)
2022 (Ene - Abr)	53 254	46 108 (86,6 %)	7 146 (13,4 %)

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Con relación a los tipos de violencia reportados durante el año 2021, el 0,4 % de los casos corresponden a violencia económica, el 48 % a casos de violencia psicológica, el 39,6 % a casos de violencia física, y el 13,7 % a casos de violencia sexual.

13 En cumplimiento del Decreto Supremo n.º 044-2020-PCM, en Estado de Emergencia Nacional, durante la cuarentena obligatoria no funcionaron los CEM, sino los Equipos Itinerantes de Urgencia, aprobados con Resolución de la Dirección Ejecutiva n.º 20-2020.MIMP-AURORA-DE.

Nuevamente llama la atención, tal como se puede apreciar en la tabla inferior y como se ha percibido en las entrevistas, que salvo en el caso de violencia económica, en los demás tipos de violencia (psicológica, física y sexual), la mayoría de las víctimas son mujeres y niñas.

Tabla n.º 11. Total de casos por tipo de violencia reportados en los CEM en 2021

Tipos de violencia	Total de casos	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	642	432	278	152
Psicológica	78 894	17 789	20 556	11 789
Física	64 805	9 501	15 636	9 501
Sexual	22 456	21 232	15 634	14 507
Total nacional	163 789	140 833	52 104	35 949

Fuente: MIMP. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2021.

Asimismo, en cuanto a los casos de violencia reportados en las regiones priorizadas, tal como se puede apreciar en la tabla siguiente, 44 463 corresponden a Lima, 2 356 a Ucayali, 77 723 a Junín, y 11 048 a Cusco. La región de Lima tiene el mayor número de casos reportados, y Ucayali el menor número de casos reportados. En total, de todos los casos reportados en estas cuatro regiones, el 86 % de las víctimas fueron mujeres.

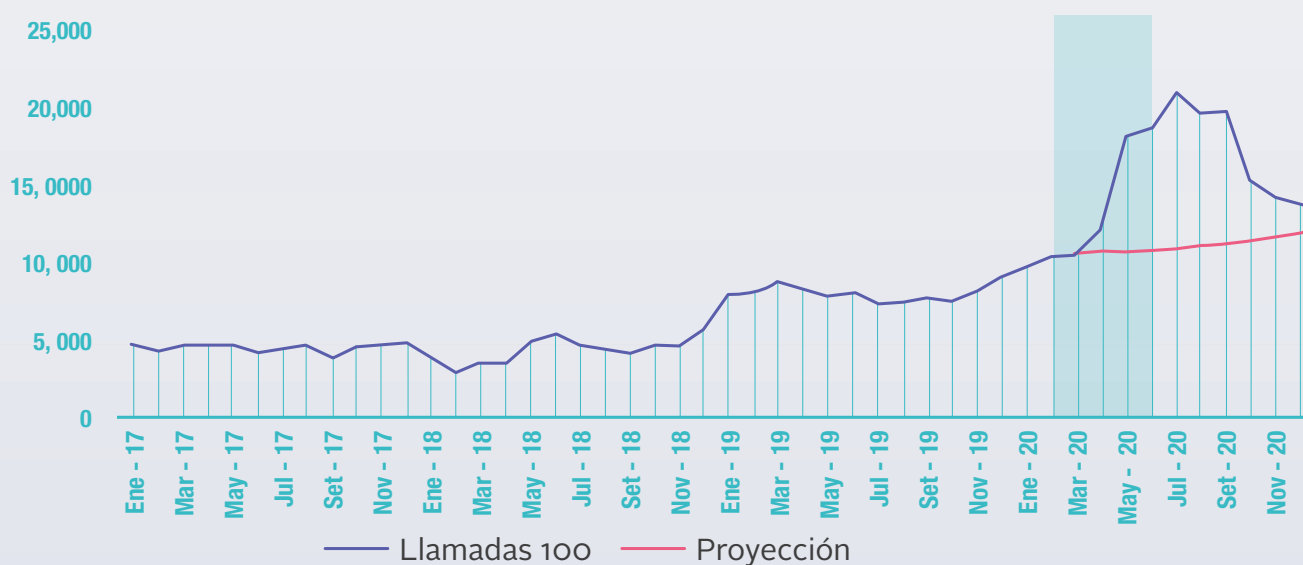
Tabla n.º 12. Total de casos de violencia reportados en los CEM en el 2021 por región

REGIÓN	Total de casos	Mujeres	NNNA	Niñas
Lima	44 463	37 020	16 562	11 050
Ucayali	2 356	2 143	751	616
Junín	7 723	6 601	2 433	1 656
Cusco	11 408	9 746	3 376	2 131
Total nacional	163 789	140 833	52 104	35 949

Fuente: MIMP. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2021.

Por otra parte, si se compara el número de llamadas recibidas en el 2020 con las recibidas en los dos años anteriores, hubo un incremento de 50 000 llamadas (MINJUS Y MIMP, 2021).

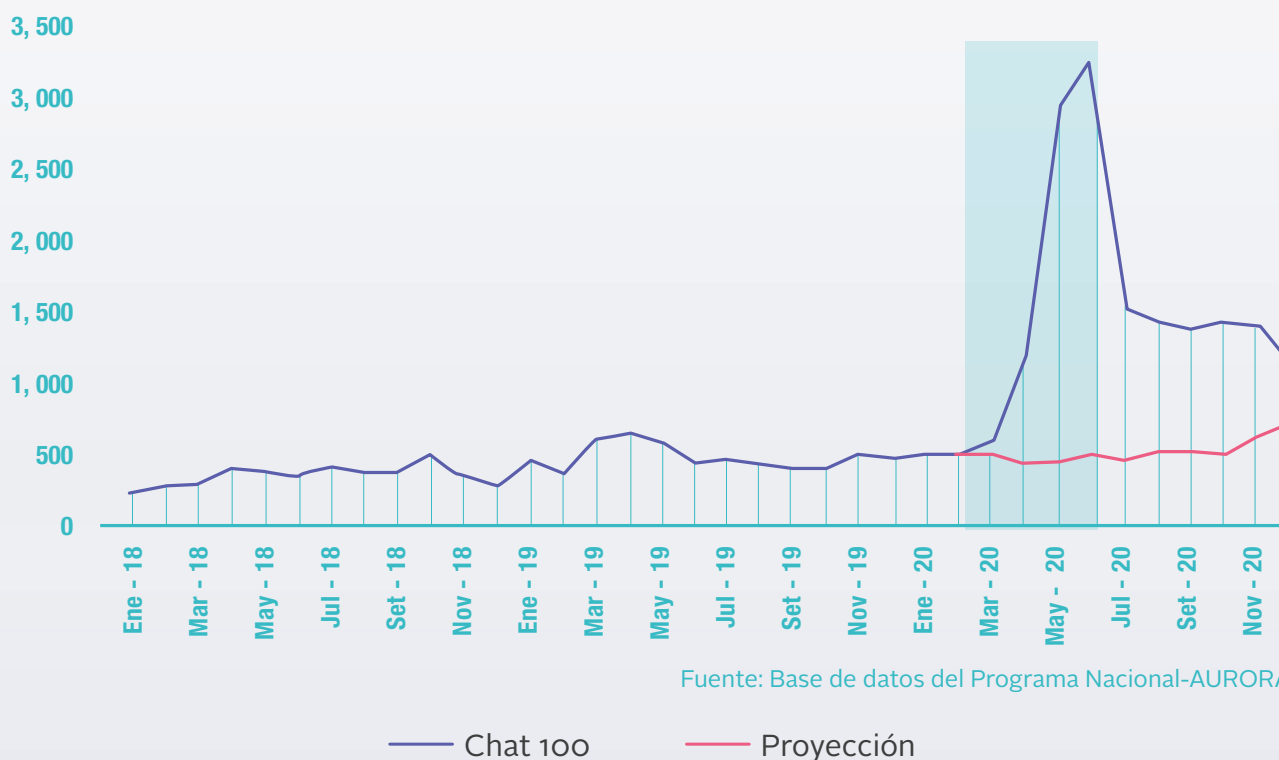
Gráfico n.º 21. Consultas telefónicas atendidas en Línea 100-Mujeres



Fuente: Base de datos del Programa Nacional-AURORA.

La misma situación se presentó en el Chat 100. Las consultas se sextuplicaron entre los meses de mayo y junio de 2020. Pese a que se registró una disminución abrupta durante los meses posteriores, las cifras registradas fueron tres veces más en comparación a años pasados. Es así que, durante la pandemia, en comparación a los años 2018 y 2019, hubo un incremento de casi 11 000 comunicaciones (MINJUS y MIMP 2021).

Gráfico n.º 21. Consultas Chat 100 y redes sociales



Es importante señalar que, del total de denuncias durante el 2020 por violencia de género, el 42 % de ellas fueron por violencia sexual contra niñas; mientras que, entre enero y octubre del 2021, dicho porcentaje aumentó en 2 % (Huaita Alegre, 2021). Con relación al total de casos atendidos de violencia sexual por el MIMP durante el año 2021 y el año 2022 (enero – abril), el 64 % tiene como víctimas a niñas y adolescentes.

En el año 2021, el MIMP reportó 1 901 casos de violencia cuyas víctimas fueron niñas y adolescentes indígenas¹⁴, mientras que en el año 2022 (enero - abril) se han reportado 581 casos. De manera particular se detectó que, durante el 2020, aproximadamente 30 niñas indígenas fueron víctimas de algún tipo de violencia sexual (Huaita Alegre 2021).

