

◆ ENTRE LA NORMA Y LA REALIDAD ◆



PROYECTO:

◆ “Promoviendo estrategias feministas organizadas para el acceso a la Anticoncepción Oral de emergencia y los DDSSRR en la Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali” ◆

MONITOREO ENTRE LA NORMA Y LA REALIDAD:

El acceso al Kit de Emergencia para la Atención de Casos de Violencia Sexual y a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en Ucayali como parte del derecho a una atención integral. Ucayali, noviembre 2024

Título:

Monitoreo entre la norma y la realidad: El acceso al Kit de Emergencia para la Atención de Casos de Violencia Sexual y a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en Ucayali como parte del derecho a una atención integral.

Editado por:**Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán**

Parque Hernán Velarde 42, Lima 1

E-mail: postmast@flora.org.pe

www.flora.org.pe

Programa de Derechos Sexuales y Ciudadanía en Salud

Proyecto: Promoviendo estrategias organizadas para el acceso a la AOE y los derechos sexuales y reproductivos.

Coordinación:

Eleana Rodríguez Valero

Revisión:

Paola Cruz Flores

Autora

Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán

Con apoyo de: Julia Raquel Martínez Huamán

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de PAI

Diseño y diagramación:

XXXX

Depósito Legal N° XXX

Lima, Enero 2025

Tiraje: XX ejemplares

ISBN: XXX

Hecho en el Perú en Enero 2025

Índice

1. Resumen Ejecutivo.	3
2. Justificación y Antecedentes	4
3. Marco Normativo y Político	5
3.1. Directiva Sanitaria N.º 083-MINSA/2019/DGIESP	5
3.2. Sentencia del Tribunal Constitucional sobre la AOE	5
3.3. Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal (PP 0002)	5
3.4. Alcance institucional	6
4. Objetivos del Monitoreo	6
5. Metodología del Estudio	7
6. Contexto Territorial y Situacional	8
6.1. Situación de la violencia sexual en Ucayali	8
6.2. Datos diferenciados por edad, etnia y distrito	8
6.3. Situación de la entrega del (Kit-AVS) en Coronel Portillo	10
6.4 Situación de la entrega de la AOE Coronel Portillo	12
7. Hallazgos del Monitoreo	13
7.1. Primer Nivel de Atención	13
7.2. Segundo Nivel de Atención	14
7.3. Espacios de Concertación y Comunidad	14
8. Análisis de Brechas y Barreras	16
9. Conclusiones Generales	17
10. Recomendaciones Estratégicas	19
11. Glosario de Siglas y Abreviaturas	20
12. Bibliografía	22

1. Resumen Ejecutivo

Este informe presenta los hallazgos de un estudio de monitoreo participativo desarrollado entre junio y septiembre de 2024 en la provincia de Coronel Portillo, región Ucayali. El objetivo fue evaluar la implementación del Kit de Emergencia para la Atención de Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) y el acceso efectivo a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) en establecimientos públicos del primer y segundo nivel de atención. Este estudio fue impulsado por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, en el marco del proyecto “Promoviendo estrategias organizadas para el acceso a la AOE y los derechos sexuales y reproductivos”, con el propósito de generar evidencia territorializada que contribuya a mejorar la respuesta del sistema de salud frente a situaciones de violencia sexual, especialmente hacia adolescentes, mujeres indígenas y población LGTBIQ+. Para ello, se aplicó una metodología cualitativa y participativa, que combinó entrevistas a personal de salud, funcionariado regional, integrantes de la Instancia Regional de Concertación y liderazgos comunitarios, junto con visitas de observación a seis establecimientos de salud. Asimismo, se desarrollaron grupos focales con agentes comunitarias, jóvenes indígenas y personas LGTBIQ+, lo cual permitió recoger las percepciones de quienes enfrentan mayores barreras para acceder a estos servicios. La selección de establecimientos respondió a criterios como la cobertura poblacional, el historial de atención a víctimas y la distribución territorial.

Entre los principales hallazgos, se identificó una brecha significativa entre la demanda y la atención brindada. Entre enero y septiembre de 2024, se registraron 226 casos de violación sexual en niñas y adolescentes; sin embargo, solo se entregaron 78 Kits-AVS, lo que representa una cobertura del 34.5%. A ello se suman episodios de desabastecimiento de AOE registrados en varios establecimientos, especialmente entre abril y mayo. Si bien en algunos casos se recurrió al método Yuzpe como alternativa, no siempre se dejó registro adecuado en los sistemas oficiales. Además, se evidenció una preocupante falta de capacitación del personal de salud. El 100% del personal entrevistado en el primer nivel de atención y el 67% en el segundo nivel señaló no haber recibido formación reciente sobre atención a víctimas ni sobre el uso del Kit-AVS. Esta brecha se traduce en decisiones clínicas influenciadas por mitos, estigmas y prejuicios, particularmente en relación al acceso de adolescentes a la AOE. Esta situación es aún más crítica si se considera que el embarazo adolescente en Ucayali alcanza el 19.2%, muy por encima del promedio nacional de 8.9%, según la ENDES 2023. Por otro lado, el análisis evidencia marcadas desigualdades entre establecimientos. Mientras algunos hospitales, como el Amazónico de Yarina, han logrado fortalecer su articulación interna a través de comités de vigilancia, otros centros aún carecen de protocolos formales o mantienen una débil coordinación con los Centros de Emergencia Mujer. Desde las comunidades, lideresas indígenas, juventudes organizadas y agentes comunitarias coinciden en señalar múltiples barreras estructurales y culturales: la desinformación, el temor a ser juzgadas, la exigencia de denuncia previa, la distancia geográfica y la falta de atención en lenguas originarias o con pertinencia cultural.

Frente a este panorama, el informe recomienda fortalecer la articulación intersectorial en el marco de la Instancia Regional de Concertación; garantizar el abastecimiento sostenido del Kit-AVS y de la AOE; implementar un plan anual de capacitación con enfoque de derechos; y mejorar los sistemas de registro. Finalmente, se propone promover campañas comunitarias lideradas por agentes locales, que acerquen información clara y combatan los estigmas que aún limitan el ejercicio pleno de los derechos sexuales y reproductivos.

2. Justificación y Antecedentes

La violencia sexual continúa siendo una grave vulneración de derechos humanos que afecta desproporcionadamente a niñas, adolescentes y mujeres en el Perú, especialmente en regiones con alta desigualdad estructural, como Ucayali. Solo en el año 2023, se reportaron 324 casos de violación sexual en niñas, niños y adolescentes (NNA) en la región, siendo las adolescentes mujeres de 12 a 17 años el grupo más afectado, con un 83% del total de casos. Esta tendencia se mantuvo durante el 2024, con 226 casos reportados hasta septiembre de ese año, de los cuales la gran mayoría también correspondió a adolescentes mujeres (PNA-MIMP, 2024). Frente a esta realidad, el acceso a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) como insumo esencial para prevenir embarazos forzados se torna un componente clave del derecho a la salud sexual y reproductiva. La AOE es parte del Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS), cuya entrega y disponibilidad está regulada por la Directiva Sanitaria N.° 083-MINSA/2019/DGIESP. Sin embargo, persisten brechas significativas: en el ámbito nacional, solo el 23.4% de víctimas accedió al Kit-AVS entre 2019 y 2023, y en Ucayali la cifra fue 29.9% (Ojo Público, 2023).

Estas cifras revelan un patrón sistemático de incumplimiento de las políticas públicas que deben garantizar atención oportuna, acceso a insumos críticos y restitución de derechos. A esto se suma que, aunque la AOE también forma parte de la oferta gratuita de métodos anticonceptivos en los establecimientos públicos de salud (MINSA, 2016), su distribución efectiva se ve limitada por periodos de desabastecimiento, desinformación, estigma hacia las adolescentes y prejuicios persistentes del personal de salud, especialmente en relación con supuestos efectos abortivos (IDEHPUCP, 2023; Planned Parenthood Global, 2024). En este contexto, el monitoreo de la implementación de la AOE, tanto como método anticonceptivo de emergencia como parte del Kit-AVS, constituye una herramienta estratégica para visibilizar brechas, promover mejoras en la gestión pública y exigir el cumplimiento de las obligaciones estatales en materia de derechos sexuales y reproductivos (Di Virgilio y Solano, 2012).

En este contexto, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán es una organización feminista con amplia trayectoria nacional, cuyo quehacer institucional se enfoca en promover la igualdad de género, defender los derechos humanos de las mujeres y contribuir a la transformación de las condiciones estructurales que reproducen la violencia y la discriminación. Desde hace más de 46 años, ha desarrollado acciones de incidencia política, formación, comunicación y servicios, con énfasis en la articulación entre actores estatales y comunitarios. En Ucayali, el CMP Flora Tristán impulsa estrategias de vigilancia ciudadana feminista, articuladas a liderazgos indígenas, agentes comunitarias de salud, jóvenes activistas y representantes de organizaciones LGBTQ+, en territorios donde las condiciones de acceso a derechos son desiguales. Estas estrategias buscan fortalecer las capacidades locales para la exigibilidad del derecho a decidir, el acceso a servicios de salud sin discriminación y la prevención de la violencia sexual. Y en el marco del proyecto “Promoviendo estrategias feministas organizadas para el acceso a la Anticoncepción Oral de Emergencia y los DDSSRR en la Provincia de Coronel Portillo, Región Ucayali”, se ha desarrollado un proceso participativo que combina investigación aplicada, vigilancia comunitaria y producción de evidencia territorializada. Este informe forma parte de dicho proceso y busca incidir en las autoridades regionales, equipos de salud y espacios multisectoriales como la Instancia Regional de Concertación, para mejorar la disponibilidad del Kit-AVS y garantizar el acceso oportuno a la AOE.

