

Caminos hacia la igualdad: brechas y desafíos en Cusco, Canchis y Quispicanchi





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

1a. edición - Enero de 2026

Tiraje: 200 ejemplares

Depósito Legal N° 2026-00780

ISBN: 978-612-4033-38-4

Programa Derechos Sexuales y Ciudadanía en Salud
Coordinación: Eleana Rodríguez Valero

Proyecto: Mujeres líderes organizadas promueven una Agenda Regional Feminista, interseccional y transformadora que ponga la vida digna en el centro en la defensa y promoción de sus DDSSRR en Cusco, Perú.

Responsables: Eleana Rodríguez, Rosmery Roca, Kelly Gonzales

Edición: Elaborado por el Programa de Derechos Sexuales y Ciudadanía en Salud, a partir del producto de la consultoría realizada por Nora Cárdenas y Luciana Córdova, con una adaptación de Aroma Calderón.

Diseño y diagramación: Ymagino Publicidad S.A.C

Se terminó de imprimir en:
Ymagino Publicidad S.A.C.
APV Las Poncianas Mz. F lt. 22
San Martín de Porres, Lima

Índice

Resumen	4	Brecha 4: Violencia obstétrica y norma 180	14
Contextualización: un escenario crítico para los derechos sexuales y reproductivos	5	• La norma existe, la violencia persiste	14
Salud sexual y reproductiva relegada en un panorama de arremetida conservadora	5	• Violencia que expulsa	14
Cusco: Brechas múltiples que limitan el ejercicio de derechos	6	• Control patriarcal institucionalizado	14
Metodología	7	• Racismo como barrera de acceso	15
Técnicas de recolección de información	7	• Mecanismos de reclamo inexistentes o manipulados	15
Brechas críticas identificadas	8	Brecha 5: La comunidad LGBTQ+ y las mujeres con discapacidad	16
Brecha 1: Aborto terapéutico	8	• Cuando las vulnerabilidades se multiplican	16
• El derecho existe desde hace un siglo, pero no se garantiza	8	• Comunidad LGTBIQ+: asumir lo que no se pregunta	16
• Un silencio cómplice: desconocimiento y tabú	8	• Mujeres con discapacidad: rampas sin derechos	16
• Barreras ilegales: requisitos que no existen en la ley	8	Recomendaciones	18
• La geografía de la inequidad	9	Nivel Nacional	18
Brecha 2: Embarazo adolescente	10	• MINSA:	18
• Prevención insuficiente, futuros truncados	10	• Congreso y/o Defensoría del Pueblo:	18
• El abandono escolar como destino	10	• MINEDU	18
• Servicios de salud que no llegan	11	Nivel Regional	19
Brecha 3: Kit de emergencia y AOE	12	• GERESA Cusco:	19
• Derechos en el papel, ausentes en los territorios	12	• Gobierno Regional:	19
• La brecha rural: desconocimiento e insumos incompletos	12	Nivel Local	19
• Barreras institucionales que revictimizan	12	• Municipalidades:	19
• Mitos que matan: el AOE como "abortivo"	13	Sociedad Civil	19
		• Organizaciones de mujeres y feministas:	19
		• ONGs y cooperación internacional:	19
		Conclusiones	20
		Referencias	21

Resumen

Este trabajo analiza las brechas entre marco normativo y práctica en el acceso a derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en Cusco, Canchis y Quispicanchi. A través de una metodología cualitativa con 27 entrevistas grupales con usuarias y 14 entrevistas con funcionarios/as del Estado se identificaron como hallazgos a cinco vulneraciones críticas: aborto terapéutico legal, pero inaccesible por desconocimiento del personal de salud y requisitos extralegales; embarazo adolescente sin prevención efectiva por resistencia a Educación Sexual Integral; kit de emergencia y anticoncepción oral de emergencia ausentes o incompletos en zonas rurales; violencia obstétrica normalizada pese a existencia de la Norma Técnica 180; y la invisibilización de la comunidad LGTBIQ+ y las mujeres con discapacidad por servicios heteronormativos y capacitistas.

Tales hallazgos evidencian un patrón sistemático de violencia institucional sostenido por seis factores estructurales: desconocimiento funcional que perpetúa el control sobre los cuerpos femeninos, barreras extralegales que protegen al sistema sobre las víctimas, abandono presupuestal de lo rural, mandatos de género institucionalizados, discriminación múltiple interseccional, e impunidad normalizada. En un contexto de arremetida conservadora que debilita avances normativos, se requieren acciones urgentes. Dentro de las cuales resulta necesaria la sensibilización, no solo capacitación, al personal de salud, la garantía de insumos en zonas rurales, la implementación efectiva de Educación Sexual Integral, y la constante vigilancia ciudadana.

Palabras clave: derechos sexuales y reproductivos, discapacidad, aborto, Cusco, brechas de género.