Tabla n.º 13. Total de casos violencia por pertenencia étnica (indígena y originaria) reportados en los CEM (2020 a 2022)

AÑO	Total de casos de violencia	Casos de violencia hacia mujeres	Casos de violencia hacia niñas y adolescentes mujeres
2020	114 399	14 538	2 166
2021	163 649	18 545	1 901
2022 (Ene. – Abr.)	44 511	4 916	534

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Cabe señalar que el número de tentativas de feminicidios, feminicidios perpetuados, la desaparición de mujeres y de niñas y adolescentes, se incrementó durante la pandemia (Hawie Lora 2021). La Defensoría del Pueblo informó que, al 31 de diciembre del 2020, se habían cometido 132 feminicidios y 204 tentativas, de los cuales 110 fueron perpetrados durante el estado de emergencia y 37 durante la inmovilización social obligatoria a nivel nacional (*El Peruano* 2020).

De acuerdo con la información reportada por el MIMP, en el año 2021 se reportaron 136

¹⁴ Se considera población quechua, aimara, indígena u originario de la Amazonía y otros pueblos indígenas u originarios.

casos con características de feminicidio y 293 tentativas, y en lo que va del año 2022 (enero - abril) se han reportado 46 y 82 tentativas.

Tabla n.º 14. Total de casos con características de feminicidio y tentativa de feminicidio reportados en los CEM (2020 a 2022)

AÑO	Total de casos con características de feminicidio	Total de casos de tentativa de feminicidio
2020	131	330
2021	136	293
2022 (Ene. - Abr.)	46	82

Fuente: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

3.4.2. Aumento de casos de violencia (intrafamiliar) de hombres hacia mujeres

(...) Normalmente las mujeres que han sido violentadas han sido dentro del hogar y el agresor estaba dentro de su casa. Ya sea una adolescente o madre de familia y no podían estar expuestas por el tema del COVID. Hubo violencia familiar, de pareja, etcétera. (Entrevistada Ucayali).

El aislamiento a causa de las medidas tomadas por el Estado, ha dado lugar a un rebrote de la violencia intrafamiliar y es que, tal como ya se señaló anteriormente, la convivencia hace que las mujeres se encuentren más expuestas a sufrir algún tipo de agresión. Esta situación, que se da en todas las esferas de nuestro país, es aún peor en adolescentes, que han sufrido un grave impacto (Huaita Alegre 2021).

El INEI (2022) reveló que el 54,9 % de mujeres fue víctima de algún tipo de violencia, ya sea psicológica, física o sexual, al menos una vez durante el 2021, según la encuesta ENDES. Ello representa una disminución en los últimos años, puesto que esta estadística en el año 2016 fue de 68,2 %. Se precisa que la mayoría de casos corresponde a violencia psicológica y/o verbal (50,8 %); en segundo lugar, la violencia física (26,7 % y en último lugar la violencia sexual (5,9 %).

En la investigación se ha comprobado la percepción que se han intensificado las situaciones de violencia intrafamiliar, por la permanencia de miembros del grupo familiar, especialmente hombres, en el hogar, debido a la inmovilización obligatoria y la imposibilidad de continuar labores de manera presencial. Además, se ha señalado el conocimiento de casos que, a causa del desempleo, muchas parejas (hombres) han incrementado su consumo de alcohol, lo que, a opinión de las mujeres, ha intensificado el contexto de violencia.

"(...) se ha tenido al agresor más cerca de uno (...) con esta pandemia la depresión le ha agarrado a la familia, han empezado las discusiones y es ahí en donde el maltrato empieza a aflorar (...). (Entrevistada Ucayali).

3.4.3. Prevalencia de casos de violencia sexual

Otra grave preocupación ha sido la prevalencia de casos de violencia sexual. Este tipo de violencia se define como "(...) cualquier acto de naturaleza sexual cometido contra la voluntad de otra persona, ya sea que esta no haya otorgado su consentimiento o que no lo pueda otorgar por ser menor de edad, sufrir una discapacidad mental o encontrarse

gravemente intoxicada o inconsciente por efecto del alcohol o las drogas”. Incluye: acoso sexual, violación, violación correctiva y cultura de la violación (ONU MUJERES, s.f.). Las mujeres, niñas y adolescentes son más propensas a sufrir este tipo de violencia y es que la misma es una manifestación de las relaciones existentes de poder entre hombres y mujeres (Quintela Babío, s.f.).

La violencia sexual es una de las formas más severas de violencia que existe. Cuando las víctimas son niñas se debe advertir que esta violencia se cimienta en la situación de desventaja en la que ellas se encuentran con relación a sus agresores, a causa del género y la edad. Ello reproduce situaciones de desigualdad y la vulneración sistemática de los derechos de las niñas.

En Perú, solo a los 23 días que se decretara el estado de emergencia, la Línea 100 atendió 43 casos de mujeres que habían sido víctimas de violencia sexual, de las cuales 27 eran niñas (PNUD. Perú 2020), y durante los 107 días que duró esta medida tomada por el Ejecutivo, el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables informó que atendieron un total de 67 712 casos de violencia familiar y abuso sexual; 17 000 eran de violencia y abuso sexual contra menores (Andina. Agencia peruana de noticias 2020).

Con relación a los casos de violencia sexual reportados por el MIMP en el año 2021 por región, tal como se puede apreciar en la tabla siguiente, en Lima se reportaron 6 997 casos; en Ucayali se reportaron 472 casos; en Junín 1 007 casos; y en Cusco 957 casos. Lima cuenta con el mayor número de casos reportados, y Cusco es la región con el mayor porcentaje (95,7 %) de mujeres víctimas de violencia sexual.

Tabla n.º 15. Total de casos de violencia sexual reportados en los CEM en el 2021 por región priorizada

REGIÓN	Total de casos	Mujeres	NNNA	Niñas
Lima	6 997	6 563 (93,8 %)	4 677	4 272
Ucayali	472	449 (95,1 %)	391	368
Junín	1 007	944 (93,7 %)	741	685
Cusco	957	916 (95,7 %)	665	627
Total nacional	22 456	21 232	15 634	14 507

Fuente: MIMP. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2021.

Llama la atención que nunca antes se habían reportado tantos casos de violación sexual como los que se dieron en el periodo de enero a diciembre del 2021¹⁵. Se observa también con mucha preocupación que la mayoría de los casos tiene como víctimas al grupo de niñez y adolescencia, y son las niñas y adolescentes mujeres las principales víctimas.

“En el caso de la violencia sexual, hay niñas de 12, 13, 15 años que fueron víctimas por el COVID-19 acá en casos de violencia sexual. En eso no sé cómo estarán los casos. Han aumentado (los casos de violencia sexual) y también los casos de embarazo. Por ejemplo, fueron a denunciar un caso, pero por las distancias (geográficas) no nos hacen caso, parece que

15 En el año 2019, fueron reportados 7 881 casos de violación sexual, y en el año 2018 fueron reportados 6 083 casos de violación sexual por el MIMP, en donde se mantuvo que el 67 % de víctimas eran niñas, niños y adolescentes, y que el 92 % de estos casos tenían como víctimas a niñas y adolescentes mujeres.

lo toman a la ligera, solo atienden al que tiene plata, todavía no le solucionan (mujer, Junín).

Sin embargo, son pocos los casos de violación sexual de conocimiento directo por parte de las personas entrevistadas. Aun así, la percepción de la continuidad de este tipo de violencia existe también por los medios de comunicación.

Tabla n.º 16. Total de casos de violación sexual reportados en los CEM en 2020 a 2022

AÑO	Total de casos de violación sexual	Hacia niñas, niños y adolescentes (% respecto del total de casos de violación sexual)	Hacia niñas y adolescentes mujeres (% respecto del total de casos de NNNA)
2020	6, 323	4 238 (67 %)	3 928 (92,7 %)
2021	8, 491	5 728 (67,5 %)	5 390 (94,1 %)
2022 Ene - Abr.	3, 610	2 419 (67 %)	2 283 (94,4 %)

Fuente: MIMP. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

El año 2021, ha sido en el que más casos de violación sexual han sido reportados por el *Boletín Aurora* (2022), y aproximadamente el 95 % de las víctimas son mujeres. Se advierte con preocupación que las principales víctimas son niñas y adolescentes, y es Lima Metropolitana la región que cuenta con mayores casos de violación sexual. Por otra parte, se identifica de los casos reportados que el 4,7 % de víctimas son personas con discapacidad, el 0,1% son víctimas personas LGTBI, el 1,5 % son víctimas extranjeras, y el 2,9 % de víctimas son de casos reincidentes.

En lo que va del año 2022 (enero – abril), se han reportado 3 610 casos de violación sexual en donde se mantiene el porcentaje de 95 % de víctimas mujeres. En el primer cuatrimestre

del año se ha incrementado la proporción de víctimas niñas y adolescentes de violencia sexual en un 0,3 %.

Esto también se refleja en el informe elaborado por la Defensoría del Pueblo (2021) en base a lo publicado en diversos medios periodísticos, durante la pandemia. Se elaboraron 144 notas sobre violencia de género, de las cuales 63 versaban sobre violencia sexual, en la modalidad de acoso o violación.

3.4.4. Percepción del aumento de niñas y adolescentes embarazadas, a consecuencia de violación sexual

Los Estados tienen un deber de debida diligencia que debe merecer una especial atención cuando se trata de niñas y adolescentes, esto de acuerdo con lo establecido en los artículos 9 y VII de la CADH y DADH, respectivamente. También, la Convención de Belém do Pará establece que dicha diligencia debe ser reforzada. Siguiendo esta línea, hay que tener presente lo referido por el MESECVI sobre los embarazos en mujeres menores de 14 años, los cuales deben ser considerados no consentidos y por tanto producto de una violación sexual (Chiarotti y otros 2016).

La problemática del embarazo infantil y adolescente en América Latina y el Caribe es preocupante, al año se dan aproximadamente 10 millones de embarazos. Más alarmante aún es que, del total de violaciones sexuales de niñas y adolescentes, el 80 % de las víctimas están en el rango de edad de 10 a 14 años. Además, es importante señalar que, en la mayoría de los casos, el agresor suele ser un familiar o una persona cercana y con una relación de superioridad con la víctima (CIDH 2019).