La construcción de evidencia desde los territorios, con enfoque feminista e intercultural, permite no solo detectar brechas en la implementación de políticas públicas, sino también reconocer los

saberes y propuestas de las mujeres organizadas, liderazgos comunitarios y juventudes, fortaleciendo así el enfoque de derechos en la gestión pública.

3. Marco Normativo y Político

La implementación del Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) y el acceso a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) están respaldados por un marco normativo y presupuestal específico. Este capítulo presenta las disposiciones legales, sentencias y políticas públicas clave que sustentan su obligatoriedad y garantizan su financiamiento. Además, se describen los actores institucionales involucrados en su ejecución a nivel nacional y regional.

3.1 Directiva Sanitaria N.º 083-MINSA/2019/DGIESP sobre el Kit-AVS. La Directiva Sanitaria N.º 083-MINSA/2019/DGIESP regula el uso del Kit para la Atención de Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS), el cual incluye insumos clave como la anticoncepción oral de emergencia (AOE), antirretrovirales, pruebas rápidas de ITS y otros medicamentos. Su implementación es obligatoria en todos los establecimientos de salud del MINSA, y es referencial para otras entidades prestadoras. Esta directiva establece los protocolos clínicos y administrativos para brindar una atención integral, oportuna y sin revictimización a las víctimas de violencia sexual.

3.2 Sentencia del Tribunal Constitucional sobre la AOE (2023). En marzo de 2023, el Tribunal Constitucional del Perú emitió una sentencia histórica que ordena la distribución gratuita y universal de la AOE, reconociendo que este método no es abortivo y que su negación vulnera los derechos a la igualdad, la salud y la información de las mujeres y adolescentes. El fallo reafirma la obligación del Estado de garantizar el acceso a la AOE, tanto como método de planificación familiar como parte del Kit-AVS en casos de violación sexual, consolidando su uso dentro del marco de derechos reproductivos (IDEHPUCP, 2023).

3.3 Programa Presupuestal Salud Materno-Neonatal (PP 0002). El acceso a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) también está respaldado por el Programa Presupuestal 0002 “Salud Materno Neonatal”, el cual constituye uno de los principales instrumentos de asignación y ejecución de recursos para la prevención del embarazo no intencional. En particular, este programa incluye el producto específico denominado “Adolescentes acceden a servicios de salud para prevención del embarazo”, a través del cual se financia la actividad 5000058: “Brindar servicios de salud para prevención del embarazo en adolescentes”. Esta actividad contempla la provisión de métodos anticonceptivos, entre ellos la AOE, en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención (Ministerio de Economía y Finanzas, 2023).

En ese marco, el monitoreo también revisó el presupuesto asignado y el nivel de ejecución de recursos vinculados al Programa Presupuestal 0002 en los establecimientos de salud del primer nivel de atención (categorías I-1 a I-4), así como en los dos hospitales del segundo nivel bajo responsabilidad de la Dirección Regional de Salud de Ucayali (DIRESAU). Las unidades ejecutoras analizadas fueron la Región de Salud Ucayali y la Red de Salud N.º 1 Coronel Portillo. Llama poderosamente la atención la diferencia entre los montos programados para ambas ejecutoras, considerando que ambas gestionan redes importantes del primer nivel. La Región de Salud Ucayali cuenta con un presupuesto asignado de S/ 244,541.00 y tiene a su cargo 87 establecimientos de salud del primer nivel; en contraste, la Red de Salud N.º 1 Coronel Portillo, con 70 establecimientos bajo su responsabilidad, solo tiene asignado un presupuesto de S/ 7,629.00. Esta disparidad no parece guardar relación proporcional con la cantidad de establecimientos ni con la población objetivo, lo que sugiere la necesidad de revisar los criterios de asignación presupuestal. Asimismo, al comparar los recursos asignados a los dos hospitales de segundo nivel de la DIRESAU, se observa una situación similar. Mientras que el Hospital

Regional de Pucallpa cuenta con un presupuesto de apenas S/ 7,760.00, el Hospital Amazónico de Yarina recibió S/ 247,353.00 para el mismo fin. Esta diferencia es particularmente relevante si se considera que ambos hospitales son referentes regionales y deberían contar con recursos equivalentes para brindar servicios integrales de salud sexual y reproductiva, incluyendo la entrega del Kit-AVS y la AOE.

Estas desigualdades en la programación presupuestal, tanto entre redes como entre hospitales, limitan las capacidades reales de respuesta de los establecimientos de salud, en especial aquellos del primer nivel, que suelen ser la puerta de entrada para las adolescentes y mujeres en situación de emergencia. Por ello, resulta fundamental que el Gobierno Regional de Ucayali y el Ministerio de Salud evalúen los criterios de distribución y aseguren una asignación equitativa y orientada a resultados en salud pública.

3.4 Alcance institucional. La implementación efectiva de la AOE y del Kit-AVS involucra a múltiples entidades:

- MINSa: entidad rectora del sistema de salud y responsable de emitir normas técnicas y garantizar la provisión de insumos.
- DIRESAU: ejecutora regional encargada de implementar las directivas del MINSa en Ucayali y monitorear su cumplimiento.
- EsSalud: aunque no está bajo el ámbito del MINSa, ha iniciado procesos de adecuación para implementar el Kit-AVS en sus hospitales.
- Centros de Emergencia Mujer (CEM): del MIMP, que articulan con los EESS para activar la atención integral en casos de violencia sexual, incluyendo el acceso al Kit-AVS y la AOE.

Este marco normativo e institucional constituye la base legal y operativa para garantizar el derecho a una atención en salud oportuna y con enfoque de derechos en casos de violencia sexual.

4. Objetivos del Monitoreo

El monitoreo de la implementación de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) como parte del Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) se enmarca en el ejercicio del derecho a la vigilancia ciudadana, con el propósito de contribuir a la mejora de la respuesta institucional en salud frente a situaciones de violencia sexual.

Objetivo general: Evaluar el nivel de implementación de la AOE como insumo anticonceptivo y componente del Kit-AVS en establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención en la provincia de Coronel Portillo (Ucayali), identificando brechas, barreras y oportunidades de mejora en el acceso efectivo por parte de niñas, adolescentes, mujeres y población LGTBIQ+.

Objetivos específicos

- Analizar el cumplimiento de la Directiva Sanitaria N.º 083-MINSa/2019/DGIESP en relación con la disponibilidad, organización y uso del Kit-AVS en los establecimientos de salud del ámbito monitoreado.
- Recoger percepciones y experiencias del personal de salud, autoridades sanitarias, liderazgos comunitarios y actores clave sobre el acceso, la consejería y los obstáculos para la entrega de la AOE y del Kit-AVS.
- Identificar barreras institucionales, culturales y logísticas que limitan el acceso oportuno a la AOE, especialmente en adolescentes, mujeres indígenas y población de comunidades alejadas.

- Generar recomendaciones técnicas y políticas dirigidas a mejorar la implementación del Kit-AVS, garantizar el abastecimiento sostenido de AOE y fortalecer las capacidades de los servicios de salud con enfoque de derechos, interculturalidad y no discriminación.

5. Metodología del Estudio

El presente monitoreo se desarrolló con el propósito de generar evidencia desde el territorio sobre el nivel de implementación de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) y del Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS), con enfoque de derechos, interseccionalidad y vigilancia ciudadana feminista. Para ello, se empleó una metodología cualitativa, participativa y territorializada.

5.1 Diseño metodológico

Se adoptó un enfoque de investigación para la acción orientado a incidir en la mejora de políticas públicas vinculadas a la salud sexual y reproductiva. La metodología combinó el análisis de datos secundarios con la recolección de información primaria a través de técnicas cualitativas, recogiendo tanto el nivel de implementación normativa como las percepciones, barreras y buenas prácticas en la atención a víctimas de violencia sexual. Este diseño permitió visibilizar no solo el cumplimiento técnico de las normas, sino también los factores institucionales, culturales y comunitarios que condicionan el acceso real a la AOE como parte del Kit-AVS.