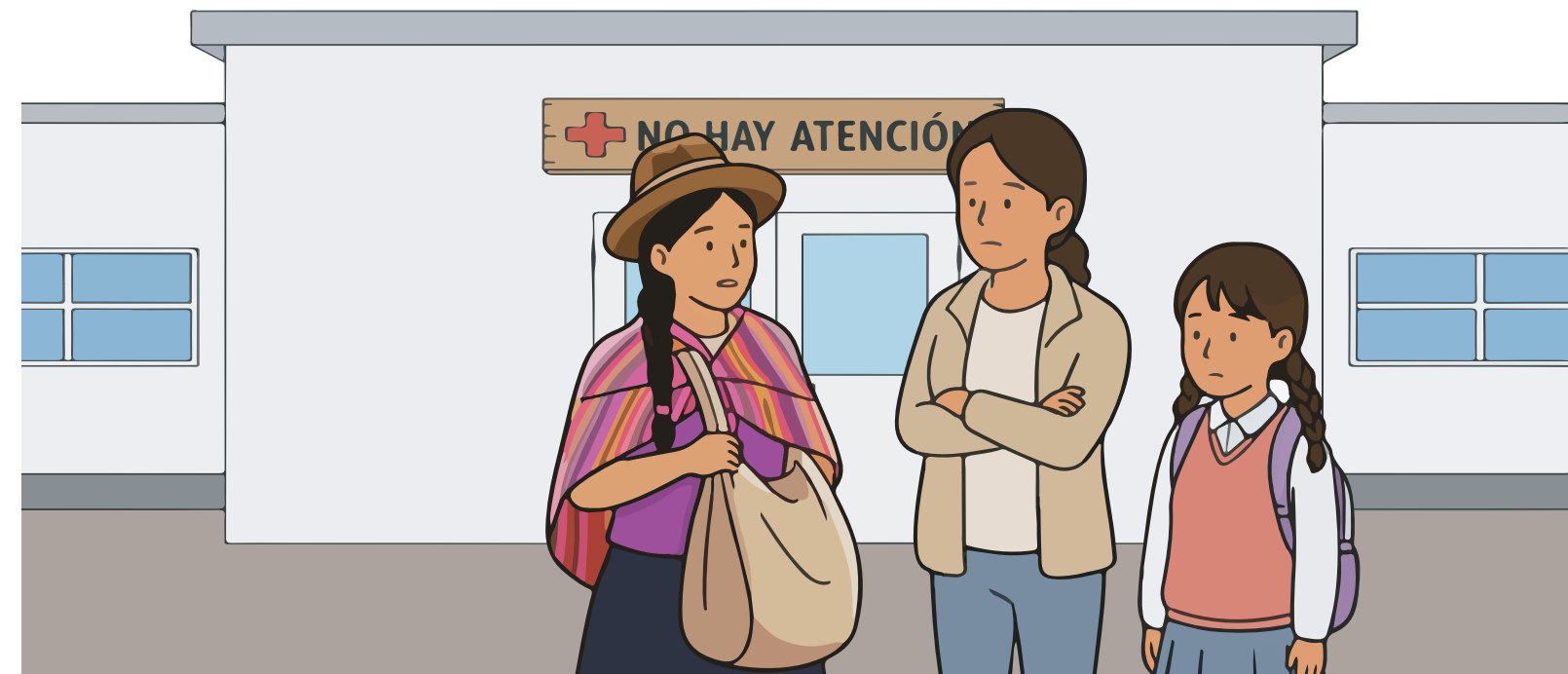
Contextualización: un escenario crítico para los derechos sexuales y reproductivos

Salud sexual y reproductiva relegada en un panorama de arremetida conservadora

Desde la pandemia del COVID-19, la salud sexual y reproductiva ha dejado de ser prioritaria para el Estado peruano. De acuerdo al Informe Defensorial N°013-2021-DP/ADM, “la prevención y atención a las víctimas del COVID-19 está teniendo un impacto negativo en los servicios de salud directamente vinculados a la protección y defensa de los derechos de las mujeres, tal es el caso de la salud sexual y reproductiva” (Defensoría del Pueblo, 2021, p. 6). Esto se refleja, por ejemplo, en la reducción presupuestal, el desabastecimiento de insumos y el repliegue de servicios públicos. Estos elementos generaron insuficiencia en la atención preventiva y primaria, una situación que persiste hasta la actualidad.

A esto se suma un problema estructural: las barreras generadas por el propio sistema de salud, tiempos cortos de atención, burocratización, ambientes inadecuados, y por el personal de salud, cuyos miembros se niegan a brindar servicios por desconocimiento de procedimientos, creencias religiosas o posturas personales (Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos [Promsex], 2024).

Además, el actual contexto político y social está marcado por una arremetida conservadora que debilita la democracia y aumenta el racismo y la discriminación, lo que afecta particularmente a mujeres rurales, población LGTBIQ+ y pueblos indígenas. Desde el Congreso de la República se ha solicitado la revisión de la Guía de Aborto Terapéutico del Instituto Nacional Materno Perinatal, retrocediendo en avances normativos (Congreso de la República, 2024). Por su parte, el movimiento “Con mis hijos no te metas” ha atacado sistemáticamente el enfoque de género en el currículo educativo, limitando la implementación de la Educación Sexual Integral (ESI) en las instituciones educativas (Promsex, 2017).



Cusco: Brechas múltiples que limitan el ejercicio de derechos

La región Cusco evidencia desigualdades persistentes que condicionan el acceso de las mujeres a servicios de salud sexual y reproductiva. Con una población de 1.38 millones de habitantes (49.4% mujeres), la región presenta múltiples brechas, de las cuales destacamos las siguientes:

Salud sexual y reproductiva: Solo el 49.2% de mujeres en edad fértil accede a métodos anticonceptivos modernos, mientras el 26.2% usa métodos tradicionales (Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI], 2023). Y aunque el 98% de partos son atendidos por personal especializado, superando el promedio nacional, esto no garantiza una atención de calidad ni libre de violencia obstétrica.

Educación: Si bien existe paridad en la matrícula escolar, persisten brechas significativas: 15.8% de mujeres son analfabetas versus 3.7% de hombres (INEI, 2023). Solo el 56.4% de mujeres culmina secundaria, frente al 71.6% de hombres (INEI, 2023). Esta desigualdad educativa limita el acceso a información sobre derechos sexuales y reproductivos y refuerza relaciones de poder asimétricas.

Trabajo y autonomía económica: El 30.3% de mujeres no tiene ingresos propios (versus 17.9% de hombres), y quienes trabajan perciben solo el 73.6% del salario masculino (INEI, 2023). La dependencia económica dificulta la toma de decisiones sobre salud reproductiva y perpetúa relaciones de subordinación (Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables [MIMP], 2025).