Desde antes de la llegada de la pandemia, miles de niñas y adolescentes estaban siendo obligadas a continuar con embarazos no deseados, a causa de violaciones, y a asumir maternidades en contra de su voluntad, afectando de manera irreversibles y devastadora su desarrollo, así como su salud física, mental, social y emocional (OPS 2018).

Con la llegada de la pandemia, miles de niñas y adolescentes quedaron encerradas con sus agresores debido a las medidas de confinamiento total, en consecuencia, hubo un aumento alarmante de violencia sexual hacia este grupo etario (CIDH 2020).

En el Perú, durante el 2020, el número de embarazos no deseados aumentó en un 12 %, principalmente en adolescentes. En esta misma línea, los embarazos y posterior parto en niñas entre los 11 y 14 años ascendió a 1 155; y en relación a adolescentes entre los 15 y 19 años, la cifra ascendió a 47 369. Cabe señalar que, en la gran mayoría de los casos, se dieron partos prematuros. A marzo del 2021, se dieron 3 nacimientos en niñas menores de 10 años, 98 en niñas entre los 11 y 14 años y 5 437 en adolescentes entre los 15 y 19 años (Agencia EFE 2021).

Sí ha habido más embarazos durante la pandemia. Muchas son menores de 18 años que han sufrido violencia (...) han violado adolescentes, que quedan embarazadas, la pandemia ha venido a que las madres son la gran mayoría menores de 18 años (...). (entrevistada de Ucayali).

En ese sentido, los casos de niñas embarazadas hasta los 14 años es una preocupación reflejada en las entrevistas a las mujeres y en la data estadística. Debe recordarse que, bajo el marco normativo peruano y el estándar internacional, se protege la indemnidad sexual hasta los 14 años. Por tanto, dichos casos serían productos de situaciones de

violación sexual bajo la normativa. Así, en los años 2020 y 2021 se han registrado 29 casos de niñas hasta los 10 años convertidas en madres, y 2 584 casos de niñas de 11 a 14 años. Se advirtió además que, con motivo de la pandemia, muchos recién nacidos/as no han sido registrados, por lo que es probable que las cifras reportadas sean mayores aún.

Tabla n.º 17. Número de recién nacidos cuyas madres son menores de 18 años a nivel nacional (2021-2020)

Grupo etario	Año 2022 ¹⁶	Año 2021	Año 2020
0-10	2 ¹⁷	7	22
11-14	463	1 429	1 155
15-19	19 876	48 109	47 401
20-34	138 012	314 895	318 418
35-50	48 321	98 306	94 667
51 - a más	28	26	71
Total	206 702	436 390	461 717

Fuente: MINSA. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

En las regiones priorizadas se advierte que el número de casos de embarazo en niñas de 0 a 14 años es más elevado en la región de Lima (176), seguida por la región de Ucayali (175), luego está Junín con 86 casos y, finalmente, Cusco con 41 casos. Sin embargo, debe tomarse en consideración que Lima es la región que alberga aproximadamente una

16 Del 1 de enero al 4 de junio de 2022.

17 Los dos casos registrados de niñas convertidas en madres en el año 2022 corresponden a los departamentos de Lima y Ucayali.

tercera parte de la población a nivel nacional, por lo que llama la atención el alto número de casos en la región de Ucayali que casi equipara en número a la región de Lima.

Tabla n.º 18. Número de recién nacidos cuyas madres son niñas y adolescentes (0 - 19 años) a nivel nacional (2021)

Grupo etario / año	Total nacional	Lima	Cusco	Ucayali	Junín
0-10	7	4	0	1	0
11-14	1 429	172	41	174	86
15-19	48 109	7 719	1 826	2 617	2 423
Total	49 545	7 895	1 867	2 792	2 509

Fuente: MINSA. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2021.

Tomando en cuenta que las relaciones sexuales con menores de 14 años se encuentran penalizadas por no mediar consentimiento, todos estos casos podrían ser considerados violación sexual (Rodríguez 2021).

3.4.5. Violencia, discriminación y hostigamiento hacia mujeres trans y trabajadoras sexuales (Lima)

El COVID-19 tuvo un impacto particular sobre la comunidad LGTBIQ+. En el caso de las personas trans, son las mujeres las que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad. Esto debido a que las mismas no siguen lo establecido por el sistema

sexo-género-sexualidad y las ideologías que este establece, colocándolas así en una situación de mayor inseguridad respecto de otras mujeres (Guzmán Sanmiguel 2018).

Durante la cuarentena impuesta por el gobierno peruano, las mujeres trans se vieron seriamente afectadas, puesto que la mayoría de ellas se dedica al trabajo informal, y se vieron impedidas de salir a trabajar; en consecuencia, dejaron de recibir ingresos económicos.

Ante la urgencia de satisfacer necesidades básicas y ante la ausencia de medidas del gobierno dirigidas a la población trans, la organización comunitaria y/o barrial buscó enfrentar esta situación con donaciones de víveres. Además de esta violencia sistémica, muchas personas fueron víctimas de ataques transfóbicos en los espacios públicos cuando solicitaban ayuda para su supervivencia.

Cuando el entonces presidente del Perú, Martín Vizcarra, estableció la medida “pico y género”, en la que se establecía que la movilización se restringiría según el sexo, las personas transgénero fueron las más afectadas (Redacción Perú 21 2020).

Esta restricción tomada por el Ejecutivo no tuvo en consideración la diversidad de identidades de género, lo que colocó a las mujeres trans en una mayor situación de vulnerabilidad de la que ya de por sí se encuentran. El entonces Ministro del Interior señaló que dicha restricción sería aplicada en función de la expresión de género de las personas, pese a ello, durante los ocho días en los que estuvo vigente dicha restricción, se registraron diversos casos de violencia y discriminación a mujeres trans (PROMSEX 2021), incluso de parte de la Policía Nacional del Perú, que tiene de por sí un rol de transfobia institucionalizada.

Si nos veían comprar a lo que te decían detente y te pedían que muestres tu DNI, buscaban pretextos para humillarte, para los policías era un chiste. Eso era algo demasiado fuerte (entrevistada de Lima).

Según informó la activista y política transgénero Gahela Cari, solo durante el primer día de circulación exclusiva de mujeres, se registraron al menos 30 casos de discriminación a mujeres trans por las fuerzas del orden. Sostuvo que las mujeres trans fueron víctimas de una serie de castigos ilegales, arbitrarios y fuera de la norma, tales como: golpes, obligadas a gritar el nombre como aparece en su DNI y frases como “quiero ser un hombre, “soy un hombre” y a realizar ejercicios físicos (EFE/El mostrador Braga, 2020).

Uno de los casos más conocidos, gracias a un video que se hizo viral, fue el de un grupo de mujeres trans que fueron detenidas por agentes de la comisaría de Bellavista (Callao) y llevadas a la comisaría, en donde se las obligó a hacer ejercicios mientras repetían la frase “quiero ser un hombre” (Redacción *Perú21* 2020).

3.4.6. Necesidad de reforzar las medidas de prevención y atención de la violencia



Todo lo retratado anteriormente pone en agenda la necesidad de articular esfuerzos para la prevención y atención de la violencia en todas sus formas. Un aspecto importante para ello es la transversalización de un enfoque de género en los sectores de salud, justicia y educación.

Sobre este último recae también la incorporación de contenidos relacionados a la educación sexual integral, lo que se hace estrictamente necesario para que las personas que pertenecen a grupos en especial protección, sobre todo las niñas, puedan identificar los casos de violencia y conocer los espacios en donde pueden realizar las respectivas denuncias.

Es importante que la ciudadanía en general tenga conocimiento sobre el estándar de atención en los casos de violencia. En el caso particular de la violencia sexual, en ninguna de las entrevistas se evidenció el conocimiento sobre el kit que debe entregarse en estas circunstancias¹⁸ y que es de aplicación y cumplimiento obligatorio en todos los establecimientos de salud, aun en el contexto de emergencia sanitaria; además de las acciones que estos deben seguir y la obligación de la continuidad de los servicios de salud sexual.

La Defensoría del Pueblo ha advertido en distintos informes que el personal de salud no realiza la entrega inmediata y oportuna del kit para la atención de casos de violencia sexual a niñas, niños y adolescentes. Se recuerda que este incluye la evaluación de la víctima para un aborto terapéutico, por lo que es indispensable para actuar a tiempo y evitar embarazos forzados, así como prevenir ITS/VIH (Rodríguez 2022).

Sobre ello, el Comité CEDAW (2022) ha recomendado al Perú la reducción de la mortalidad materna, con la legalización del aborto en casos de violación, incesto, amenazas a la vida o a la salud de la mujer embarazada o malformaciones fetales graves. Asimismo, la despenalización en todos los demás casos y

¹⁸ El uso del kit para la atención de casos de violencia sexual se establece en la Directiva Sanitaria n.º 083-MIN-SA/2019/DGIESP. Asimismo, la Directiva Sanitaria n.º 094-MINSA/2020/DGIESP, se enfoca en el contexto de la emergencia sanitaria.

garantizar a las mujeres acceso a servicios y atención integral de aborto y post aborto, especialmente en situaciones de abortos inseguros. También ha expresado su preocupación por el acceso altamente restrictivo al aborto en casos terapéuticos, lo que ha traído como consecuencia la negación de este procedimiento en mujeres y niñas víctimas de embarazo forzado. Se señala que el Registro Nacional de Víctimas de 2018 reportó 5 266 casos de violación sexual y que 201 mujeres y niñas se convirtieron en madres, producto de dicha agresión.