5.2 Técnicas de recolección de información

Se aplicaron las siguientes técnicas cualitativas:

- Entrevistas semiestructuradas a personal de salud del primer y segundo nivel, funcionarios de salud pública y miembros de espacios de concertación intersectorial.
- Grupos focales con lideresas juveniles indígenas y mestizas, representantes de la comunidad LGTBQ+ y agentes comunitarias de salud.
- Guías de observación directa en establecimientos de salud, para verificar disponibilidad, ubicación, rotulado y fecha de vencimiento de los insumos del Kit-AVS.
- Revisión documentaria de normativas, reportes estadísticos oficiales (DIRESAU, PNA, MINSA), registros presupuestales y plataformas de denuncia (SiseVe).

5.3 Instrumentos aplicados y selección de actores

Los instrumentos se diseñaron considerando los distintos perfiles y roles de actorías involucrados en la atención y vigilancia del derecho a la salud sexual y reproductiva. Se aplicaron:

- 11 entrevistas a proveedoras/es de salud del primer y segundo nivel de atención.
- 1 entrevista a la coordinadora regional de la Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva (ESSSR).
- 4 entrevistas a integrantes de la Instancia Regional de Concertación (IRC-U).
- 3 grupos focales: con lideresas juveniles indígenas, liderazgos LGTBQ+ y ACS de zonas urbanas y rurales.
- 6 guías de observación aplicadas en hospitales y centros de salud.

La selección fue intencionada y por conveniencia, considerando criterios de conocimiento del tema, experiencia en atención directa, diversidad territorial, pertenencia étnica y vinculación institucional.

5.4 Criterios de selección de EESS monitoreados

Se priorizaron establecimientos de salud del primer y segundo nivel con alta concentración de población femenina en edad fértil (MEF), historial de atención a víctimas de violencia sexual, y cobertura territorial estratégica en los distritos de Callería, Manantay y Yarinacocha (provincia de Coronel Portillo).

Los EESS seleccionados fueron:

- Primer nivel: C.S. San Fernando (I-4), C.S. 9 de Octubre (I-4), y C.S. Nuevo Paraíso (I-3).
- Segundo nivel: Hospital Regional de Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarina y Hospital EsSalud de Pucallpa.

Estos establecimientos atienden zonas tanto urbanas como periféricas, incluyendo población indígena y zonas de alto riesgo.

5.5 Cobertura poblacional

Los establecimientos monitoreados atienden a un total de 41,115 mujeres en edad fértil (MEF) y a 86,060 personas de la población general, lo que representa aproximadamente el 18% del total poblacional de la provincia de Coronel Portillo (232,409 MEF y 486,884 en total, según DIRESAU 2024). Esta cobertura se considera representativa para analizar la implementación del Kit-AVS y el acceso a la AOE en el territorio.

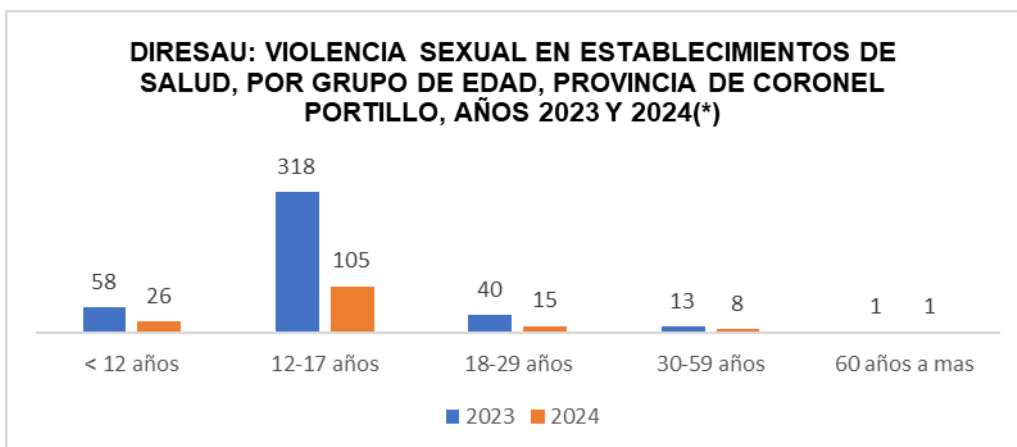
6. Contexto Territorial y Situacional

La provincia de Coronel Portillo, en la región Ucayali, enfrenta una problemática persistente y estructural relacionada con la violencia sexual, cuyas implicancias sobre la salud, la integridad física y emocional, y el ejercicio de derechos de niñas, adolescentes, mujeres y personas LGTBIQ+ son graves. Esta situación requiere una intervención integral del Estado, con énfasis en la garantía de servicios de salud accesibles, oportunos y culturalmente adecuados, incluyendo el acceso a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE) y al Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS).

6.1 Situación de la violencia sexual en Ucayali (2023–2024)

La violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes (NNA) continúa siendo una problemática crítica en la región Ucayali. De acuerdo con datos del Programa Nacional Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Aurora – MIMP), en el año 2023 se reportaron 324 casos de violación sexual en este grupo, y en el 2024, hasta el mes de septiembre, ya se habían registrado 245 casos adicionales. Dentro de estos, las adolescentes mujeres entre 12 y 17 años fueron el grupo mayoritario de víctimas, representando el 83% de los casos en este grupo etario. Asimismo, según Aurora – MIMP, el total de casos de violencia sexual hacia personas de 0 a 17 años en toda la región durante el 2024 fue de 758, de los cuales el 67% correspondió a adolescentes entre 12 y 17 años, lo que confirma su alta exposición y vulnerabilidad frente a este tipo de violencia.

Los datos reportados por la Dirección Regional de Salud de Ucayali (DIRESAU) para la provincia de Coronel Portillo refuerzan esta tendencia. En 2023 se registraron 430 casos, con 318 (74%) de ellos afectando a adolescentes. En el periodo enero a septiembre de 2024, se reportaron 155 casos, de los cuales 105 (57%) correspondieron a adolescentes. Aunque la cifra total bajó en comparación al año anterior, se mantiene la alta proporción de afectación en personas adolescentes, especialmente mujeres. A nivel educativo, la plataforma SiseVe del Ministerio de Educación (MINEDU) registró 81 casos de violencia sexual en instituciones educativas de la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL) Coronel Portillo en 2024. Las modalidades más frecuentes fueron los tocamientos de connotación sexual (57%) y la violación sexual (4%), lo que subraya la necesidad urgente de fortalecer la prevención desde el ámbito escolar y comunitario. Estos datos reflejan no solo la magnitud del problema, sino también los desafíos que enfrentan las familias, comunidades y servicios públicos para brindar una respuesta articulada, eficaz y con enfoque de derechos.



Fuente: Dirección de Estadística e Informática -DIRESAU, 2023 y enero a septiembre 2024

6.2 Datos diferenciados por edad, pertenencia étnica y distrito

El análisis desagregado por grupo étnico y edad aporta una mirada más precisa sobre las desigualdades en la afectación. Según datos de la DIRESAU para el año 2023, de los 430 casos de violencia sexual registrados en la provincia de Coronel Portillo, el 91.6% de las víctimas fueron mujeres mestizas, mientras que 36 casos correspondieron a mujeres indígenas, de las cuales el 56% (20) pertenecía a la etnia Shipibo-Konibo.

Grupo Étnico	< 12 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	60 años a más	Total, general	%
ASHENINKA		5				5	1.1%
AWAJÚN		4				4	1.0%
MESTIZO	53	292	35	13	1	394	91.6%
OTRO		1	2			3	0.5%
SHIPIBO-KONIBO	5	15				20	4.8%
SHIWILU		1	3			4	1,0%
Total, general	58	318	40	13	1	430	100%

Grupo Étnico	< 12 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	60 años a mas	Total, general	%
ASHANINKA		1				1	0.6%
MADIJA		1				1	0.6%
MESTIZO	25	98	13	6	1	143	92.3%
SHIPIBO-KONIBO	1	5	2	2		10	6.5%
Total, general	26	105	15	8	1	155	100%

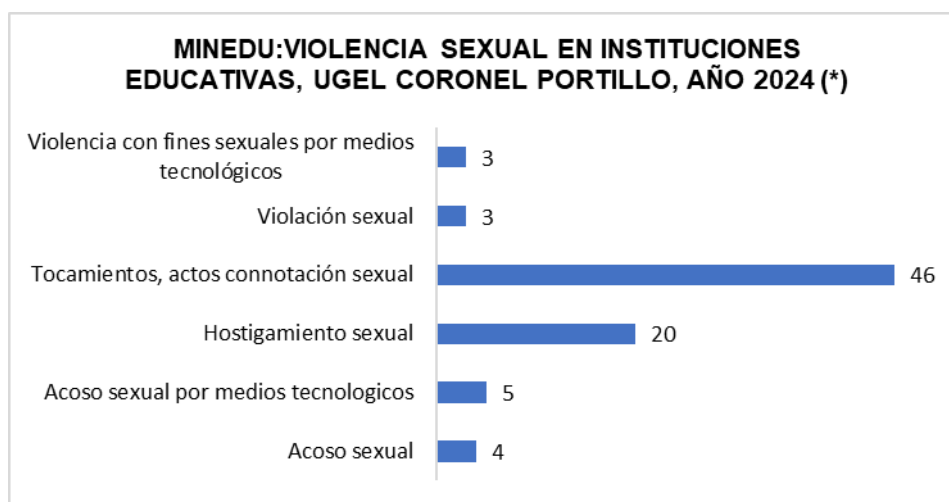
En el periodo enero a septiembre de 2024, se reportaron 155 casos de violencia sexual en los establecimientos de salud de la provincia. De estos, 12 casos correspondieron a mujeres indígenas, y el 83% (10 casos) fueron de la etnia Shipibo-Konibo, siendo nuevamente el grupo de 12 a 17 años el más afectado.