Participación política: De 13 alcaldías provinciales, solo 2 están ocupadas por mujeres; de 103 alcaldías distritales, solo 7. En las tres provincias estudiadas —Cusco, Canchis y Quispicanchi— todos los alcaldes provinciales son hombres (Jurado Nacional de Elecciones [JNE], 2025). Esta subrepresentación limita la inclusión de agendas de género en políticas públicas locales. Además, las mujeres que acceden a cargos enfrentan acoso político.

Este panorama de vulneraciones múltiples configura un escenario crítico para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y diversidades cusqueñas. Por lo tanto, este estudio plantea explorar la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres de Cusco, con un énfasis analizar la compatibilidad entre marco normativo y práctica en el acceso a estos derechos. A continuación, se detalla la metodología empleada.

Metodología

La recolección de información para este estudio se realizó en tres provincias de la región de Cusco (Cusco, Canchis y Quispicanchi) durante abril de 2025, empleando una metodología cualitativa que priorizó la comprensión de experiencias y perspectivas de los actorías involucradas, reconociendo su agencia, saberes y contextos territoriales específicos.

Técnicas de recolección de información¹

- **27 entrevistas grupales a modo de talleres** con mujeres usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo mujeres de las diversidades. Estas sesiones permitieron recoger percepciones sobre acceso, calidad de atención y barreras enfrentadas.
- **14 entrevistas semiestructuradas** con funcionarios/as del Estado de los sectores Salud, MIMP, Educación y municipalidades provinciales, para conocer sus percepciones sobre implementación de protocolos y servicios.

Asimismo, se combinó información primaria (testimonios, entrevistas) con análisis de fuentes secundarias: datos estadísticos del INEI, MIMP y MINSA sobre brechas de género en educación, salud, trabajo y participación política; y revisión de normativa (Norma Técnica de Salud N° 180, protocolo de aborto terapéutico, kit de emergencia, entre otros).

Este enfoque permitió captar la complejidad del acceso a derechos sexuales y reproductivos desde las voces de quienes viven las vulneraciones y de quienes deben garantizar los servicios, identificando brechas entre normativa y práctica.

De esta manera, a partir del trabajo de campo realizado en las provincias se presentan cinco **barreras críticas de análisis**. Todas estas evidencian la brecha entre el marco normativo y su implementación efectiva: el acceso al aborto terapéutico, la prevención del embarazo adolescente, la disponibilidad del kit de emergencia, la AOE, la aplicación de la Norma Técnica de Salud N° 180, y la situación de vulnerabilidad de la comunidad LGBTIQ+ y las mujeres con discapacidad.

¹ Para ambas técnicas los consentimientos informados se obtuvieron oralmente y se garantizó la confidencialidad.

Brechas críticas identificadas

Brecha 1: Aborto terapéutico

El derecho existe desde hace un siglo, pero no se garantiza

El aborto terapéutico es legal en Perú desde 1924, de acuerdo al artículo N° 199 del Código Penal, y cuenta con un protocolo específico desde 2014. Sin embargo, entre 2014 y 2023 se registraron apenas 106 casos en toda la región Cusco, de los cuales solo 8 corresponden a menores de edad (Juárez & Villalobos, 2024). Esta cifra contrasta dramáticamente con las denuncias de violación sexual y los embarazos forzados en niñas y adolescentes, evidenciando que el derecho existe en el papel, pero no se materializa en los territorios.

Un silencio cómplice: desconocimiento y tabú

Un obstáculo resaltante es el desconocimiento del personal de salud sobre el protocolo de aborto terapéutico, agravado por la percepción del tema como tabú o pecado:

“Existe desconocimiento por parte del personal de salud, incluso del mismo director del hospital. El personal de salud te habla lo mínimo sobre eso, es como un tabú, es pecado” (Taller, Canchis).

Este silencio institucional tiene consecuencias directas: las niñas y adolescentes víctimas de violación sexual no reciben información sobre su derecho, y cuando lo solicitan, enfrentan resistencia del personal médico basada en, por ejemplo, creencias religiosas personales que se anteponen al deber profesional y la normativa vigente.

Barreras ilegales: requisitos que no existen en la ley

A pesar de que la ley establece procedimientos claros —voluntad de la menor o su familia y decisión de junta médica—, en la práctica se exigen requisitos adicionales que revictimizan y dilatan el acceso:

“Todos los pedidos de aborto terapéutico pasan por fiscalía, ellos disponen si se efectúa o no. Por temas legales, la decisión de la familia y la junta médica no es suficiente. Se necesita una orden judicial que protege a los médicos que van a realizar la operación” (Personal de salud, Canchis)

Esta barrera burocrática, inexistente en la normativa, refleja el temor del personal médico a consecuencias legales, anteponiendo su protección por sobre los derechos de las mujeres. En otros casos, se solicita “información científica actualizada” para validar un procedimiento ya aprobado por ley, como ocurrió en el Hospital Lorena de Cusco.

La geografía de la inequidad

La situación es especialmente grave en zonas rurales y alto andinas, donde se encuentran el conservadurismo social, la influencia religiosa y la limitada oferta de servicios especializados:

“Una cosa es en la ciudad y otra en las zonas alto andinas. La población es muy conservadora y machista, en esos lugares no podemos hablar sobre el tema. Algunas religiones ni siquiera permiten que las mujeres vayan a atenderse al centro médico” (Director de Hospital, Sicuani).

Esta realidad obliga a derivar casos a la ciudad de Cusco, lo que genera importantes costos económicos y emocionales para las familias:

“Hubo un caso en Quiquijana. La madre de la niña embarazada supo que existía el aborto terapéutico, pero no la quisieron atender y tuvo que irse donde otro doctor. Al final sí se le hizo el aborto a la niña, pero en Cusco” (Taller, Quispicanchi).