Finalmente, en el contexto de la pandemia por el COVID-19, que ha agravado la situación de violencia de género, existe el deber de garantizar la disponibilidad, accesibilidad y calidad de las medidas de prevención y atención de esta violencia.



4.

Conclusiones y hallazgos

A lo largo del presente documento se ha puesto en evidencia que en el contexto de pandemia los derechos de las mujeres se han visto afectados; en este trabajo se ha priorizado el estudio de cuatro de ellos:

Derecho a la salud: se evidenció que el sistema de salud colapsó, sin que los GORE o municipios asumieran un rol significativo. El tratamiento y promoción de la vacuna no fue eficaz, ya que, en la mayoría de los casos, sobre todo en las zonas que albergan pueblos indígenas y comunidades campesinas, prevaleció el desconocimiento de la enfermedad y desinformación sobre el propio proceso de vacunación. Además, se advierte la necesidad urgente de atender la salud mental de la población. Por otro lado, se destaca el papel importante de la medicina tradicional como una respuesta intercultural y comunitaria frente a la pandemia.

Sobre esto último, se resalta el **rol fundamental que han cumplido las mujeres** cuidadoras, voluntarias, agentes comunitarias, dirigentes vecinales, personal de salud femenino y otras, en la articulada y pronta respuesta a las necesidades planteadas por sus comunidades de cara a la crisis por el COVID-19, actividades que han desarrollado también con el apoyo del Centro Flora Tristán.

Derecho al trabajo: se identificó que esta situación causó un fuerte impacto en el cambio de las dinámicas del hogar y el empleo, afectando el derecho al trabajo de las mujeres. Se dejó la carga del hogar y las tareas de cuidado principalmente a las mujeres, quienes

han visto desplazados también sus proyectos personales para cumplir con dichos roles. Asimismo, la crisis económica y los factores de informalidad y desempleo, obligó a que las mujeres buscaran formas alternativas a sus trabajos tradicionales, ya que estos últimos fueron afectados por las restricciones impuestas por el gobierno.

Derechos sexuales y reproductivos: la crisis por el COVID-19 intensificó el desabastecimiento de medicinas y ello dificultó la entrega gratuita de métodos anticonceptivos. En conjunto, se debilitó drásticamente el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, ya que muchos de los establecimientos de salud vieron interrumpido estos servicios, incluida planificación familiar, para dedicarse exclusivamente a la atención del COVID-19. Producto de esta desatención se advierte el aumento de embarazos no deseados y/o forzados. Además, se observa con preocupación que las adolescentes y mujeres han dejado de acudir a estos espacios por temor y/o desconfianza hacia el personal de salud.

Derecho a una vida libre de violencia: los datos estadísticos demuestran que en este contexto se incrementaron los niveles de violencia. La mayor parte de participantes en el estudio consideraron que se dio por la permanencia de todos los miembros de la familia en la casa ante la inmovilización; en específico, de los hombres. Los amplios espacios de ocio habrían sido causa del aumento del alcoholismo, control del tiempo de las/os integrantes del hogar y prohibición de actividades de desarrollo personal.

Finalmente, cabe señalar que prevalecen los casos de violencia sexual, además de las altas cifras de niñas y adolescentes embarazadas producto de violación sexual. Asimismo, se agravó la discriminación y hostigamiento hacia mujeres trans y trabajadoras sexuales. Todo ello evidencia la necesidad de reforzar las medidas de prevención y atención de la violencia y continuar con los proyectos que se vienen desarrollando desde el Centro Flora Tristán.

5.

Propuesta de continuación del proyecto

Durante el trabajo de campo se ha evidenciado que los espacios facilitados por el Centro Flora Tristán han sido de suma importancia para las mujeres, al igual que el conocimiento de sus derechos, lo que ha sido retratado por las participantes que son voluntarias y/o agentes comunitarias que articulan con la institución.

Se ha visibilizado que los contenidos han estado orientados a los derechos a una vida libre de violencia y salud sexual y reproductiva. Consecuentemente, se proponen los siguientes objetivos.

5.1. Capacitación y sensibilización hacia las mujeres en todos sus ciclos de vida y población LBGTIQ+ sobre sus derechos

- Fortalecer el conocimiento de las mujeres sobre sus derechos: vida libre de violencia, salud sexual y reproductiva, y atención y prevención de la violencia.
- Continuar con las actividades de capacitación en derecho, orientadas a mujeres adolescentes y líderes, articulando con otras entidades del Estado que están encargadas de garantizar estos espacios.
- Continuar con las actividades de sensibilización dirigidas hacia los hombres, que tienen como objetivo repensar los roles masculinos y erradicar los estereotipos de género.

- Identificar a líderes y dirigentas comunitarias con quienes se pueda trabajar estrechamente para exigir al Gobierno el desarrollo de medidas específicas en materia de servicios de salud sexual y reproductiva, y prevención y atención de la violencia.

5.2. Fomentar la autonomía económica de las mujeres en todos sus ciclos de vida y población LBGTIQ+

- Desarrollar espacios técnico-productivos que permitan capacitar a las mujeres y población LBGTIQ+, en especial en las zonas rurales andinas y amazónicas, para que así puedan aprovechar y fortalecer sus capacidades para una autonomía económica.
- Articular con las instituciones educativas de las zonas priorizadas para una adecuada incorporación del enfoque de género e interculturalidad, así como de la educación sexual integral en el currículo escolar.
- Necesidad de capacitar a las mujeres sobre el estándar de atención integral en casos de violencia sexual y con especial énfasis en lo relacionado al kit para la atención de casos de violencia sexual.

5.3. Generar evidencia de los contextos que viven las mujeres en todos sus ciclos de vida y población LBGTIQ+

- Mantener los esfuerzos en la realización de investigación y trabajos de campo que pongan en evidencia los contextos que viven las mujeres, niñas, adolescentes y población LBGTIQ+, con énfasis en los derechos más

vulnerados que son: salud, trabajo, autonomía sexual y reproductiva, y vida libre de violencia.

- Incorporar en los derechos priorizados, el derecho a la educación y salud mental.
- Buscar generar herramientas focalizadas en cada caso, con el fin de tener mayor incidencia de acuerdo con las particularidades de cada región.



6.

Anexos

Anexo 1. Ficha metodológica de entrevista

CÓDIGO DE ENTREVISTA: ooX (A) Lima (B) Cusco (C) Junín (D) Ucayali

Datos generales

1. Nombre completo:
2. Correo electrónico:
3. Celular:

Datos de población, vivienda e identidad

4. Sexo (1) Masculino (2) Femenino (3) Otro.
5. Edad (años cumplidos).
6. Lugar de nacimiento (distrito, provincia, departamento).
7. Lugar de residencia (distrito, provincia, departamento).
8. Lengua materna (con la que se aprendió a hablar en la niñez) (1) Castellano (2) Otra, ¿cuál?
9. Señalar si habla una segunda lengua (1) No (2) Sí, ¿cuál?
10. Pertenencia a un pueblo indígena o afrodescendiente (SÍ/NO) (Señalar cuál).
 - 10.1 Si la respuesta es sí, señalar cuál.
11. Pertenencia a población LBGTIQ (SÍ/NO) (Precisar).
 - 11.1 Si la respuesta es sí, señalar cuál.
12. Situación de discapacidad (SÍ/NO) (Precisar).
 - 12.1 Si la respuesta es sí, señalar cuál.
13. Señalar con cuantas personas vive.
14. Señalar si cumple alguna labor de madre/padre/cuidador(a).

14.1 Si la respuesta es sí, señalar respecto de cuántas personas.

II. Sobre la pandemia por el COVID-19

Datos sobre el contagio por COVID-19

15. ¿Ha tenido COVID-19?

15.1 Si la respuesta es sí, señalar en qué mes y año.

15.2 Si la respuesta es sí, señalar si fue más de una vez.

15.3 Si la respuesta es sí, señalar si requirió cuidados.

15.3.1 Si la respuesta es sí, señalar quién se encargó de sus cuidados.

16. ¿Alguna persona de su entorno familiar (con quienes convive) ha tenido COVID-19?

16.1 Si la respuesta es sí, señalar en qué mes(es).

16.2 Si la respuesta es sí, señalar si fue más de una vez.

16.3 Si la respuesta es sí, señalar quién se encargó de sus cuidados.

17. Señale otros detalles que considere relevantes sobre la vivencia del contagio por COVID-19.

Preguntas diferenciadas para POBLACIÓN INDÍGENA (Satipo y Ucayali)

○ ¿Conoce algún establecimiento de salud cercano?

● Si responde sí, ¿ha acudido alguna vez?

● Si responde sí, ¿es un establecimiento de salud intercultural?

○ Si usted se enfermó de COVID o alguien cercano, ¿lo reportaron al centro de salud?

● ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

● De responder no, ¿qué estrategias se utilizaron para el tratamiento del COVID-19?

1. Automedicación (explique).
 2. Acudió a otro tipo de medicina o saberes (explique).
 3. No hizo nada.
-
- ¿Qué papel cumplió el Gobierno para la lucha contra el COVID-19?
 - Si la respuesta es sí, ¿cómo actuó el Comando COVID-19 Indígena regional?
 - ¿Qué papel cumplió la comunidad / PPII para la lucha contra el COVID-19?
 - ¿Cómo se interrelaciona la medicina tradicional con la ordinaria para el tratamiento del COVID-19?
 - ¿Cuál fue el papel de las mujeres indígenas en el tratamiento del COVID-19?
 - *¿Cuáles fueron las demandas presentadas al Gobierno por las mujeres indígenas en el tratamiento del COVID-19? (Solo SATIPO).*
 - *¿Cuál fue el papel del Comando Matico en el tratamiento del COVID-19? (Solo UCAYALI).*
 - ¿Qué grupo poblacional considera que fue y es el más afectado por el COVID-19?
 - ¿Cuáles son las demandas de las mujeres indígenas en la continua lucha contra el COVID-19?