Estos datos no solo reflejan una mayor exposición a situaciones de violencia, sino también una mejora en las capacidades de denuncia y articulación institucional, producto del trabajo organizativo y comunitario desarrollado con mujeres Shipibo-Konibo. Es importante considerar, además, que esta población indígena tiene una alta presencia en zonas urbanas y periurbanas

como Callería, Manantay y Yarinacocha, distritos con mayor densidad poblacional, presencia institucional y vías de acceso. No obstante, los casos en distritos rurales tienden a ser invisibilizados por la limitada presencia de servicios públicos, barreras geográficas y escaso registro oficial.

Por tanto, el análisis conjunto de los datos por edad, etnicidad y territorio muestra que las adolescentes mujeres, en especial indígenas, continúan siendo el grupo más expuesto a la violencia sexual. Esto refuerza la necesidad de políticas públicas con enfoque interseccional que atiendan las barreras estructurales y culturales que enfrentan, garantizando acceso a información, servicios de atención oportuna y justicia sin discriminación.

A nivel educativo, la plataforma SiseVe del Ministerio de Educación reportó 81 casos de violencia sexual en instituciones educativas de la UGEL Coronel Portillo en 2024. Entre las modalidades más frecuentes se encuentran los tocamientos de connotación sexual (57%) y la violación sexual (4%), lo cual subraya la urgencia de fortalecer la prevención desde el ámbito escolar. Estos datos reflejan no solo la magnitud de la problemática, sino también el desafío que enfrentan las familias, comunidades y servicios públicos para brindar una respuesta articulada, efectiva y con enfoque de derechos.

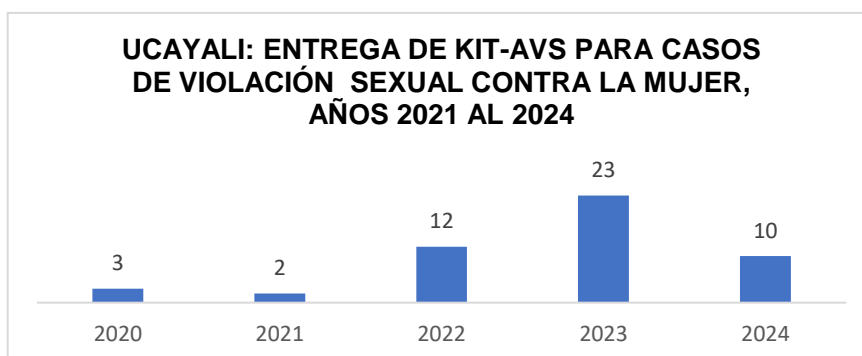


6.3.1 Situación de la entrega del Kit de Emergencia para la Atención de Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) en Coronel Portillo.

El Kit de Emergencia para la Atención de Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) forma parte del protocolo obligatorio para la atención a víctimas de violación sexual. Este debe estar disponible tanto en los servicios de emergencia de hospitales como en los ambientes de atención de los establecimientos de salud del primer nivel (consultorios o tópicos).

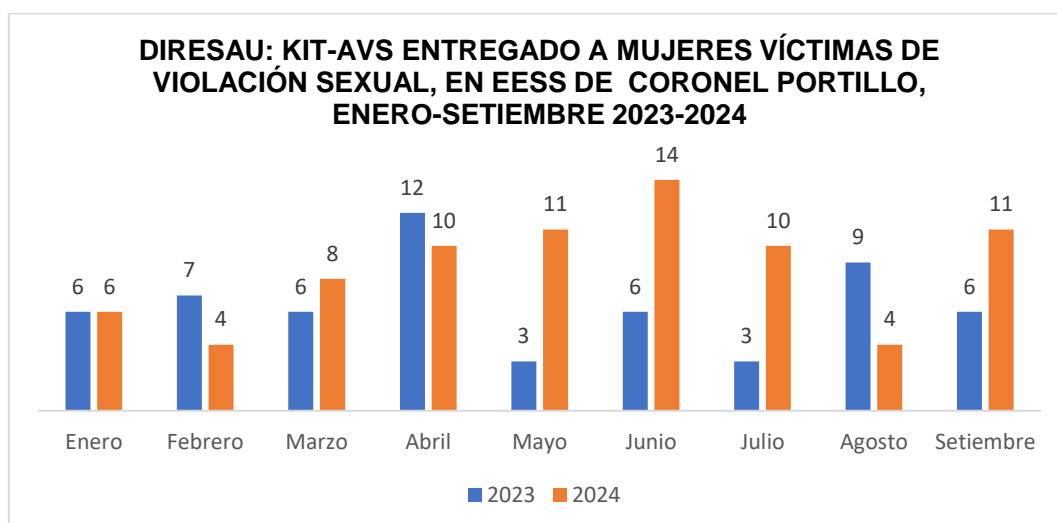
Sin embargo, según el Ministerio de Salud (MINS), entre 2019 y 2023, solo el 23.4% de víctimas de violación sexual a nivel nacional accedieron a un Kit-AVS. En la región Ucayali, este porcentaje fue ligeramente mayor, con un 29.9% (Ojo Público, 2023).

De acuerdo con datos de la Dirección de Estadística e Informática de la DIRESAU, la entrega de Kits-AVS ha mostrado una tendencia creciente en los últimos años. No obstante, durante el 2024 se observa una disminución significativa, sin lograr cubrir la demanda real de niñas, adolescentes y mujeres víctimas de violencia sexual.



Fuente: Dirección de Estadística e Informática de la DIRESAU. Enero-setiembre 2024

Paralelamente, información consolidada por la Dirección de Estadística e Informática de la DIRESAU, la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva- (ESSR) del MINSA y sus pares regionales han implementado un sistema de registro en línea (drive compartido) para el reporte oportuno de la entrega de Kits-AVS por parte de las coordinadoras ESSR de cada establecimiento. Sin embargo, esta herramienta no registra datos clave como edad o pertenencia étnica, y se utiliza debido a las limitaciones operativas del sistema oficial HISMINSA. Según la ESSR de la DIRESAU, entre enero y septiembre de 2024 se han entregado 78 Kits-AVS, frente a los 58 reportados en el mismo periodo de 2023. Si bien estos datos no coinciden con los registros de la Dirección de Estadística, la ESSR considera que su fuente es más cercana a la realidad, dado que se alimenta directamente desde los hospitales del segundo nivel, donde se concentra la mayor parte de atenciones.



Fuente: Estrategia sanitaria de salud sexual y reproductiva DIRESAU

En cuanto a los hospitales de referencia en la provincia, se evidencia una marcada diferencia en el nivel de respuesta. El Hospital Amazónico de Yarinacocha, gracias a la conformación de un Comité de Vigilancia Institucional (conformado por el Director Ejecutivo, jefaturas de Pediatría, Gineco-Obstetricia, Emergencia, Farmacia, y responsables de salud mental e ITS-VIH), ha logrado articular procesos ágiles de atención. Por el contrario, el Hospital Regional de Pucallpa muestra escasa entrega de Kits-AVS y deficiencias en el registro de atenciones, a pesar de ser un centro

de referencia regional. En el caso del Hospital EsSalud de Pucallpa, no se reportan entregas debido a que la implementación del kit recién se inició en los últimos meses del año.

ENTREGA DE KIT DE VIOLENCIA EN HOSPITALES REFERENCIALES DE CORONEL PORTILLO, POR AÑO Y GRUPO DE EDAD-AÑOS 2023 Y 2024(*)

Hospital Amazónico de Yarina		
Grupo de edad	Año 2023	Año 2024
<12 años	5	5
12-17 años	18	25
18-29 años	12	10
30-59 años	2	1
Total	37	41

Fuente: Estadística del HAY

Hospital Regional de Pucallpa		
Grupo de edad	Año 2023	Año 2024
<12 años	0	0
12-17 años	1	1
18-29 años	1	3
30-59 años	0	0
Total	2	4

Fuente: Estadística del HRP

(*) Corresponde a los meses de enero a septiembre 2024

Al contrastar estos datos con los reportes del Programa Nacional Aurora del MIMP, que registró 226 casos de violación sexual en niñas y adolescentes de 0 a 17 años entre enero y septiembre de 2024, se concluye que solo el 34.5% accedieron al Kit-AVS, evidenciando una grave omisión del sistema de salud en garantizar una atención integral y oportuna.