La derivación no solo implica traslado y gastos; representa un peregrinaje que dilata el acceso e impide que se concrete el procedimiento dentro de los plazos seguros.

Ante la interrogante de la persistencia de estas barreras, planteamos tres factores que resaltan, para las tres provincias cusqueñas analizadas, en la brecha entre los derechos y la práctica:

Mandatos de género enquistados: El personal de salud reproduce estereotipos sobre la maternidad como destino ineludible de las mujeres, anteponiendo visiones personales al marco de los derechos.

Presión conservadora territorial: Los grupos antiderechos han logrado instalar narrativas que criminalizan el aborto terapéutico, ejerciendo presión sobre el personal de salud y las propias familias.

Protección institucional priorizada sobre la protección de víctimas: El sistema prioriza resguardar legalmente al personal médico mediante requisitos extralegales (órdenes judiciales, validación científica adicional), posponiendo la atención oportuna de niñas y adolescentes víctimas de violencia sexual. Esta lógica invierte la responsabilidad y plantea una paradoja: en lugar de garantizar un derecho, se busca justificar cada caso como si fuera una excepción.

Brecha 2: Embarazo adolescente

Prevención insuficiente, futuros truncados

El embarazo adolescente en Cusco supera el promedio nacional: 10.3% de adolescentes entre 15 y 19 años han sido madres o están embarazadas (MIMP, 2025). A la vez, entre 2013 y agosto de 2024, 3 niñas menores de 10 años y 451 niñas entre 11 y 14 años se convirtieron en madres en la región (MIMP, 2025). Esta crisis persiste especialmente en zonas rurales donde la incidencia se mantiene o incluso aumenta.

El abandono escolar como destino

El embarazo adolescente tiene consecuencias directas en la trayectoria educativa de las niñas. En instituciones educativas rurales como Tinki y Ocongate, 3 de cada 30 estudiantes de tercero de secundaria habían abandonado sus estudios por embarazo. En Huancarani, Paucartambo, una estudiante de segundo de secundaria “estaba embarazada y ya era madre, tenía una pareja mayor de edad, de 19 o 20 años. Después supe que la chica no terminó el colegio” (Taller Cusco).

Desde 2020, el problema se ha agravado: “el embarazo adolescente se ha disparado”, afirma un docente de la UGEL Huaro, quien identifica a Quispicanchi como la tercera provincia con mayor índice en la región. Lejos de recibir acompañamiento, las adolescentes embarazadas enfrentan expulsión velada:

“Por ley, los directores deben dar facilidades a las chicas embarazadas, ellas deben seguir estudiando y tener un acompañamiento psicológico, pero acá no es así, no quieren dar esas facilidades, le piden al apoderado que pida el traslado de la chica a la nocturna y el apoderado se siente coaccionado y lo hace. O simplemente las adolescentes ya no asisten porque son etiquetadas: ‘vas a malograr a mis otras estudiantes’, dicen los docentes” (UGEL, Canchis).

Servicios de salud que no llegan

Los servicios diferenciados para adolescentes, como espacios que garantizan confidencialidad y privacidad, son inexistentes o no funcionan. “En la posta había, pero no se ha activado, parece que no se difunde. Si eres menor de edad, no te atienden en la posta si no vas con un acompañante. Falta confidencialidad y privacidad” (Taller Quispicanchi). Esta ausencia de espacios seguros no solo limita el acceso a anticonceptivos, sino también la prevención y atención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH.

En este escenario, se plantea la duda de por qué y cómo este problema se perpetúa. A continuación, se exponen dos ideas claves:

Educación Sexual Integral bloqueada: La implementación de la ESI enfrenta resistencia sistemática en las instituciones educativas. El personal docente se niega a trabajar estos temas, argumentando que es responsabilidad de los padres o, por patrones machistas, asumen que “hablar de estos temas va a despertar a los chicos” (UGEL, Huaro). Los colegios deben solicitar a la UGEL el ingreso de personal de salud para charlas preventivas, lo que deja en manos del personal docente la facultad de habilitar o vetar esos espacios informativos dentro de la escuela. Tal como ocurre en Canchis “solo el colegio Inmaculada lo pide, el colegio Pumacahua no” (Taller Canchis).

Es importante notar que esta resistencia se ha institucionalizado. Ello a raíz de la aprobación del Proyecto de Ley N° 7427/2023-CR, que deja sin efecto la capacitación obligatoria en enfoque de género para funcionarios públicos, incluyendo docentes (Morán, 2025).

Servicios de salud inadecuados: La ausencia de servicios diferenciados, junto a la falta de confidencialidad y el juicio moral del personal de salud, desincentiva que adolescentes soliciten y accedan a información y métodos anticonceptivos. Entonces, se tiene la siguiente figura: cuando los servicios existen, no se difunden, y cuando funcionan, no garantizan privacidad.



Brecha 3: Kit de emergencia y AOE

Derechos en el papel, ausentes en los territorios

De acuerdo a la Resolución Ministerial N° 227-2019, toda persona víctima de violencia sexual debe recibir en las primeras 72 horas un kit de emergencia que incluye medicamentos para prevenir infecciones de transmisión sexual, VIH y embarazo (Ministerio de salud [MINSA], 2019). Sin embargo, en Cusco solo el 11.3% de víctimas de violencia sexual accedió a este derecho: apenas 160 de 1,420 casos reportados (Ascarza, 2024). Esta cifra revela que el 88.7% de las víctimas no recibió atención oportuna, a pesar de existir un protocolo obligatorio.