Datos sobre el proceso de vacunación

18. Qué información tiene sobre las vacunas contra el COVID-19?

18.1 Si la respuesta es sí, ¿cómo se enteró y por qué medio?

19. ¿Se viene cumpliendo con la vacunación en su región?

20. ¿Ud. ya se ha vacunado?

20.1 Si la respuesta es sí, ¿cómo se enteró de su fecha y centro de vacunación y por qué medio?

21. ¿Qué dificultades y/o miedos tiene sobre las vacunas o del proceso de vacunación?

22. ¿Qué beneficios considera que trae la vacunación contra el COVID-19?

23. Señale otros detalles que considere relevantes sobre el proceso de vacunación.

Preguntas diferenciadas para POBLACIÓN INDÍGENA (Satipo y Ucayali) y MUJERES PRODUCTORAS (Cusco)

○ ¿Se le alcanzó información del proceso de vacunación en su lengua materna?

○ ¿Cómo se enteró del proceso de vacunación?

○ ¿Tiene o ha tenido dudas sobre el proceso de vacunación o las vacunas?

○ ¿Cuáles han sido las principales dudas al respecto?

○ ¿Qué opiniones ha escuchado de las personas que no se quieren vacunar?

○ ¿Cómo podría evaluar el proceso de vacunación para la población indígena /

población rural? Y, ¿qué opinión tiene del mismo? (Bueno, Regular, Malo).

- ¿Encontró alguna dificultad durante el proceso de vacunación que valga la pena reportar?

Bono económico y canastas

24. ¿Recibió algún bono económico durante la pandemia por el COVID-19?

24.1 Si la respuesta es sí, ¿cómo se enteró y por qué medio?

24.2 Si la respuesta es sí, ¿el bono fue proporcionado en una ocasión o más?

24.3 Si la respuesta es sí, ¿el bono fue proporcionado por el sector público o privado?

24.4 Si la respuesta es sí, ¿utilizó una cuenta bancaria para ello? Detallar si era propia/ajena y/o si ya contaba con una.

24.4.1 Detallar nombre de entidad.

25. ¿Recibió alguna canasta de alimentos durante la pandemia por el COVID-19?

25.1 Si la respuesta es sí, ¿cómo se enteró y por qué medio?

25.2 Si la respuesta es sí, ¿la canasta de alimentos fue proporcionada en una ocasión o más?

25.3 Si la respuesta es sí, ¿la canasta de alimentos fue proporcionada por el sector público o privado?

25.3.1 Detallar nombre de entidad.

26. De haber respondido sí a alguna de las preguntas previas, ¿los bonos y las canastas recibidos a quiénes beneficiaron en su hogar?

Señale otros detalles que considere relevante sobre la entrega de bonos y canastas durante la pandemia del COVID-19.

III. Trabajo y labores de cuidado

27. Actualmente, ¿usted realiza labores de trabajo remunerado y no remunerado? (cuidado).

27.1 Si la respuesta es únicamente trabajo remunerado, pasar a las preguntas de dicha sección.

27.2 Si la respuesta es únicamente trabajo no remunerado, pasar a las preguntas de dicha sección.

27.3 Si la respuesta es ambas, responder las preguntas de ambas secciones.

Situación de trabajo remunerado

28. ¿En qué rubro se encuentra el trabajo que realiza? Categorías (servicios, cuidado, etc.).

29. ¿Qué tipo de trabajo realiza?

30. ¿Cuenta con un contrato laboral?

30.1 Si la respuesta es sí, señalar qué tipo de contrato laboral es.

31. ¿Este trabajo lo realizaba desde antes de la pandemia?

31.1 Si la respuesta es sí, señalar en qué han variado las labores.

31.2 Si la respuesta es no, señalar cómo accedió a dicho trabajo.

31.3 Si la respuesta es no, señalar qué motivó a acceder a dicho trabajo.

32. ¿El trabajo realizado es remoto, presencial o mixto?

33. ¿Cuál es su horario laboral?

34. ¿Utiliza horas de su tiempo libre para realizar tareas relacionadas a su trabajo?

34.1 Si la respuesta es sí, señalar un aproximado.

34.2 Si la respuesta es sí, señalar si en su trabajo se considera el pago por horas extra.

35. Señale otros detalles que considere relevante sobre dicho trabajo.

Situación de trabajo no remunerado y labores de cuidado

36. ¿Qué tipo de **trabajo no remunerado** realiza? (Responder estas preguntas únicamente si no corresponde a labores de cuidado. Por ejemplo: voluntariados, pasantías, etc. Si corresponde a labores de cuidado, pasar a la pregunta correspondiente).
37. ¿Quiénes son las personas beneficiarias de dicho trabajo?
38. ¿Cuántas horas ocupa dicha labor, aproximadamente? (categorías: de 1 a 3 horas; de 3 horas a 6; más de 6 horas).
39. Señale otros detalles que considere relevante sobre dicho trabajo.
40. ¿Qué tipo de **labores de cuidado** realiza?
41. ¿Estas labores son compartidas?
- 41.1 Si la respuesta es sí, señalar por quiénes (categorías: pareja, hija(s), hijo(s), otros).
- * En caso de ser hijas/os preguntar edad.
42. ¿Quiénes son las personas beneficiarias de dicho trabajo?
43. En el contexto de la pandemia, ¿ha sentido molestias al momento de realizar las tareas en el hogar?
- 43.1 Si la respuesta es sí, por favor detalle el tipo de molestias (dificultades para dormir, depresión, ansiedad, incomodidad, fatiga, poca energía, poco apetito, etc.).
44. Señale otros detalles que considere relevante sobre dicho trabajo.

Preguntas diferenciadas para MUJERES PRODUCTORAS (Cusco)

- ¿Qué tipo de trabajo desempeña o qué otras actividades realiza? ¿En qué sector del trabajo se ubica esa labor?

- ¿Cómo afectó la pandemia al desarrollo de su trabajo como mujer productora?
- ¿Tiene algún familiar y/o conocido que haya retornado a su región o localidad a partir de la crisis sanitaria?
 - Si la respuesta es sí, ¿se incrementaron las labores en el hogar durante la pandemia?
 - ¿Ha sentido sobrecarga de trabajo (incluyendo labores de cuidado)?
 - ¿Ha sentido fatiga física y mental a partir de esta situación?
- ¿El Gobierno (nacional, regional o local) ha tomado medidas dirigidas al trabajo de las mujeres productoras durante el COVID-19?
- ¿Cuáles son las demandas de las mujeres indígenas en la continua lucha contra el COVID-19?

IV. Sobre autonomía y salud sexual en el contexto del COVID-19

- 45.** Durante la pandemia, ¿Ud. ha accedido a información sobre sexualidad, planificación familiar y/o métodos anticonceptivos?
- 45.1** Si la respuesta es sí, señalar por qué medio (categorías: páginas web, establecimientos de salud, municipalidad, colegio/escuela de padres, otros)
- 46.** ¿Tiene conocimiento sobre si el establecimiento de salud más cercano a su hogar cuenta con servicios de orientación sobre sexualidad, planificación familiar y/o métodos anticonceptivos?
- 46.1** Si la respuesta es sí, ¿Ud. ha acudido a este establecimiento? *Precisar cuál.*
- 46.1.1** Si la respuesta es sí, señalar si la información y la atención brindada fue satisfactoria.
- 46.1.2** Si la respuesta es no, señalar por qué motivo.

47. Durante la pandemia, ¿Ud. ha tenido acceso a alguna forma de planificación familiar y/o métodos anticonceptivos?

47.1 Si la respuesta es sí, señalar por qué medio (sector público o privado).

47.1.1 Detallar nombre de entidad.

47.2 Si la respuesta es sí, señalar qué tipo.

47.3 Si la respuesta es sí, señalar si el acceso fue gratuito o no.

Preguntas diferenciadas para ADOLESCENTES (en las regiones en donde participen, posiblemente Lima y Ucayali)

- ¿Conoce algún espacio oficial en el que participen adolescentes y jóvenes?
- ¿Durante la pandemia por el COVID-19 ha accedido a algún servicio de salud? (salud diferenciada para adolescentes, centro de salud mental comunitario, otro).

Precisar cuál.

- Si la respuesta es sí, señalar qué tipo.
- Si la respuesta es sí, señalar cuánto duró la atención.
 - En caso de tratarse de un tratamiento, ¿cuál es o ha sido el rango de tiempo de atención?
 - En caso de tratarse de un tratamiento, ¿cómo ha sido el acompañamiento brindado por el establecimiento de salud?
- De tratarse de una atención en salud sexual y reproductiva, ¿existieron o existen obstáculos para esta atención en la población adolescente?
- ¿El Gobierno (nacional, regional o local) ha tomado medidas dirigidas a las niñas, niños y adolescentes durante el COVID-19?
- ¿Cuáles son las demandas de la niñez, adolescencia y juventud en la continua lucha contra el COVID-19?