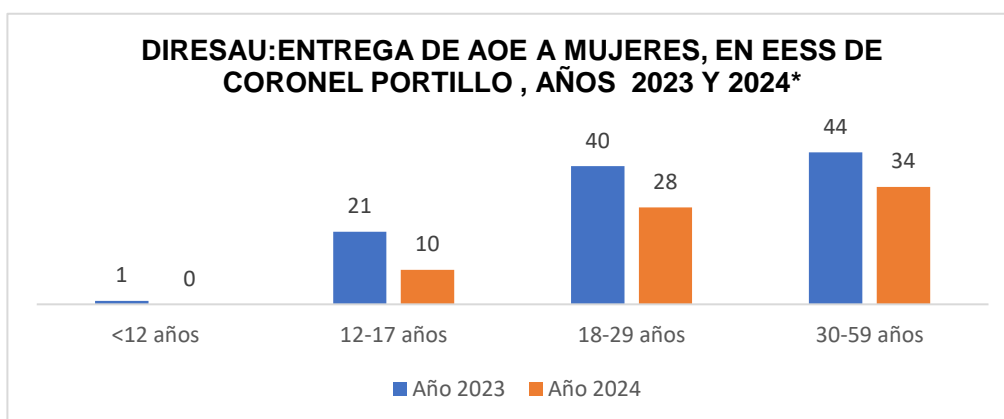
Esto pone de manifiesto la necesidad urgente de mejorar la articulación interinstitucional y fortalecer la capacidad operativa de los establecimientos de salud, a fin de prevenir embarazos forzados e infecciones de transmisión sexual en víctimas de violencia sexual en la provincia de Coronel Portillo.

6.4 Situación de la entrega de la Anticoncepción Oral de Emergencia -AOE en Coronel Portillo

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud N.º 124-2016-V01 de Planificación Familiar, aprobada mediante Resolución Ministerial N.º 536-2017/MINSA, la anticoncepción oral de emergencia (AOE) forma parte del paquete de métodos anticonceptivos gratuitos ofrecidos por los establecimientos públicos de salud. La AOE está indicada cuando se han mantenido relaciones sexuales sin protección, en casos de violación sexual o cuando ocurre un fallo del método anticonceptivo utilizado. Su eficacia es mayor cuanto antes se administre, idealmente dentro de las 72 horas posteriores al evento, y siempre previa consejería.

Durante el año 2023 y el periodo enero–septiembre 2024, los registros muestran una disminución significativa en la entrega de AOE, atribuida a un desabastecimiento en los primeros meses del 2024, causado por una programación inadecuada. En su lugar, se utilizó el método Yuzpe (dos dosis de anticonceptivos orales combinados), cuya administración no queda registrada como AOE en los sistemas oficiales.

Según el registro de la DIRESAU, los grupos con mayor demanda de AOE son mujeres jóvenes (18–29 años) y adultas (30–59 años). Por el contrario, el uso en adolescentes es muy bajo, lo que podría estar relacionado con falta de información, prejuicios del personal de salud y estigmas persistentes.



En cuanto a la distribución por grupo étnico, en 2023 el 94% de las usuarias eran mestizas, y solo el 6% pertenecía a la etnia Shipibo-Konibo. Además, el 83% de las usuarias estaban entre los 18 y 59 años, lo que confirma que las adolescentes y mujeres indígenas acceden en menor proporción a este método.

ENTREGA DE AOE A MUJERES DE LA PROVINCIA DE CORONEL PORTILLO, POR GRUPO ÉTNICO Y EDADES-2023

Grupo Étnico	< 12 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	Total general
MESTIZO	1	18	37	44	100
SHIPIBO-KONIBO	0	3	3	0	6
Total general	1	21	40	44	106

Fuente: Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA

Para 2024 (enero–septiembre), aunque el total de entregas fue menor al año anterior, se registró un aumento de casos en niñas menores de 12 años (14%), lo que se asocia directamente a violaciones sexuales. Asimismo, se observa la presencia de otros grupos étnicos previamente invisibilizados (8%), reflejando tanto una mejora en el registro de datos étnicos por parte de DIRESAU como el impacto de la difusión del derecho a recibir la AOE de forma gratuita y con consejería adecuada.

ENTREGA DE AOE A MUJERES DE LA PROVINCIA DE CORONEL PORTILLO, POR GRUPO ÉTNICO Y EDADES-2024

Grupo Étnico	< 12 años	12-17 años	18-29 años	30-59 años	Total general
MESTIZO	9	24	33	0	66
ASHANINKA	0	0	1	0	1
CASHINAHUA			1		1
KAKTAIBO				1	1
SHIPIBO-KONIBO	1				1
OTROS			2		2
Total general	10	24	37	1	72

Fuente: Dirección de Estadística e Informática de la DIRESA (enero-setiembre 2024)

7. Hallazgos del Monitoreo

7.1 En el primer Nivel de Atención

El monitoreo incluyó tres establecimientos de salud del primer nivel de atención: el Centro de Salud San Fernando (I-4), el Centro de Salud 9 de Octubre (I-4) y el Centro de Salud Nuevo Paraíso (I-3). Estos centros brindan atención directa a aproximadamente el 66% de las mujeres en edad fértil (MEF).

a) Disponibilidad del Kit-AVS y la AOE

Las proveedoras de los tres establecimientos monitoreados señalaron que sí cuentan con al menos 01 Kit-AVS disponible, ubicado principalmente en los servicios de emergencia obstétrica, junto con otros medicamentos esenciales. Todas confirmaron la disponibilidad actual de la AOE, aunque mencionaron episodios de desabastecimiento entre abril y mayo de 2024, lo cual afectó su entrega oportuna a las usuarias.

“Sí tenemos el Kit, pero hubo semanas que no teníamos AOE ni antirretrovirales. Nos llegaron con fechas muy próximas al vencimiento.” C.S. Nuevo Paraíso

b) Capacitación y barreras identificadas

Pese a ser la primera línea de atención, el 100% de las proveedoras entrevistadas indicó no haber recibido capacitación durante el 2024 sobre la entrega del Kit-AVS ni sobre la AOE como método anticonceptivo de emergencia. Solo una de ellas señaló haber recibido alguna forma de asistencia técnica puntual.

Entre las principales barreras institucionales identificadas destacan:

60%: Desconocimiento del Kit-AVS entre médicos y enfermeras.

40%: Desabastecimiento de insumos, especialmente AOE.

20%: Falta de capacitaciones para el equipo multidisciplinario.

Los principales obstáculos reportados se resumen en el siguiente gráfico:

“Yo creo que es el desconocimiento. Nosotras (las obstetras) sí sabemos del Kit, pero a veces las chicas entran por emergencia y el médico no lo aplica porque no lo conoce.” C.S. San Fernando

“Las capacitaciones llegan a veces solo para jefes o encargadas, pero el equipo completo necesita conocer esta ruta. Es sensible y requiere reacción rápida.” C.S. 9 de Octubre

c) Coordinación con los Centros de Emergencia Mujer (CEM)

Todas las proveedoras entrevistadas mencionaron que existe una coordinación funcional con el CEM, ya sea por derivación directa desde el centro o por articulación telefónica. En los casos en los que las víctimas llegan al centro de salud por iniciativa propia, el personal coordina con la Línea 100 o con el equipo del CEM más cercano para activar la ruta de atención conjunta.

“Sí trabajamos con el CEM. Ellas vienen o llaman. Si llega una víctima, nos comunicamos al toque con la Línea 100.” Obstetra, C.S. Nuevo Paraíso

“El problema es cuando es sábado o feriado. Si no está la obstetra, se hace difícil. Los médicos no siempre activan la ruta como se debe.” C.S. San Fernando

Este hallazgo evidencia la buena disposición del personal para actuar ante casos de violencia sexual, pero también resalta la necesidad de fortalecer protocolos institucionales formales y capacitar al equipo multidisciplinario completo, más allá de la buena voluntad de quienes ya están sensibilizadas.

7.2 En el segundo Nivel de Atención

El segundo nivel de atención comprende hospitales con mayor capacidad resolutive, donde se atienden la mayoría de casos referidos por servicios de menor complejidad, incluyendo situaciones de violencia sexual. El monitoreo incluyó tres hospitales ubicados en la provincia de Coronel Portillo: Hospital Regional de Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarina y Hospital EsSalud de Pucallpa.

a) Disponibilidad del Kit-AVS y la AOE. Durante el monitoreo se constató que los tres hospitales del segundo nivel de atención —Hospital Regional de Pucallpa, Hospital Amazónico de Yarina y Hospital EsSalud de Pucallpa— contaban con al menos un Kit-AVS disponible, ubicado en los servicios de emergencia general y/o gineco-obstetricia, de acuerdo con el nivel de atención y el flujo establecido en cada establecimiento.

En relación con la anticoncepción oral de emergencia (AOE), el 83% de las proveedoras entrevistadas señalaron que su establecimiento disponía del insumo al momento de la evaluación. Solo una profesional del Hospital EsSalud manifestó no tener certeza sobre su disponibilidad, ya que la implementación del Kit-AVS en esa institución había iniciado recientemente y aún no se encontraba plenamente operativa.