La brecha rural: desconocimiento e insumos incompletos

Las zonas rurales concentran las mayores barreras de acceso. En distritos como Checacupe y Pitumarca, dentro de la provincia de Canchis, los kits de emergencia no existen, y el personal de salud los desconoce:

“Hubo un caso en Checacupe, una señora del campo viene llorando con su niña, les acompañé a la Posta de Salud y le digo, hay que darle el Kit de Emergencia, y la señorita de la Posta no sabía qué era... y luego, me dijo que no tenía” (Taller, Canchis)

Cuando los kits están disponibles, frecuentemente están incompletos: “en las zonas rurales se trata de kits básicos, no tienen retrovirales” (Personal de salud, Quispicanchi). Esta carencia crítica deja a las personas sin protección contra el VIH en el momento más crítico.

La situación se replica con la Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE). En Checacupe, “la enfermera de la posta no conoce el AOE, no hay AOE en la posta, y si se necesita se deriva a la mujer a la provincia” (Taller, Canchis). En Pitumarca, “lo único que se encuentra en la posta es dexametasona” (Taller, Canchis). La derivación implica que las víctimas deben trasladarse, siempre con sus propios recursos, a establecimientos de mayor nivel, perdiendo tiempo valioso durante las 72 horas críticas.

Barreras institucionales que revictimizan

Incluso en establecimientos donde existe disponibilidad, se imponen requisitos que no están contemplados en la normativa, igual que en el caso del aborto terapéutico:

“Disponibilidad hay, pero se exige que pasen por interconsulta con el psicólogo de la institución o del CEM. Además, en estos casos, se convoca a la fiscalía de familia, para que acompañe el caso” (Personal de salud, Canchis)

Esta exigencia de interconsulta previa y presencia de fiscalía dilata la atención inmediata que establece el protocolo. Y posiciona a las mujeres en un sostenido escrutinio de diferentes instancias para “acreditar” su situación.

Mitos que matan: el AOE como “abortivo”

Persiste en el personal de salud la creencia errónea de que la AOE es abortiva. En algunos establecimientos, la aplicación de la AOE está condicionada al estado de la usuaria, es decir si está embarazada o no, evidenciando desconocimiento sobre su mecanismo de acción: la AOE actúa antes de la fecundación, no interrumpe embarazos establecidos. Esta confusión tiene consecuencias directas en las referencias de las adolescentes, reproduciendo el mito que el propio sistema de salud alimenta.

El análisis de esta situación permite proponer tres componentes que explican las causas y, por ende, fallas en la implementación de estos servicios en los centros de salud:

- 1 Abandono presupuestal de lo rural:** La distribución de insumos evidencia una lógica centro-urbana que desatiende sistemáticamente las zonas rurales, lo que refleja que la prevención en territorios alejados no es prioridad presupuestal.
- 2 Desconocimiento técnico generalizado:** El personal de salud no recibe capacitación efectiva sobre estos protocolos. El desconocimiento abarca desde la existencia misma del kit de emergencia hasta el mecanismo de acción de la AOE. Esta brecha formativa tiene raíz en la ausencia de sensibilización: no basta con capacitar procedimientos, es necesario cuestionar prejuicios sobre sexualidad y violencia.
- 3 Protección institucional sobre atención oportuna:** La exigencia de interconsultas psicológicas y presencia de fiscalía responde nuevamente a la lógica de proteger al sistema de posibles cuestionamientos, posponiendo la atención inmediata de las víctimas.
- 4 Mitos sin desmontar:** La persistencia de la creencia de que la AOE es abortiva evidencia falencias en las campañas de información, tanto hacia el personal de salud como hacia la población. Esta confusión alimenta la “resistencia moral” a entregar el anticonceptivo, lo que genera que la herramienta forme un debate ético, cuando no debe haberlo.



Brecha 4: Violencia obstétrica y norma 180

La norma existe, la violencia persiste

La Norma Técnica de Salud N° 180 establece disposiciones para prevenir y eliminar la violencia de género en servicios de salud sexual y reproductiva, garantizando atención de calidad, libre de violencia y respetuosa de derechos (MINSA, 2022). A pesar de su vigencia desde hace años, el personal de salud la desconoce o no la considera vinculante en su práctica cotidiana. Este vacío normativo se traduce en maltrato sistemático hacia las usuarias.

Violencia que expulsa

La violencia obstétrica es la forma más documentada de maltrato en los servicios de salud reproductiva. Las usuarias entrevistadas reportan comentarios humillantes sobre su número de hijos, procedimientos sin consentimiento, y trato discriminatorio:

“Por ejemplo, a madres que tienen 8 o 9 hijos, si llegan embarazadas les dicen: ‘¿Por qué otro?’. Entonces, estas madres ya no quieren volver a la posta y dan a luz en su casa y muchas veces eso provoca muerte materna” (Taller, Quispicanchi)

La violación de la confidencialidad es otra práctica recurrente que revictimizan: “Una señora salió de atenderse con la obstetra llorando, le habían dado sus resultados de su Papanicolaou, y de pronto salió la obstetra detrás de la señora gritando: ‘Directo a neoplásica’” (Taller, Quispicanchi). Estos actos no solo vulneran la dignidad, sino que desincentivan el retorno a los servicios de salud, poniendo en riesgo la vida de las mujeres.

Control patriarcal institucionalizado

El sistema de salud reproduce y refuerza el control masculino sobre los cuerpos de las mujeres.

Al consultar sobre métodos anticonceptivos, “te preguntan por la autorización de tu pareja” (Taller, Canchis).

Ello condiciona el acceso a la decisión de un tercero. Además, la información sobre anticoncepción se brinda de manera deficiente o nula:

“No te preguntan qué método vas a utilizar, no te explican cómo funciona cada método. No te explican sobre el uso de métodos anticonceptivos” (Taller, Quispicanchi).