V. Violencia de género

- 48.** ¿Considera que a partir del contexto COVID-19 las mujeres han sido más vulnerables a la violencia de género?
- 49.** ¿Ha tenido conocimiento de alguna situación en donde haya existido violencia de género? (en su barrio, en las noticias, etc.).
- 49.1** Si la respuesta es sí, ¿puede describir el/los caso(s)?
- 49.2** Si la respuesta es sí, ¿conoce si en algún momento la víctima o alguien acudió a alguna entidad para reportar el hecho?
- 49.2.1** Si la respuesta es sí, señalar a qué entidad.
- 49.2.2** ¿Dicha entidad atendió satisfactoriamente el caso? (¿Se brindó orientación, medidas de protección, etc.?)
- 49.2.2.1** Si la respuesta es no, señalar los obstáculos.
- 50.** Durante el contexto COVID-19, ¿este contexto de violencia a nivel nacional le ha afectado como mujer?
- 50.1** Si la respuesta es sí, ¿puede/desea hablar de lo ocurrido?
- 51.** ¿Ha participado en alguna medida preventiva de la violencia durante la pandemia por el COVID-19?
- 51.1** Si la respuesta es sí, señalar qué entidad desarrolló dicha actividad.
- 52.** ¿Tiene conocimiento de a qué entidades se puede acudir en caso de violencia?
- 52.1** Si la respuesta es sí, señalar qué entidades.
- 52.2** Si la respuesta es sí, señalar qué servicios conoce que se deben brindar a víctimas de violencia.
- 53.** ¿Tiene conocimiento sobre qué es el Kit de emergencia en casos de violencia sexual?
- 53.1** Si la respuesta es sí, señale si conoce algún caso en donde se haya entregado o no entregado dicho kit.

Anexo 2. Ficha metodológica de grupos focales

CÓDIGO DE GRUPO FOCAL: ooX (A) Lima (B) Cusco (C) Junín (D) Ucayali
Datos generales

1. Número de participantes:
2. Sexo:

Género	Número de personas
Mujeres	
Hombres	
Otros	

3. Edad (Años cumplidos).
4. Distrito, provincia y región.

Datos de población, vivienda e identidad

5. ¿Existe algún vínculo entre las personas participantes? (Amistad, parentesco, laboral, etc.).

VII. Sobre la pandemia por el COVID-19

Datos sobre el contagio por COVID-19

6. ¿Qué información recibió sobre esta enfermedad al inicio de la pandemia y si esta ha variado a la fecha?
7. Sobre el desempeño de su establecimiento de salud más cercano en la atención

por COVID-19 (categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala).

8. Sobre el desempeño de su gobierno local / regional de cara a la pandemia por el COVID1-19 (categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala).
9. ¿A quiénes considera que afectó/impactó principalmente y por qué?
10. ¿Estas afectaciones/impactos persisten actualmente y por qué?

[Reconoce este logo (MINSA/ESSALUD/GORES), si es así, considera que ha estado presente durante la pandemia]

Datos sobre el proceso de vacunación

11. ¿Qué información recibió sobre las vacunas al inicio de la pandemia y si esta ha variado a la fecha?
12. Sobre el desempeño de su establecimiento de salud más cercano/Dirección regional de salud en la vacunación por COVID-19 (categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala)
13. Sobre el desempeño de su gobierno local / regional de cara al proceso de vacunación (categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala)
14. ¿A quiénes considera que benefició/impactó principalmente y por qué?
15. ¿Esos beneficios /impactos persisten actualmente y por qué?

[A considerar: utilizar un video del MINSA/NOTA física o audiovisual sobre el proceso de vacunación al final de cada bloque, para guiar la conversación]

Bono económico y canastas

16. ¿Qué información recibió sobre la entrega de bonos económicos al inicio de la pandemia y si esta ha variado a la fecha?



- 16.1** ¿Consideran que la entrega de dinero fue una herramienta útil en el contexto de la pandemia?
- 17.** ¿Qué información recibió sobre la entrega de canastas al inicio de la pandemia y si esta ha variado a la fecha?
- 17.1** ¿Consideran que todos los productos dentro de la canasta fueron útiles durante el contexto de la pandemia?
- 18.** ¿A quiénes considera que benefició/impactó los bonos y las canastas y por qué?

VIII. Trabajo y labores de cuidado

- 19.** ¿Considera que la dinámica del trabajo ha variado durante la pandemia y por qué?
- 20.** ¿Considera que la dinámica de **trabajo en el hogar** y las labores de cuidado han variado durante la pandemia y por qué?
- 21.** ¿Qué otros aspectos implican las labores de cuidado en la vida de las personas cuidadoras?
- 22.** ¿A quiénes considera que afectó/benefició/impactó estas nuevas dinámicas?
- 22.1** ¿Qué tipo de afectaciones o impactos en la salud física han tenido las personas en esta nueva dinámica?
- 22.2** ¿Qué tipo de afectaciones o impactos en la salud mental han tenido las personas en esta nueva dinámica?
- 22.3** ¿Ha sufrido de los siguientes síntomas? Dolor de cabeza, cansancio crónico, pesadillas constantes o ataques de pánico o ansiedad.
- 22.4** Si la respuesta es sí, ¿considera que estos síntomas son producto de la nueva dinámica de trabajo a causa de la pandemia?
- 23.** ¿Qué medidas considera deben implementarse para mejorar este contexto?

IX. Sobre autonomía y salud sexual en el contexto del COVID-19

24. ¿Qué información recibió sobre salud sexual y reproductiva durante la pandemia?
25. Sobre el desempeño de su establecimiento de salud más cercano en la atención por salud sexual y reproductiva (categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala).
26. ¿A quiénes considera que afectó/impactó principalmente y por qué?
 - 26.1 ¿Estas afectaciones/impactos persisten actualmente y por qué?
 - 26.2 ¿Esas afectaciones/impactos sobre quiénes recaen principalmente? (Categorías: mujeres, hombres, niñas, niños y adolescentes, personas adultas mayores, otros).
27. ¿Se considera que el acceso a planificación familiar y métodos anticonceptivos ha variado durante la pandemia?
28. ¿Se considera que el embarazo no deseado o no planificado ha variado durante la pandemia?

X. Violencia de género

31. ¿Qué información recibió sobre medidas de prevención de la violencia durante la pandemia?
32. ¿Se considera que el contexto de la violencia hacia las mujeres ha variado durante la pandemia?
33. ¿Esas afectaciones/impactos sobre quiénes recaen principalmente? (Categorías: niñas, adolescentes mujeres, mujeres adultas, mujeres adultas mayores).
34. Sobre el desempeño de la Policía Nacional del Perú en la atención por casos de violencia de género (Categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala).

[DESARROLLAR/EJEMPLOS/CASOS]

- 35.** Sobre el desempeño de los Centros de Emergencia Mujer (MIMP) en la atención por casos de violencia de género (Categorías: muy buena, buena, regular, mala y muy mala).

[DESARROLLAR/EJEMPLOS/CASOS]

- 36.** ¿Qué aspectos de la violencia hacia las mujeres ha llamado la atención durante la pandemia? (Noticias, conversaciones, etc.).

Anexo 3. Porcentaje del uso actual de métodos anticonceptivos entre las mujeres de 15 a 49 años de edad actualmente unidas, según ámbito geográfico

Fuente: ENDES 2021 - INEI, 2022.

Ámbito geográfico	Cualquier método	Métodos					
	Total	Total	Métodos modernos		Píldora	DIU	Inyección
			Femenina	Masculina			
Área de residencia							
Urbana	78.0	59.0	11.7	0.2	8.0	2.0	1.9
Rural	78.3	50.1	5.8	0.1	7.3	0.5	2.5
Región Rural							
Costa	78.1	60.3	12.8	0.2	8.2	2.2	1.9
Sierra	79.1	50.7	6.0	0.2	5.3	1.3	1.9
Selva	76.4	54.6	8.2	0.1	10.6	0.4	2.1
Departamento							
Cusco	80.1	53.9	6.5	0.3	5.4	0.6	1.9
Junín	81.2	53.7	6.2	0.0	3.1	0.6	2.5
Lim. Metro 2/	79.0	61.5	11.8	0.4	9.2	2.5	1.9
Dpto. de Lima 3/	74.4	56.3	10.6	0.6	5.4	1.8	2.1
Ucayali	75.4	57.5	9.3	0.1	13.2	0.3	2.1

Nota:

Si ha usado más de un método, solo se considera el más efectivo.

DIU = Dispositivo intrauterino; MELA = Método amenorrea por lactancia.

Ponderado: resultados que recomponen la estructura poblacional.

Sin ponderar: número de mujeres y/o niños entrevistadas en campo.

1/ Test de diferencias de medias: *diferencia significativa ($p < 0.10$) ** Diferencia altamente significativa ($p < 0.01$)

2/ Comprende los 43 distritos que conforman Lima Metropolitana. Según Ley 31140 que modificó la Ley 27962.

3/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huancayo, Ica, Lima, Tarma, Trujillo y Ycaja.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Indicadores de Salud 2021.

Métodos modernos						Métodos tradicionales			
Condominación	Implantes	Condón masculino	Métodos vaginales	Mela	A.O.E	Total	Abstinencia periódica	Métodos folclóricos	No usa
6.5	5.2	15.1	0.1	0.0	0.1	19.0	10.1	0.4	22.0
13.0	5.8	7.6	0.0	0.0	0.0	28.2	17.7	0.9	21.7
7.4	4.8	14.5	0.1	0.0	0.0	17.8	8.1	0.2	21.9
7.0	6.3	14.5	0.0	0.0	0.1	28.5	19.1	0.5	20.9
21.7	5.8	7.7	0.1	0.0	0.0	21.8	14.2	1.4	23.6
5.0	9.7	16.5	0.0	0.0	0.0	26.2	17.4	0.9	19.9
20.5	6.2	17.0	0.0	0.1	0.0	27.6	19.5	0.4	18.8
5.7	5.3	16.6	0.0	0.0	0.0	17.5	7.6	0.3	21.0
21.3	4.7	11.9	0.0	0.0	0.1	18.1	6.9	0.0	25.6
21.9	7.8	4.8	0.0	0.0	0.1	17.9	9.3	2.2	24.6

*Diferencia significativa (p<0.05) ***Diferencia muy altamente significativa (p<0.01)

que modifica la Ley 27783

en Arequipa, Ayacucho, Cuzco, Huancayo, Huaran, Ica, Lima, Moquegua, Puno, Tarma, Trujillo, Uchis, Yauyos. Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

Salud Familiar.