Asimismo, el 83% del personal entrevistado demostró conocer correctamente al menos el 90% de los insumos que conforman el Kit-AVS, lo que constituye un avance importante para una respuesta oportuna y efectiva ante casos de violencia sexual, y facilita la identificación temprana de faltantes para su reposición inmediata.

“Hemos realizado visitas para verificar si el establecimiento cuenta con el Kit-AVS y observamos que estaba disponible y visible en emergencia.” Funcionaria de la DIRESAU

b) Condiciones institucionales

Pese a la disponibilidad, persisten condiciones institucionales que limitan la atención integral y oportuna. El 67% del personal entrevistado reportó falta de capacitación especializada para la atención a víctimas de violencia sexual, mientras el 50% mencionó desabastecimientos puntuales de AOE o antirretrovirales, sobre todo entre abril y mayo de 2024.

En paralelo, el 33% manifestó que en sus instituciones falta sensibilidad del personal médico y de enfermería sobre la gravedad de la violación sexual y la urgencia de activar el protocolo, especialmente cuando se trata de adolescentes o personas LGTBIQ+.

“A veces no activan el kit porque no dimensionan que es una emergencia; creen que solo es un tema legal o de consejería.” Hospital Regional de Pucallpa

“DIRESA nos entregó un lote de AOE que vencía en agosto, eso generó desabastecimiento momentáneo.” Hospital Amazónico de Yarinaochoa

c) Procesos organizativos y buenas prácticas

Uno de los avances más significativos se identificó en el Hospital Amazónico de Yarina, donde se ha conformado un Comité de Vigilancia Institucional que incluye al director ejecutivo, jefaturas de pediatría, ginecología, farmacia, salud mental e ITS/VIH, así como responsables de la Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva. Este comité ha establecido un flujo interno que agiliza la atención a las víctimas de violencia sexual, sin burocracia innecesaria y con articulación directa con el CEM.

“Tenemos un grupo por WhatsApp con el CEM. Si llega una víctima, activamos el protocolo en minutos, según la edad y situación clínica.” Hospital Amazónico de Yarina

En contraste, en el Hospital Regional de Pucallpa y en el Hospital EsSalud, el monitoreo identificó menor nivel de organización interna y baja articulación con el CEM, lo que limita la eficacia del servicio, especialmente durante turnos de emergencia o fines de semana.

En conclusión, aunque los hospitales del segundo nivel muestran mayor capacidad para cumplir con la normativa del Kit-AVS, existen desigualdades internas entre establecimientos, y las condiciones institucionales requieren fortalecimiento urgente en aspectos como sensibilización, capacitación continua y formalización de procesos organizativos.

7.3 Espacios de Concertación y Comunidad

Además del monitoreo en establecimientos de salud, se recogieron valiosos aportes de dos tipos de actores clave: i) la Instancia Regional de Concertación para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (IRC-U); y ii) Percepciones desde los liderazgos comunitarios de Agentas Comunitarias de Salud (ACS), jóvenes indígenas y personas LGTBIQ+. La inclusión de estas voces permite comprender la implementación del Kit-AVS y el acceso a la AOE desde una perspectiva multisectorial y situada en el territorio.

a) Percepciones de la Instancia Regional de Concertación (IRC-U). En primer lugar, las y los integrantes de la IRC-U entrevistadas (provenientes del Gobierno Regional de Ucayali, la Defensoría del Pueblo, el Programa Nacional Aurora y la DIRESA) coincidieron en que los establecimientos de salud sí disponen del Kit-AVS. No obstante, advirtieron que esta disponibilidad no siempre es completa ni sostenida, debido a desabastecimientos de insumos críticos como la AOE, las pruebas rápidas de ITS y los antirretrovirales, especialmente en los primeros meses del año.

En segundo lugar, señalaron que el personal de salud conoce solo parcialmente la normativa vigente sobre la entrega del Kit-AVS, y que persisten prejuicios, desconocimiento de rutas y temor a involucrarse en procesos judiciales, lo que afecta la respuesta institucional.

“Algunos proveedores piensan que si entregan el kit pueden ser llamados a declarar o cometer un error legal. No tienen claridad del protocolo y eso retrasa la atención.” Integrante de la IRC-U

Por otro lado, también destacaron que la DIRESA realiza esfuerzos para brindar asistencia técnica y monitoreo periódico a los establecimientos, pero reconocen que esto no es suficiente para garantizar una atención de calidad y articulada en todos los niveles. En ese sentido, consideran urgente reforzar la formación en derechos sexuales y reproductivos, así como la articulación entre los servicios de salud, los CEM y las instancias de protección.

Finalmente, las integrantes de la IRC-U identificaron barreras en el acceso al Kit-AVS por parte de las usuarias, entre ellas: desconocimiento de sus derechos, priorización de la denuncia policial antes de la atención médica y barreras culturales que afectan especialmente a mujeres indígenas.

“Muchas mujeres no saben que pueden acceder a un kit para no quedar embarazadas después de una violación. Piensan que deben ir primero a la comisaría o que no hay solución.” Integrante de la IRC-U

b) Opiniones de liderazgos comunitarios: ACS, jóvenes indígenas y LGTBIQ+ En paralelo, se realizaron tres grupos focales con liderazgos comunitarios: uno con agentes comunitarias de salud (ACS), otro con jóvenes indígenas y mestizas, y un tercero con representantes de organizaciones LGTBIQ+. Las opiniones recogidas ofrecen un panorama claro sobre la distancia entre la política pública y la experiencia vivida en las comunidades.

En primer lugar, todas las personas participantes coincidieron en que el Kit-AVS no está disponible en todos los establecimientos de salud, especialmente en zonas rurales o comunidades indígenas. En estos casos, señalaron que las víctimas deben ser referidas a hospitales ubicados en zonas urbanas, lo que implica pérdida de tiempo crítico y riesgo de quedar fuera del plazo de 72 horas para la entrega de la AOE.

“En mi comunidad no hay el kit. Las niñas que han sido violadas muchas veces terminan embarazadas porque no llegan a tiempo al hospital.” Lideresa juvenil indígena

En segundo lugar, se observó que las y los proveedores de salud en zonas alejadas no siempre están capacitados para atender estos casos, especialmente cuando el personal disponible es técnico y no profesional. Además, se mencionó la falta de sensibilidad y empatía, así como prejuicios que responsabilizan a las mujeres por la violencia sufrida.

“Dicen que por su ropa o por salir de noche, la culpa es de ellas. Eso no es atención, eso es revictimización.” ACS, distrito de Manantay

Asimismo, desde la comunidad LGTBQ+, se indicó que el personal de salud tiene mayores resistencias a entregar la AOE a adolescentes, sobre todo cuando acuden solas, o cuando pertenecen a identidades de género disidentes.

“Si eres joven y encima trans o lesbiana, te miran mal o te niegan la pastilla. Creen que no tienes derecho.” Activista LGTBQ+, distrito de Callería

Por último, las y los participantes coincidieron en que falta información clara, accesible y sin prejuicios sobre el uso de la AOE y el contenido del Kit-AVS. Muchas adolescentes acceden a la AOE a través de farmacias, sin consejería adecuada, lo que disminuye su efectividad y aumenta los riesgos. Finalmente, tanto los espacios institucionales como los comunitarios visibilizan que, si bien existen esfuerzos por garantizar el acceso al Kit-AVS y a la AOE, persisten importantes desafíos relacionados con la desinformación, la discriminación y las brechas territoriales. La articulación entre sectores, la formación con enfoque de derechos y el fortalecimiento de liderazgos comunitarios son claves para avanzar hacia una respuesta real y efectiva.

8. Análisis de Brechas y Barreras

El monitoreo realizado en la provincia de Coronel Portillo revela una serie de brechas y barreras que limitan el acceso efectivo de niñas, adolescentes, mujeres y personas LGTBQ+ al Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) y a la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE). A continuación, se analizan los principales hallazgos en función de la demanda real, la capacidad de respuesta institucional y los factores sociales y culturales que interfieren en el ejercicio del derecho a una atención oportuna y con calidad.

a) Comparación entre la demanda potencial y la entrega real del Kit-AVS. Uno de los datos más contundentes es la diferencia entre el número de víctimas de violación sexual y la cantidad de Kit-AVS efectivamente entregados. Entre enero y septiembre de 2024, se reportaron 226 casos de violación sexual en niñas y adolescentes en la provincia, según el Programa Nacional Aurora. Sin embargo, en ese mismo periodo, la Dirección Regional de Salud (DIRESAU) reportó la entrega de solo 78 kits, lo que representa apenas el 34.5% de cobertura. Esta brecha evidencia que más de seis de cada diez víctimas no accedieron a una atención integral con los insumos mínimos necesarios, lo cual no solo vulnera su derecho a la salud, sino que también incrementa el riesgo de embarazos forzados e infecciones de transmisión sexual.

b) Desabastecimiento de AOE e insumos clave. Otro obstáculo estructural identificado es el desabastecimiento periódico de insumos esenciales, especialmente de AOE, pruebas rápidas de VIH y sífilis, y medicamentos antirretrovirales. Estos faltantes se registraron con mayor frecuencia entre los meses de abril y mayo de 2024, afectando tanto al primer como al segundo nivel de atención.