Racismo como barrera de acceso

La discriminación étnico-racial se suma a la violencia de género en este proceso. Las mujeres de comunidades lejanas enfrentan la directa negación de atención por llegar “tarde”:

“Cuando ya no hay cupo, no las atienden: ‘La próxima vez te tienes que despertar más temprano’, les dicen. Pero la señora ya no va a volver” (Taller, Quispicanchi).

El sistema no reconoce que las mujeres recorren horas de distancia, muchas veces a pie, para acceder a estos servicios.

Mecanismos de reclamo inexistentes o manipulados

La Norma Técnica de Salud N° 180 establece el derecho al reclamo como mecanismo de exigibilidad (MINSA, 2021). Sin embargo, los libros de reclamaciones son poco conocidos, están ausentes en muchos establecimientos, o se manipulan deliberadamente:

“En el Hospital sí hay, pero encuentran algo raro y dicen: ‘hay dos libros, uno verdadero y otro falso, porque cuando lo pides no hay ningún reclamo anterior escrito, y preguntas por qué y te dicen: el anterior se ha terminado y estamos empezando otro libro’” (Taller, Canchis)

En las postas rurales, “lo pides, pero te pasean, te desvían, y no te dan” (Taller, Canchis).

Condicionantes como la baja escolaridad de muchas usuarias y el desconocimiento de sus derechos hacen poco efectivo este mecanismo, incluso cuando la herramienta está disponible.

Nuevamente, nos encontramos en un escenario donde la normativa institucional no se cumple, aquí se plantean tres elementos claves en torno a las posibles causas:

- 1 Desconocimiento funcional:** El personal de salud no ha sido sensibilizado sobre la Norma Técnica de Salud N° 180. Este “desconocimiento” es funcional: permite perpetuar prácticas violentas sin consecuencias. Como señala la GERESA de Cusco: “En la práctica aún tenemos quejas de maltrato a las pacientes, principalmente a las mujeres de las zonas rurales, mujeres quechua hablantes. Quizás habrá que volver a tocarlo en las capacitaciones al personal”.
- 2 Impunidad sistémica:** La manipulación de libros de reclamaciones, la ausencia de mecanismos de sanción efectivos, y la falta de espacios de exigibilidad generan y reproducen la impunidad. El personal sabe que puede maltratar sin consecuencias, y las usuarias saben que reclamar no conduce a nada.
- 3 Verticalidad no democrática:** La relación personal de salud-usuaria mantiene una lógica vertical. Aquí el “saber médico” se impone sobre la agencia de las mujeres. No se reconoce a las usuarias como sujetas de derechos con capacidad de decisión sobre sus cuerpos y, en este caso, su salud reproductiva.

Brecha 5: La comunidad LGBTQ+ y las mujeres con discapacidad

Cuando las vulnerabilidades se multiplican

Los servicios de salud sexual y reproductiva en Cusco están diseñados desde una lógica binaria, heteronormativa y capacitista que asume como “usuario estándar” a una mujer cisgénero, heterosexual, sin discapacidad, y que busca prevenir o planificar embarazos. Esta visión estrecha invisibiliza las necesidades específicas de la comunidad LGBTQ+ y de las mujeres con discapacidad, dejándolas fuera del sistema o exponiéndolas a una discriminación múltiple.

Comunidad LGBTQ+: asumir lo que no se pregunta

El sistema de salud opera bajo el supuesto de heterosexualidad obligatoria. El personal no pregunta sobre orientación sexual ni identidad de género, son datos que se asumen. Esta omisión no es neutra: borra las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de lesbianas, bisexuales, personas trans y otras diversidades:

“El ginecólogo me dijo: ‘¿has tenido relaciones sexuales?’ Yo no había estado con un chico. Me dio vergüenza y no pude decirle mi situación. Le dije muy poco y no quise volver. En la segunda cita, le expliqué un poco más. Pero, lo cierto, es que en los EESS asumen que eres hetero cis”
(Entrevista activista, Cusco)

Los métodos anticonceptivos, la información sobre prevención de ITS, y los protocolos de atención están diseñados exclusivamente para relaciones heterosexuales reproductivas: “Los métodos anticonceptivos están más enfocados a personas que se reproducen, para la gente de la comunidad se debe tener otro enfoque” (Taller, Cusco). Así, las personas de la comunidad LGBTQ+ evitan acudir a servicios de salud por temor al rechazo, quedando sin acceso a información sobre prevención de ITS, cáncer cervical (en el caso de lesbianas y hombres trans), o terapias hormonales (en el caso de personas trans).

Mujeres con discapacidad: rampas sin derechos

De acuerdo a los reportes de los Centros de Emergencia Mujer, Cusco es la tercera región del país con mayor incidencia de violencia contra personas con discapacidad (5.8%), afectando principalmente a mujeres entre 18 y 59 años, la edad reproductiva (Programa Nacional Warmi Ñan, s. f.). La misma data indica que entre enero y julio de 2025, el 67.4% de casos de violencia contra personas con discapacidad corresponden a mujeres, siendo la violencia física (38.8%), psicológica (34.5%) y sexual (25.1%) las más frecuentes. Sin embargo, los servicios de salud sexual y reproductiva no reconocen estas vulnerabilidades específicas.

Las “adecuaciones” para mujeres con discapacidad se limitan a infraestructura: rampas, baños diferenciados, atención preferencial en turnos. Sin embargo, no existe adaptación de la atención en consultorio, ni protocolos específicos que consideren, por ejemplo, cómo abordar salud reproductiva con mujeres con discapacidad intelectual, o cómo garantizar consentimiento informado libre de coerción:

“Para las personas con discapacidad se tiene establecido atenderlas desde la infraestructura y accesibilidad, así se tiene rampas y también baños diferenciados así lo exige la ley. Para la atención no hay una limitación, la atención es normal” (GERESA, Cusco)

Esta afirmación invisibiliza que las mujeres con discapacidad enfrentan barreras específicas: dificultad para comunicar necesidades (en caso de discapacidad auditiva o del habla), infantilización por parte del personal que se dirige al acompañante y no a la usuaria, o negación de su sexualidad y derecho a decidir sobre anticoncepción y maternidad. El sistema asume que la adaptación de infraestructura es suficiente, sin cuestionar las prácticas de atención que perpetúan exclusión.