Anexo 4. Porcentaje de adolescentes de 15 a 19 años de edad que ya son madres o que están embarazadas por primera vez, según ámbito geográfico

Fuente: ENDES 2021 - INEI, 2022.

Ámbito geográfico	Adolescentes alguna vez embarazadas		Total alguna vez embarazadas
	Ya son madres	Embarazadas con el primer hijo	
Área de residencia			
Urbana	5,1	2,1	7,2
Rural	12,7	2,9	15,6
Región rural			
Costa	5,7	2,0	7,8
Sierra	6,3	2,0	8,2
Selva	10,9	3,7	14,6
Departamento			
Cusco	4,6	0,0	4,6
Junín	5,8	2,9	8,8
Lim. Metro 1/	3,6	1,2	4,8
Dpto. de Lima 2/	7,0	1,6	8,6
Ucayali	18,3	6,8	25,1
Total 2021	6,6	2,3	8,9
Total 2015-2016	10,1	2,6	12,7

Nota:

Ponderado: resultados que recomponen la estructura poblacional.

Sin ponderar: número de mujeres y/o niños entrevistadas(os) en campo.

1/ Comprende los 43 distritos que conforman Lima Metropolitana. Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

2/ Comprende las provincias: Barranca, Cajatambo, Canta, Cañete, Huaral, Huarochirí, Huaura, Oyón y Yauyos. Según Ley 31140 que modifica la Ley 27783.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.

Anexo 5. Casos por tipo violencia reportados según región priorizada en el año 2021. Fuente: MIMP, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Región Lima

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	153	94	58	37
Psicológica	20 355	16 690	6 045	3 444
Física	16 958	13 673	5 782	3 297
Sexual	6 997	6 563	4 272	4 272
Total	44 461	37 020	16 562	11 050

Región Cusco

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	41	29	20	11
Psicológica	5 847	4 729	1 917	1 048
Física	4 563	4 072	774	445
Sexual	957	916	665	627
Total	11 407	9 746	3 376	2 131

Región Ucayali

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	33	21	20	9
Psicológica	847	768	121	78
Física	1 004	905	219	161
Sexual	472	449	391	368
Total	2 356	2 143	751	616

Región Junín

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	22	17	5	2
Psicológica	3 551	2 946	942	528
Física	3 143	2 694	745	441
Sexual	1 007	944	741	685
Total	7 723	6 601	2 433	1 656

Anexo 6. Casos por tipo violencia reportados por según región priorizada en el año 2022 (Ene. – ABR.). Fuente: MIMP, 2022. Elaboración Arévalo y Rodríguez, 2022.

Región Lima

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	49	39	15	9
Psicológica	6 115	5 089	1 697	985
Física	5 454	4 459	1 782	1 028
Sexual	2 578	2 427	1 718	1 580
Total	14 196	12 014	5 212	3 602

Región Cusco

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	14	10	5	1
Psicológica	1 693	1 351	555	291
Física	1 400	1 263	228	144
Sexual	371	354	233	216
Total	3 478	2 978	1 021	652

Región Ucayali

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	13	8	7	3
Psicológica	359	313	86	54
Física	348	297	102	61
Sexual	210	199	189	178
Total	930	817	384	296

Región Junín

Tipo violencia	Total	Mujeres	NNNA	Niñas
Económica	14	12	7	6
Psicológica	1 152	954	330	179
Física	949	838	215	143
Sexual	380	357	277	257
Total	2 495	360	1 104	656

Anexo 5. Ayuda memoria de hallazgos por región

Región / TEMA	COVID	TRABAJO Y LABORES DE CUIDADO
<p>Cusco</p> <p><i>4 al 7 de octubre</i></p> <p>Entrevistas a dirigentas comunitarias, mujeres indígenas y jóvenes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien hubo poca crítica a la atención en los establecimientos de salud, no se logró encontrar casos positivos y de satisfacción de las personas usuarias. • En algunos casos no se evidenció atención en el idioma correspondiente. • Desatención de otros temas que no sean COVID. • Desconfianza hacia vacunas (5G, “demonio”, impotencia sexual, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de carga de cuidado. • Parejas e hijos se quedan en casa por no poder realizar labores. • Imposibilidad de trabajo productivo y cierre dominical.
<p>Ucayali</p> <p><i>11 al 13 de octubre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas a dirigentas comunitarias, adolescentes y personal del sector público. • Grupos focales a dirigentas comunitarias y líderes juveniles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colapso absoluto y cierre de EESS. Desatención de otros temas que no sean COVID. • Medicación occidental y tradicional. Uso de matico, kion, cebolla y sacha-ajos. • Desconfianza hacia vacunas (5G, “demonio”, impotencia sexual, etc.). • Desatención de personas adultas mayores (iban solas a vacunarse). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de carga de cuidado. • Parejas e hijos se quedan en casa por no poder realizar labores. • Imposibilidad de trabajo productivo y cierre dominical.

AUTONOMÍA Y SALUD SEXUAL	VIOLENCIA	OTROS
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de entrega y asesoría en planificación familiar, pero no uso de ello por temor. • El embarazo adolescente sigue siendo un tema tabú. • Desabastecimiento de medicamentos anticonceptivos y para atención de ITS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Permanencia de hombres en el hogar. Ello impactó en las dinámicas de las mujeres, quienes señalaron sentirse controladas y limitadas en sus actividades por sus parejas. • Aumento de casos de violencia entre hombres y mujeres. Percepción del aumento del consumo de alcohol. • Desconocimiento del kit para la atención de casos de violencia sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción de ineficiencia y poca presencia del GORE y municipios. • Prevalencia de casos no litigados de violencia obstétrica (esterilización forzada). • Necesidad de atención en salud mental.
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad del acceso a las postas médicas por desconfianza del personal y por cierre de establecimientos de salud. • Desabastecimiento de medicamentos • Continuidad de inyección anticonceptiva (preferencia de las mujeres por ampolla de 3 meses). • Seguimiento a familias (casa por casa) por parte de personal de salud en comunidades indígenas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de casos de violencia (familiares agresores) y aumento de niñas y adolescentes embarazadas. • Percepción del aumento en el control del tiempo de las mujeres por parte de sus parejas y familiares. • Desconocimiento del kit de emergencia. • Violencia física y económica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desconocimiento y desinformación sobre bonos y canastas. • Percepción del aumento de corrupción respecto de gobiernos locales y sector salud.

<p>Junín</p> <p><i>18 al 21 de octubre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas a dirigentes comunitarias, mujeres indígenas y personal del sector público. • Grupos focales a personal de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cierre de las fronteras de las comunidades. • Medicación occidental y tradicional. Uso de naranjas, caña, kion, miel. • Desconfianza hacia vacunas (5G, “demonio”, impotencia sexual, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de carga de cuidado. • Imposibilidad de trabajo artesano.
<p>Lima</p> <p><i>26 al 30 de octubre</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Realización de entrevistas a dirigentes comunitarias, jóvenes, académicas y estudiantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa de atención en algunos establecimientos. • Desamparo del sistema de salud por falta de aseguramiento tanto público como privado). • Desatención de otros temas que no sean COVID. • Desconfianza hacia vacunas (5G, “demonio”, impotencia sexual, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de carga de cuidado. • Imposibilidad de continuar dinámicas de trabajo (artesano, productivo, sexual, etc.).

<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a planificación familiar (la más común es ampollas por 3 meses). • Prevalencia de embarazos en niñas y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de casos de violencia sexual, pero no incremento. • Atención con coordinación intercultural, necesidad de capacitación. • Desconocimiento del kit de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de alimentos de QualiWarma y una Tablet por familia por UGEL, gestionado por líder de APAFA (insuficiente). • Percepción de obligatoriedad de la inoculación de la vacuna. • Fortalecimiento del discurso sobre sabiduría en cuidados tradicionales.
<ul style="list-style-type: none"> • No hay acceso por desconfianza del personal y por cierre de establecimientos de salud. • Prevalencia de embarazos en niñas y adolescentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Violencia y hostigamiento hacia mujeres trans / trabajadoras sexuales. • Aumento de casos de violencia (familiares agresores) y aumento de niñas y adolescentes embarazadas. • Desconocimiento del kit de emergencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo a medida de “pico y placa” (reparto de días para salir por género hombre/mujer). • Apoyo por parte de ONG a población vulnerable (mujeres y población trans en situación de pobreza).

7. Bibliografía

ARÉVALO, R. (2021). El acceso a los derechos sexuales y reproductivos en mujeres migrantes. BOLETIN IDEHPUCP. Consultado el 21 de diciembre del 2021. <https://idehpucp.pucp.edu.pe/analisis1/el-acceso-a-los-derechos-sexuales-y-reproductivos-en-mujeres-migrantes/>

ASAMBLEA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. (1969). Convención Americana sobre Derechos Humanos.

ASAMBLEA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos.

BERRA, A. (2012). “La necesidad de promover el acceso de los varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde un enfoque de género y salud”. Boletín de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología, 1.(5). Obtenido de <https://www.flasog.org/static/boletin/2012/Boletin%205%202012.pdf>

BOTERO, D. (2015). “Pensar la ciudadanía en forma de agencia: una apuesta desde el enfoque de las capacidades de Amartya Sen”. Revista Filosofía UIS. 14 (1). pp. 55-72. Consultado el 21 de diciembre del 2020. <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistafilosofiauis/article/view/5177/5492>

BREGAGLIO, R. et.al. (2014). “Políticas públicas con enfoque de derechos humanos en el Perú”. Instituto de Democracia y Derechos Humanos.

CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS. (2020). “Inicia litigio contra Perú en la CIDH por no proveer servicios de salud integral a víctimas de violencia sexual”. <https://reproductiverights.org/press-room/inicia-litigio-contra-peru-en-la-cidh-por-no-proveer-servicios-de-salud-integral>.