En muchos casos, el personal de salud se vio obligado a usar el método Yuzpe como alternativa a la AOE. No obstante, este esquema no siempre fue registrado adecuadamente en los sistemas de información, generando un subregistro de atenciones reales. Esta situación limita la capacidad de respuesta institucional y compromete la trazabilidad de los casos.

“Nos entregaron AOE con fecha de vencimiento muy próxima. Eso nos dejó varias semanas sin stock.” Obstetra, segundo nivel de atención

c) Mitos y estigmas en la entrega del AOE. Además de los problemas logísticos, persisten barreras simbólicas que restringen el acceso a la AOE, especialmente entre adolescentes. Algunas proveedoras de salud indicaron que, dentro de sus equipos, aún existen creencias erróneas como que la AOE es abortiva, provoca infertilidad o fomenta conductas sexuales irresponsables. Estas ideas, sostenidas por prejuicios personales o por falta de formación actualizada, condicionan la decisión de prescribir o no la AOE, incluso en situaciones que claramente califican como emergencias.

“A veces creen que la AOE es abortiva, sobre todo cuando la chica es adolescente. Y no quieren dársela sin que venga con su mamá.” Proveedoras de salud, primer nivel

Esta situación no solo revictimiza a las personas que buscan atención, sino que refuerza barreras de género y edad que afectan desproporcionadamente a quienes ya enfrentan condiciones de vulnerabilidad.

d) Barreras estructurales y culturales en adolescentes e indígenas. Finalmente, el monitoreo evidenció que las adolescentes y mujeres indígenas enfrentan múltiples barreras superpuestas, tanto estructurales como culturales. Entre las más relevantes se encuentran:

- La falta de información sobre el derecho a recibir el Kit-AVS y la AOE.
- El miedo a ser juzgadas o maltratadas por el personal de salud.
- La creencia de que deben ir primero a denunciar a la policía, lo cual retrasa la atención médica.
- La distancia geográfica a los centros de salud con capacidad resolutive.
- Las limitaciones idiomáticas y culturales en el trato hacia mujeres indígenas.

“Muchas niñas indígenas no llegan a tiempo porque primero hacen la denuncia o tienen que caminar mucho. Cuando llegan, ya pasaron las 72 horas.” ACS, distrito de Manantay

Estas barreras no son anecdóticas: son estructurales, y requieren de respuestas institucionales profundas que incluyan sensibilización, atención con pertinencia cultural, y políticas de acceso diferencial y territorializado.

En conjunto, estos hallazgos muestran que la implementación del Kit-AVS y el acceso a la AOE en Ucayali no es solo un problema de disponibilidad de insumos, sino también de voluntad política, formación del personal, articulación entre sectores y respeto por los derechos de las personas. Para cerrar estas brechas, es fundamental actuar de manera decidida desde todos los niveles del sistema de salud y desde los espacios de concertación y vigilancia ciudadana.

9. Conclusiones Generales

El presente monitoreo evidencia avances, brechas y desafíos persistentes en la implementación del Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) y en el acceso a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en la provincia de Coronel Portillo (Ucayali). A continuación, se presentan las conclusiones más relevantes organizadas según el nivel de atención, los actores institucionales involucrados y los aportes de los grupos comunitarios.

a) Por nivel de atención

Primer nivel de atención

- Si bien los establecimientos monitoreados del primer nivel disponen actualmente del Kit-AVS y de AOE, el personal de salud carece de capacitación actualizada, especialmente en lo que respecta al protocolo de atención integral a víctimas de violencia sexual.
- El conocimiento del contenido del Kit-AVS es aceptable entre obstetras, pero existe una brecha crítica en el equipo multidisciplinario, especialmente entre médicos y enfermeras, lo que limita la atención oportuna en situaciones de urgencia.
- A pesar de la existencia de coordinaciones funcionales con los CEM, la respuesta depende en gran medida de la iniciativa individual, sin protocolos estandarizados ni sostenidos.

Segundo nivel de atención

- Los hospitales monitoreados presentan una mejor capacidad resolutive y mayor disponibilidad de insumos, aunque también reportaron desabastecimientos puntuales (especialmente de AOE y antirretrovirales) y falta de claridad en la implementación.
- Existen diferencias marcadas entre establecimientos. Por ejemplo, el Hospital Amazónico de Yarina ha logrado implementar mecanismos organizativos eficaces como un Comité de Vigilancia Interna, mientras que el Hospital Regional y EsSalud aún presentan debilidades en la articulación y organización de la atención.
- Aunque hay mayor conocimiento técnico del Kit-AVS en este nivel, persisten estigmas y miedos institucionales que afectan la atención a adolescentes, como la exigencia de presencia adulta o el temor de las y los profesionales a implicarse legalmente.

b) Por actor institucional

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE UCAYALI (DIRESAU).

- La DIRESAU ha realizado esfuerzos importantes de monitoreo, supervisión y distribución de insumos. Sin embargo, estos esfuerzos son insuficientes frente a la magnitud de la demanda y a la necesidad de asistencia técnica continua. Aún no se cuenta con sistemas de información plenamente confiables ni actualizados para hacer seguimiento a la entrega del Kit-AVS, lo que genera subregistro y pérdida de trazabilidad de los casos.
- La capacitación técnica a las y los proveedores de salud es esporádica y no cubre a todo el equipo multidisciplinario, especialmente en zonas rurales.

EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DEL PERÚ (ESSALUD)

- La implementación del Kit-AVS en EsSalud ha sido reciente e incipiente. El personal muestra escaso conocimiento de la normativa y existen barreras importantes tanto logísticas como simbólicas que impiden una atención integral.
- No se ha establecido aún una coordinación sostenida con los CEM ni protocolos internos efectivos, lo que deja a las usuarias en situación de mayor vulnerabilidad frente a la violencia sexual.

CENTROS DE EMERGENCIA MUJER (CEM)

- Los CEM cumplen un rol central en la articulación de la atención a víctimas, especialmente en el acompañamiento, derivación y activación de rutas. Sin embargo, su acción no siempre está articulada formalmente con todos los niveles del sistema de salud.
- Se requiere fortalecer la articulación interinstitucional entre CEM y EESS, así como avanzar en el reconocimiento del Kit-AVS como una herramienta de restitución de derechos en contextos de violencia.

c. A nivel comunitario.

- Las agentes comunitarias de salud, lideresas juveniles indígenas y representantes de la comunidad LGTBIQ+ coinciden en que la información sobre el Kit-AVS y la AOE es limitada, poco accesible y cargada de estigmas. Muchas adolescentes acceden a la AOE a través de farmacias, sin consejería adecuada ni acompañamiento.
- En zonas rurales e indígenas, la distancia geográfica, el desconocimiento de derechos y las creencias culturales se suman como barreras estructurales para acceder a una atención oportuna.
- Las y los líderes comunitarios identifican una falta de preparación humana y técnica en el personal de salud para brindar una atención empática y sin juicios, especialmente hacia adolescentes, mujeres indígenas y personas con orientaciones o identidades de género diversas.

*“No es solo tener el kit. Es saber cuándo y cómo entregarlo, sin juzgar, sin hacer sentir culpa.”
ACS participante del grupo focal*

En síntesis, las brechas no son solo técnicas ni logísticas, sino profundamente estructurales. Involucran desde los modelos de formación del personal de salud hasta los prejuicios y estereotipos, la burocracia institucional y la débil articulación entre sectores. Cerrar estas brechas requiere voluntad política, inversión sostenida y participación activa de las comunidades organizadas para garantizar el acceso real a servicios de salud que protejan la vida, la dignidad y la autonomía de las personas.

10. Recomendaciones Estratégicas

Los hallazgos del monitoreo evidencian que la implementación del Kit de Atención para Casos de Violencia Sexual (Kit-AVS) y el acceso a la anticoncepción oral de emergencia (AOE) aún enfrentan brechas importantes en la provincia de Coronel Portillo. A partir de este diagnóstico, se proponen las siguientes recomendaciones dirigidas a los principales actores involucrados en la respuesta institucional y comunitaria. Estas acciones buscan fortalecer capacidades, garantizar el cumplimiento de la normativa vigente y asegurar un acceso real, oportuno y digno a los servicios de salud sexual y reproductiva.

a) Para la Instancia Regional de Concertación para la Erradicación de la Violencia contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar (IRC)

- Incluir de forma permanente en la agenda de trabajo de la Instancia Regional de Concertación el seguimiento al cumplimiento del protocolo de atención integral y la entrega del Kit-AVS, con énfasis en su implementación efectiva en zonas rurales y periurbanas.
- Promover campañas informativas regionales que sensibilicen sobre el derecho de niñas, adolescentes y mujeres a recibir la AOE y atención médica inmediata tras una situación de violencia sexual, priorizando el enfoque intercultural y de género.