Por último, exponemos algunas ideas en torno a la perpetuación de esta exclusión, tanto a diversidades como a mujeres con discapacidad.

Heteronormatividad como norma institucional: Los formularios, protocolos y capacitaciones del personal están diseñados desde un modelo heterosexual-reproductivo. No existe formación sobre diversidad sexual ni sobre necesidades específicas de salud de la comunidad LGBTQ+. Resulta evidente que reconocer estas diversidades implicaría cuestionar el orden de género que el sistema reproduce.

Enfoque capacitista de “accesibilidad”: Las políticas públicas para personas con discapacidad se limitan a cumplir estándares físicos (rampas, baños) sin transformar las relaciones de atención. No se reconoce que las mujeres con discapacidad son sujetas de derechos sexuales y reproductivos con necesidades específicas que requieren adaptación de protocolos, no solo de espacios.

Discriminación múltiple naturalizada: Cuando una mujer es lesbiana, rural y quechua hablante, o cuando una mujer con discapacidad es además pobre y de una comunidad alejada, las barreras se multiplican. El sistema no está preparado para atender esta complejidad, porque opera desde categorías únicas y excluyentes: o eres “mujer” (cisgénero, heterosexual, sin discapacidad) o quedas fuera.



Recomendaciones

Cerrar las brechas identificadas requiere acciones coordinadas en distintos niveles:

Nivel Nacional

MINSA

- **Sensibilización, no solo capacitación técnica:** Diseñar e implementar un programa de sensibilización al personal de salud sobre aborto terapéutico, kit de emergencia, AOE y Norma Técnica de Salud N° 180, con enfoque en empatía hacia usuarias y deconstrucción de prejuicios de género, raza y clase.
- **Difusión masiva de derechos:** Implementar una campaña nacional de difusión de servicios de salud sexual y reproductiva dirigida a usuarias, en español y quechua, con énfasis en zonas rurales.
- **Difusión progresiva de NTS N°180:** Realizar una difusión de la Norma Técnica de Salud N° 180 por temas específicos (no como documento completo) para facilitar apropiación del personal de salud.
- **Políticas inclusivas:** Diseñar políticas de salud sexual y reproductiva que reconozcan necesidades específicas de la comunidad LGTBQ+, superando visión heteronormativa de los servicios actuales.
- **Adecuación para mujeres con discapacidad:** Promover políticas que trasciendan el enfoque de la infraestructura (acceso, atención preferencial) y transformen sistemas de atención, reconociendo necesidades específicas de mujeres con discapacidad en su diversidad.

Congreso y/o Defensoría del Pueblo

- **Impulsar agenda de aborto legal:** A pesar del contexto conservador antiderecho, continuar impulsando iniciativas que aboguen por la despenalización del aborto, combatiendo la criminalización y evitando más muertes por abortos clandestinos.

MINEDU

- **Protocolos de violencia escolar:** Difundir e implementar los protocolos de atención de la violencia escolar en todas las II.EE. Sistematizar las experiencias de aplicación para identificar dificultades (especialmente cuando los docentes están implicados).
- **Estrategia de difusión comunitaria:** Diseñar una estrategia para que toda la comunidad educativa (estudiantes, madres, padres, docentes, personal administrativo) conozca protocolos de violencia escolar como mecanismo de prevención y disuasión.

Nivel Regional

GERESA Cusco

Monitorear la implementación de las recomendaciones nacionales en establecimientos de salud de la región, con énfasis en las zonas rurales. Y articular con la UGEL en cada zona para garantizar la difusión de los protocolos de violencia escolar en II.EE.

Gobierno Regional:

Incluir en el presupuesto regional partidas específicas para implementación de estas recomendaciones.

Nivel Local

Municipalidades

Impulsar en espacios de concertación local la implementación de estas recomendaciones. Incluir en presupuestos participativos recursos para fortalecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva.

Sociedad Civil

Organizaciones de mujeres y feministas

- Sostener la vigilancia ciudadana de servicios y exigibilidad de derechos en torno a la salud sexual y reproductiva.
- Continuar con el trabajo de incidencia política en los contextos adversos, articulando con otras organizaciones.
- Difundir derechos sexuales y reproductivos en los territorios, priorizando a las mujeres quechua hablantes y población LGTBQ+.

ONGs y cooperación internacional

- Apoyar técnica y financieramente la implementación de recomendaciones, priorizando las zonas rurales.



Conclusiones

El análisis de cinco brechas críticas en Cusco, Canchis y Quispicanchi revela la distancia entre normativa y práctica. Dicha diferencia no es producto de fallas aisladas, sino de un patrón sistemático de violencia institucional. Seis factores estructurales explican esta situación:

- 1. Desconocimiento funcional como mecanismo de control:** El personal de salud desconoce o no aplica protocolos clave (aborto terapéutico, kit de emergencia, AOE, NTS N° 180), anteponiendo creencias personales y religiosas al marco de derechos. Este “desconocimiento” perpetúa el control sobre los cuerpos y decisiones de las mujeres.
- 2. Barreras extralegales que protegen al sistema:** Se imponen requisitos no contemplados en ley (órdenes judiciales, interconsultas previas) que priorizan protección institucional sobre atención oportuna de víctimas. Cada trámite adicional revictimiza y, frecuentemente, impide el acceso efectivo.
- 3. Abandono sistemático de lo rural:** Servicios, insumos y personal capacitado se concentran en zonas urbanas. Las áreas rurales enfrentan desabastecimiento crónico, derivaciones inaccesibles y personal sin formación, reflejando que la atención en territorios alejados no es prioridad presupuestal.
- 4. Mandatos de género institucionalizados:** El sistema reproduce la maternidad como destino, el control masculino sobre anticoncepción, la heteronormatividad obligatoria y la negación de agencia. Estos estereotipos se naturalizan como el “sentido común” médico, convirtiendo prejuicios en protocolos informales que se siguen en el día a día.
- 5. Discriminación múltiple e interseccional:** Ser mujer rural, racializada, quechua hablante, pobre, joven, LGTBIQ+ y con discapacidad multiplica las vulneraciones. El sistema opera desde categorías únicas que expulsan a quienes no encajan en el perfil de la “usuaria estándar” (cisgénero, heterosexual, sin discapacidad, urbana, mestiza).
- 6. Impunidad normalizada:** La ausencia de sanciones, manipulación de mecanismos de reclamo y tolerancia institucional al maltrato generan y reproducen la impunidad. El personal vulnera los derechos de las usuarias sin consecuencias; ellas internalizan que reclamar no conduce a cambios.

Estas dimensiones configuran una compleja violencia institucional contra las mujeres cusqueñas, especialmente quienes viven múltiples opresiones. Los derechos sexuales y reproductivos existen en las normativas —protocolos aprobados, normas vigentes— pero permanecen inaccesibles en la práctica. Reconfigurar su efectividad requiere desmontar prejuicios institucionales, redistribuir recursos hacia lo rural, establecer sanciones reales y reconocer que garantizar estos derechos no es concesión, sino responsabilidad del Estado. Mientras persistan estas brechas, el ejercicio pleno de la ciudadanía seguirá siendo privilegio de pocas, no derecho de todas.

Referencias

- Ascarza, L. (14 de julio del 2021). Aborto terapéutico: la resistencia inicia de los médicos se inicia en la universidad. Salud con lupa. <https://saludconlupa.com/genero/aborto-terapeutico-la-resistencia-de-los-medicos-se-inicia-en-la-universidad/>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (2017). Sistematización del ataque al currículo nacional de educación básica. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2025/03/Informe-final.-La-otra-mirada.-Desafios-y-oportunidades-en-la-SSR-en-el-Peru-narradas-desde-la-voz-de-las-obstetras.pdf>
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (2024). Informe final: Desafíos y oportunidades en la salud sexual y reproductiva en el Perú narradas desde la voz de las obstetras. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2025/03/Informe-final.-La-otra-mirada.-Desafios-y-oportunidades-en-la-SSR-en-el-Peru-narradas-desde-la-voz-de-las-obstetras.pdf>
- Congreso de la República (12 de noviembre de 2024). Fiscalizan protocolos de aborto terapéuticos en el instituto nacional materno perinatal. Portal Congreso de la República. <https://comunicaciones.congreso.gob.pe/damos-cuenta/fiscalizan-protocolos-de-aborto-terapeuticos-en-el-instituto-nacional-materno-perinatal/>
- Defensoría del Pueblo (2021). Supervisión a los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el contexto de estado de emergencia sanitaria por el COVID 19. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/05/Informe-Derechos-Sexuales-y-Reproductivos.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2023). Perú: Brechas de género 2023, avances hacia la igualdad de mujeres y hombres. https://wwwinei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1934/libro.pdf
- Juárez, E. & Villalobos, J. (2024). Aborto terapéuticos realizados en el Perú entre el 2014 y 2023. Promsex. <https://promsex.org/wp-content/uploads/2024/07/AbortosTerapeuticosRealizadosEnElPeruEntreEl2014y2023.pdf>
- Jurado Nacional de Elecciones (10 de noviembre de 2025). Procesos electorales: Región de Cusco. INFOGOB - Observatorio para la Gobernabilidad. https://infogob.jne.gob.pe/Localidad/Peru/cusco_procesos-electorales_Jm-30C5wvkZc%3d35
- Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (2025). Resumen regional de Cusco. <https://www.mimp.gob.pe/omep/pdf/resumen2/Resumen-Cusco.pdf>

- Ministerio de Salud (2021). Norma Técnica de Salud N.º 180-MINSA/DGIESP-2021: Norma técnica de salud para la prevención y eliminación de la violencia de género en los establecimientos de salud que brindan servicios de salud sexual y reproductiva. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/2793752/NTS%20N%C2%BA%20180-MINSA/DGIESP-2021.pdf?v=1643554325>
- Morán, F. (30 de abril del 2025). Congreso elimina normas que obligaban enfoque de género en entidades públicas. Expresso. <https://www.expreso.com.pe/politica/congreso-elimina-normas-que-obligaban-enfoque-de-genero-en-entidades-publicas-alejandro-munante-jorge-montoya-renovacion-popular-noticia/1186757/>
- Programa Nacional Warmi Ñan. (s. f.). Tipos de población. Portal estadístico. <https://portalestadistico.warminan.gob.pe/tipos-de-poblacion/>
- Resolución 227 de 2019 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establece aprobar la Directiva Sanitaria N° 083-MINSA/2019/DGIESP "Directiva Sanitaria para el uso del Kit para la atención de casos de Violencia Sexual". 08 de marzo de 2019. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/266223-227-2019-minsa>
- Resolución 031 de 2022 [Ministerio de Salud]. Por la cual se establece aprobar la NTS N° 180-MINSA/DGIESP-2021, Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. 30 de enero de 2022. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/2723755-031-2022-minsa>

**Caminos hacia la igualdad:
Brechas y desafíos en Cusco,
Canchis y Quispicanchi**

ISBN: 978-612-4033-38-4