CEPAL – UNFPA. (2020). “Los riesgos de la pandemia de COVID-19 para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres”. https://oig.cepal.org/sites/default/files/folleto_ssy_r_esp_o.pdf

CEPAL. (2019). “Enfoque territorial y análisis dinámico de la ruralidad: alcances y límites para el diseño de políticas de desarrollo rural innovadoras en América Latina y el Caribe”. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44905/1/S1900977_es.pdf

CEPAL y otros. (2020). “El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala: entre la invisibilización y la resistencia colectiva”, Documentos de Proyectos(LC/TS.2020/171).

CEPAL. (2021) Informe Especial COVID-19 n.º 9: La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad dado a conocer hoy por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

CIDH. (2018). “Políticas públicas con enfoque de derechos humanos”. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 15 de septiembre de 2018/ [Preparado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos].

CIDH. (2020). Resolución n.º 1/2020. Pandemia y los derechos humanos en

Las Américas. Obtenido de <https://www.oas.org/es/cidh/decisiones/pdf/Resolucion-1-20-es.pdf>

COMITÉ CEDAW. (2002). Observaciones finales del Comité - CEDAW: Perú. (Vols. 23 de agosto de 2002. A/57/38, párr. 454-502.).

COMITÉ CEDAW. (2014). Ref. Informe para la 58 Sesión del Comité de la CEDAW (30 de junio al 18 de julio de 2014) sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva en Perú.

COMITÉ CEDAW. (2015). Recomendación General n.º 33 sobre el acceso de las mujeres a la justicia (CEDAW/C/GC/33). Consulta: 20 de julio de 2021. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2016/10710.pdf>

COMITÉ CEDAW. (2022). Observaciones finales del Comité - CEDAW: Perú.

COMITÉ DESC. (2016). Observación general núm. 22, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) (E/C.12/GC/22).

CORTE IDH. (2017). Sentencia de caso Lagos Del Campo vs. Perú. San José.

COOK, R. y CUSACK, S. (2010). Gender Stereotyping: Transnational Legal Perspectives. (A. Parra, Trad.). University of Pennsylvania Press. (Libro original publicado en 2009). Consulta: el 19 de julio del 2021. https://www.law.utoronto.ca/utfl_file/count/documents/reprohealth/estereotipos-de-genero.pdf.

CORTE IDH. (2012). Caso Artavia Murillo y Otros (“Fecundación In Vitro”) vs. Costa Rica. Sentencia de 28 de noviembre de 2012 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

CORTE IDH. (2016). Caso I.V. vs. Bolivia. Sentencia de 30 de noviembre de 2016 (Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas).

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2020). “Problemática en la atención de casos de violación sexual de niñas, niños y adolescentes en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19”. Lima.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. (2020). “Supervisión a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID-19”. Informe Adjuntía para los Derechos de la Mujer. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>

ERTÜRK, Y. (2006). “Integración de los derechos humanos de la mujer y la perspectiva de género: Violencia contra la mujer: La norma de la debida diligencia como instrumento para la eliminación de la violencia contra la mujer”. Informe de la Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias. (E/CN.4/2006/61) <https://www.refworld.org/es/docid/4d5a65db2.html>

GUTERRES, A. (s.f.). Organización de las Naciones Unidas (ONU). Obtenido de <https://www.un.org/es/coronavirus/articles/mujeres-centro-recuperacion-contra-COVID19>

GARCÍA, R. (2012). Derechos sociales: imprescindibilidad y garantías. Madrid: Editorial Aranzadi, pp. 55-66.

GUZMÁN SANMIGUEL, J.M. (2018). Travestis/mujeres trans en el Caribe Colombiano. Manifiestos hechos cuerpos. Análisis de las intersecciones de género, raza y clase desde vivencias travestis/mujeres trans en el Carmen De Bolívar, Soledad, Atlántico, Ciénaga Magdalena, Maico, Guajira y en Cartagena y Barranquilla 2017 (Licenciatura). Universidad de Cartagena, Cartagena de Indias. Recuperado de: <http://repositorio.unicartagena.edu.co/bitstream/handle/11227/7356/Travestis-Mujeres%20trans.%20Manifiestos%20hechos%20cuerpos-TESIS%20FINAL-%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

HAWIE, I. (2021). La doble pandemia: violencia de género y COVID-19. *Advocatus* (39), 103-113.

HUAITA, M. (2021). “Políticas públicas: conceptos fundamentales” Material de estudio del curso de Diseño de Políticas públicas en Derechos Humanos. Lima: Maestría de Derechos Humanos-PUCP

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2021). Informe Técnico Empleo Nacional Abril-Junio <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-empleo-nacional-abr-may-jun-2021.pdf>

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2022). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2021). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2020.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2020). Estado de la población peruana 2020. Consulta: el 6 de agosto del 2021 https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1743/Libro.pdf

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA. (2017). Censo Nacional de Población y Vivienda 2017.

JASPERS, D. y MONTAÑO, S. (2013). “Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos”. Documentos de Proyectos de la CEPAL (LC/W.558).

MANTILLA, J. (2016). Derecho y perspectiva de género: Un encuentro necesario. *VOX JURIS*, 32 (2), pp. 117–125. <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/VJ/article/view/779/612>

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. (2017). Conceptos fundamentales para la transversalización del enfoque de género. Consulta: 20 de julio de 2021 <https://www.mimp.gob.pe/files/direcciones/dcteg/Folleto-Conceptos-Fundamentales.pdf>

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. (2022). Cartilla sobre casos de violación sexual en el año 2021. Consulta 29 de marzo de 2022. https://portales-tadistico.aurora.gob.pe/wp-content/uploads/2022/01/Violacion_Sexual-Dic_2021.pdf

MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS – MINISTERIO DE LA MUJER Y PO-

BLACIONES VULNERABLES. (2021). “La otra pandemia en casa: Situación y respuestas a la violencia de género durante la pandemia por la COVID-19 en el Perú”.

MINISTERIO DE SALUD. (2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Biblioteca Central del Ministerio de Salud. Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

MINJUS – MIMP. (2021). “La otra pandemia en casa: Situación y respuestas a la violencia de género durante la pandemia por la COVID-19 en el Perú”.

MINSA. (2004). Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Biblioteca Central del Ministerio de Salud. Obtenido de http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/63_guiasnac.pdf

ONU, A. G. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño.

OFICINA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE - LACRO. (2020). Impacto del COVID-19 sobre el acceso a anticonceptivos. Obtenido de https://peru.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/factsheet_peru._impacto_del_COVID_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_2.

ORGANISMO INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (2009). Conocer los derechos fundamentales en el trabajo. San José: OIT.

ONU MUJERES. (2020). COVID-19 en América Latina y el Caribe: cómo incorporar a

las mujeres y la igualdad de género en la gestión de la respuesta a la crisis. Obtenido de <https://www2.unwomen.org/-/media/field%20office%20americas/documentos/publicaciones/2020/03/briefing%20coronavirusv1117032020.pdf?la=es&vs=930>

OPORTO, G. (2018). Informe temático de personas lesbianas, gays, bisexuales y trans (LGBT). Derecho a la igualdad de las personas LGBT en el Perú: perspectivas jurídicas y políticas. PROMSEX. Obtenido de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2018/03/InformeLGBT2018juridico.pdf>

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2021). Salud mental y Covid-19. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/salud-mental-covid-19#:~:text=El%20miedo%2C%20la%20preocupaci%C3%B3n%20y,de%20la%20pandemia%20COVID%2D19.>

PROMSEX. (2021). Informe anual sobre la situación de los derechos humanos de las personas LGTBI en el Perú 2020. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Obtenido de <https://promsex.org/wp-content/uploads/2021/05/InformeAnualDeDerechosHumanosPersonasLGBTI2020.pdf>

RODRÍGUEZ UGOLOTTI, S. (2021). UTRU HORAS: Un análisis de la situación del anticonceptivo oral de emergencia desde los derechos sexuales y reproductivos de las niñas y mujeres en Perú. Obtenido de: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/20072/RODR%c3%8dgUEZ_UGOLOTTI_STEPHANIE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

RODRÍGUEZ UGOLOTTI, S. (2022). Niñas doblemente víctimas en el Abya Yala: Barreras

en la atención a los casos de violación sexual hacia niñas a partir de la jurisprudencia en el sistema interamericano. Obtenido de: https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/21840/RODRIGUEZ_UGOLOTTI_STEPHANIE%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

SALGADO, J. (2009). “Género y derechos humanos”. El género en el derecho. Ensayos críticos, pp. 165–180. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Consulta: 20 de julio de 2021 https://www.oas.org/en/sedi/dsi/docs/genero-derecho_12.pdf

SECRETARÍA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN DE LOS ESTADOS AMERICANOS. (2020). Guía práctica de respuestas inclusivas y con enfoque de derechos ante el COVID-19 en las Américas. Obtenido de http://www.oas.org/es/sadye/publicaciones/GUIA_SPA.pdf

TOBAR, F., GODOY, L., & VENTURA, J. (2020). El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y el Caribe. Oficina Regional de UNFPA. Obtenido de https://lac.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/informe_tecnico._impacto_del_COVID_19_en_el_acceso_a_los_anticonceptivos_en_alc_1.pdf

UNFPA. (2016). Panorama sobre salud sexual y reproductiva. Obtenido de <https://www.unfpa.org/es/salud-sexual-y-reproductiva>

UNFPA. (2020). El impacto de COVID-19 en el acceso a los anticonceptivos en América Latina y El Caribe. Informe Técnico.

El Estudio evidencia cómo los derechos a la salud, trabajo, autonomía sexual y a una vida libre de violencia de las mujeres, se han visto afectados durante el contexto del COVID 19, situación que demanda una pronta atención desde el Estado.