- Impulsar acuerdos intersectoriales entre el Gobierno Regional, la Dirección Regional de Salud de Ucayali (DIRESA Ucayali), la Unidad de Gestión Educativa Local (UGEL), el Programa Nacional Aurora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (Aurora - MIIMP) y la Defensoría del Pueblo para fortalecer la articulación de rutas de atención.
- Reforzar la coordinación formal entre los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y los establecimientos de salud para garantizar una respuesta oportuna y coordinada en todos los turnos, incluyendo fines de semana y horarios extendidos.

b) Para la Dirección Regional de Salud de Ucayali (DIRESA Ucayali) y los establecimientos de salud (EESS)

- Diseñar e implementar un plan anual de capacitación continua para todo el personal de salud (médico, obstétrico, enfermería, técnico y administrativo) sobre la atención a víctimas de violencia sexual, el uso del Kit-AVS y la entrega de la AOE, desde un enfoque de derechos.
- Garantizar el abastecimiento oportuno, permanente y con fechas de vencimiento adecuadas de los insumos que conforman el Kit-AVS, priorizando aquellos más críticos como la AOE, antirretrovirales y pruebas rápidas de ITS.
- Supervisar que los Kits-AVS estén correctamente armados, etiquetados y ubicados en las áreas de emergencia, obstetricia y consultorios diferenciados para adolescentes, asegurando su fácil acceso durante las 24 horas.
- Establecer protocolos institucionales internos que definan los flujos de atención, la asignación de responsabilidades y los mecanismos de articulación con los CEM y la Línea 100.
- Incluir el registro de entrega del Kit-AVS como parte de los informes de producción mensual de los establecimientos de salud, con el fin de fortalecer el monitoreo y la trazabilidad del cumplimiento normativo.

c) Para los hospitales del segundo nivel de atención

- Replicar y adaptar en otros hospitales el modelo de Comité de Vigilancia Interna implementado en el Hospital Amazónico de Yarina, con participación activa de jefaturas de servicio, personal de farmacia, salud mental y representantes del área de salud sexual y reproductiva.
- Incorporar profesionales de salud mental y trabajo social en la atención a víctimas de violencia sexual, garantizando una atención integral que contemple acompañamiento emocional, orientación legal y seguimiento posterior.
- Fortalecer la sensibilización del personal médico, especialmente en servicios de emergencia y durante turnos nocturnos y de fines de semana, para que comprendan la atención a víctimas como una prioridad en salud pública.
- Formalizar mecanismos de coordinación entre los hospitales y los Centros de Emergencia Mujer, designando puntos focales por establecimiento y estableciendo protocolos de derivación y coatención rápidos y eficientes.

d) Para liderazgos comunitarios y sociedad civil

- Desarrollar e implementar campañas informativas en barrios, comunidades y centros educativos sobre el contenido y uso del Kit-AVS, el derecho a recibir la AOE y los pasos a seguir ante una situación de violencia sexual.
- Fortalecer las capacidades de las agentes comunitarias de salud, liderazgos juveniles e indígenas y colectivos LGTBIQ+ como multiplicadores de información y acompañantes en el acceso a servicios de salud sin discriminación.
- Impulsar desde la sociedad civil el monitoreo ciudadano del cumplimiento de la normativa sanitaria en los establecimientos de salud, generando reportes periódicos y articulando acciones con las instancias de concertación.
- Exigir a los gobiernos locales y regionales la asignación de presupuesto para la implementación efectiva del Kit-AVS y la mejora de la infraestructura, los recursos humanos y la logística de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Glosario de Siglas y Abreviaturas

ACS: Agentes Comunitarias de Salud

AOE: Anticoncepción Oral de Emergencia

CEM: Centro de Emergencia Mujer

DIRESAU: Dirección Regional de Salud de Ucayali

DS: Directiva Sanitaria

EESS: Establecimiento de Salud

ENDES: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar

ESI: Educación Sexual Integral

ESSR: Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva

GOREU: Gobierno Regional de Ucayali

IE: Institución Educativa

INEI: Instituto Nacional de Estadística e Informática

IRC-U: Instancia Regional de Concertación de la región Ucayali para Erradicar la Violencia
Contra las Mujeres y los Integrantes del Grupo Familiar

LGTBIQ+: Lesbianas, gays, travestis, bisexuales, intersexuales, queer y otras identidades, como
las no binarias

MEF: Mujeres en Edad Fértil

MINEDU: Ministerio de Educación

MINSA: Ministerio de Salud

MIMP: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables

NNA: Niños, niñas y adolescentes

NTS: Norma Técnica de Salud

PNA: Programa Nacional Aurora

PP: Programa Presupuestal

TC: Tribunal Constitucional peruano

UGEL: Unidad de Gestión Educativa Local

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Bibliografía

1. Centro de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos (PROMSEX) (2006). Sustento normativo de la anticoncepción oral de emergencia (AOE) en el Perú. Lima. Consultado el 20 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://promsex.org/wp-content/uploads/2006/08/SustentoNormativoAOE1.pdf>
2. Defensoría del Pueblo (2019). Informe sobre la supervisión de entrega de kits de emergencia para la atención de casos de violencia sexual. Consultado el 10 de noviembre de 2023. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/deunavezportodas/wp-content/uploads/2019/12/Supervisi%C3%B3n-de-entregas-de-kits-de-emergencia-para-la-atenci%C3%B3n-de-casos-de-violencia-sexual.pdf>
3. DI VIRGILIO, M. y SOLANO, R. (2012). Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales. Buenos Aires: CIPPEC y UNICEF. Consultado el 11 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.cippec.org/wp-content/uploads/2017/03/1415.pdf>
4. DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD DE UCAYALI (DIRESA) (2024). Reporte de acceso a información pública: Casos de abuso sexual reportado por IPRESS de Coronel Portillo entre 2023 y 2024. Dirección de Estadística y Epidemiología.
5. HOSPITAL AMAZÓNICO DE YARINACocha (2023). Guías de prácticas clínicas y procedimiento en obstetricia y ginecología del Hospital Amazónico. Departamento de Gineco Obstetricia, p. 16.
6. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) (2023). Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
7. MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF) (2023). Evaluación de diseño de las intervenciones públicas que contribuyen con la prevención del embarazo adolescente. Lima. Consultado el 20 de octubre de 2024. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5012246/ANEXO%201%20.pdf?v=1692376296>
8. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) (2024a). Programa Nacional AURORA. Cartilla estadística de niña, niño y adolescente. Ucayali, noviembre 2024. Consultado el 12 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/cartillas-estadisticas-anna/>
9. MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES (MIMP) (2024b). Boletín estadístico Ucayali: Cifras y estadísticas contra las mujeres, integrantes del grupo familiar y violencia sexual Ucayali. Consultado el 25 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/boletines-regionales-2024/>
10. MINISTERIO DE SALUD (MINSa) (2016). Norma Técnica de Salud – NTS N.º 124-2016-V01 de Planificación Familiar. MINSa, p. 29. Consultado el 12 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4191.pdf>
11. MINISTERIO DE SALUD (MINSa) (2019). Directiva Sanitaria N.º 083-MINSa/2019/DGIESP. Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de violencia sexual. Consultado el 15 de octubre de 2024. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5191.pdf>
12. MINISTERIO DE SALUD (MINSa) (2020). Norma Técnica de Salud N.º 164-MINSa/2020/DGIESP. NTS para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual. Lima, p. 9. Consultado el 12 de noviembre de 2024. Disponible en:

- <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1256309/%20Resoluci%C3%B3n%20Ministerial%20N%C2%B0%20649-2020-MINSA.PDF>
13. OBSERVATORIO DE MORTALIDAD MATERNA EN MÉXICO (2013). Guía: Modelo de monitoreo de políticas públicas. Consultado el 18 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Gu%C3%ADa-general-Modelo-de-monitoreo-de-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas.pdf>
 14. OJO PÚBLICO (2023). Distribución de kits de violencia sexual en Perú (2019–2023). Consultado el 24 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://ojo-publico.com/4968/solo-el-234-victimas-violacion-recibio-kit-entre-2019-y-2023>
 15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2021). Anticoncepción de urgencia. Consultado el 12 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>
 16. PLANNED PARENTHOOD GLOBAL (2024). Todo sobre la pastilla del día después. Consultado el 20 de noviembre de 2024. Disponible en: <https://www.plannedparenthood.org/es/blog/todo-sobre-la-pastilla-del-dia-despues>
 17. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ – IDEHPUCP (2023). Distribución gratuita del AOE: tres ideas centrales de la reciente sentencia del Tribunal Constitucional. Lima. Consultado el 20 de octubre de 2024. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/distribucion-gratuita-del-aoe-tres-ideas-centrales-de-la-reciente-sentencia-del-tribunal-constitucional-28007/>
 18. TAMAYO, Manuel (2017). Rafael Bañón y Ernesto Carrillo. La nueva administración pública. Capítulo 11: El análisis de las políticas públicas. Madrid, p. 281. Consultado el 11 de noviembre de 2024. Disponible en: https://perio.unlp.edu.ar/catedras/pyp/wp-content/uploads/sites/64/2020/03/tamayo_analisis_de_polit_public.-Capitulo-11-tif.pdf