VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DE VILLA EL SALVADOR Y SAN JUAN DE MIRAFLORES (LIMA, PERÚ)

FLORA TRISTÁN
CENTRO DE LA MUJER PERUANA

Manuela Ramos
Caminando por la igualdad

VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO EN LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

DE VILLA EL SALVADOR Y SAN JUAN DE MIRAFLORES (LIMA, PERÚ)

Violencia basada en género en los servicios de salud sexual y reproductiva de Villa El Salvador y San Juan de Miraflores (Lima, Perú)

© Movimiento Manuela Ramos
Av. Antonio Miroquesada N.° 457, Magdalena del Mar
E-mail: postmast@manuela.org.pe
www.manuela.org.pe

© Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
Parque Hernán Velarde 42, Lima 1
E-mail: postmast@flora.org.pe
www.flora.org.pe

Equipo de investigación: Chakakuna Investigación, Medios & Desarrollo

Coordinación de la publicación:
Elga Prado Vásquez, Movimiento Manuela Ramos

Revisión de contenidos y aportes:
Rocío Gutiérrez Rodríguez, Movimiento Manuela Ramos
Sofia Consuelo Atoccsa Burgos, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán

Corrección de estilo: Verónica Ferrari
Cuidado de edición: Nidia Ivonne Sánchez Guerrero
Diseño y diagramación: Gerardo Espinoza

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.° 2024-06261
ISBN: 978-9972-763-72-4

Primera edición digital, junio 2024
Lima, Perú.

Investigación elaborada en el marco del proyecto «Mejora de la respuesta estatal contra la violencia basada en género, en salud sexual y reproductiva mediante incidencia y veeduría de organizaciones sociales de base» ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, en alianza con Medicusmundi Gipuzkoa, Medicusmundi Araba y el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

Índice

1. Resumen ejecutivo 09
2. Marco conceptual 15
    2.1. Violencia basada en género y sus manifestaciones en la salud sexual y reproductiva 15
    2.2. Marco legal 20
    2.3. NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 para la prevención y eliminación de la violencia de género 25
    2.4. Legislación comparada 27
3. Metodología 29
    3.1 Enfoques 29
    3.2 Métodos 32
    3.3 Participantes 33
    3.4 Operativo de campo 42
    3.5 Procesamiento y análisis 42
    3.6 Criterios éticos 43
Resultados 45
4. Violencias de género en la atención 47
    4.1. Violencia obstétrica 50
    4.2. Discriminación a grupos vulnerables 58
5. La visión de las usuarias 65
    5.1. Atención deficiente 65
    5.2. Expectativas de las usuarias 80
    5.3. Empoderamiento de las usuarias 84
6. Sobre la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 87
    6.1. Conocimiento de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 87
    6.2. Incumplimiento de la Norma Técnica de Salud N° 180-2021 88
    6.3. Obstáculos para la implementación de la NTS Nº 180-MINSA /DGIESP-2021 89
7. Buenas prácticas 109
8. Conclusiones 115
9. Recomendaciones 125
10. Bibliografía 131

POSTA

Presentación

El presente estudio se enmarca en la implementación del proyecto “Mejora de la respuesta estatal contra la violencia basada en género, en salud sexual y reproductiva mediante incidencia y veeduría de organizaciones sociales de base”, en la ciudad de Lima, específicamente en los distritos de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador, ejecutado por el Movimiento Manuela Ramos junto al Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán en alianza con Medicus Mundi Gipuzkoa, Medicus Mundi Alava y con el apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID).

El proyecto tiene el objetivo de mejorar el derecho de las mujeres y las personas LGBTIQ a la atención en salud sexual y reproductiva de calidad y libre de violencia en los establecimientos de salud de ámbito de intervención, en el marco de la implementación de la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva - NTS N°180-MINSA/ DGIESP-2021.

El presente estudio, elaborado por el equipo de investigadoras/es de Chakakuna, recoge y visibiliza evidencias sobre la situación de la violencia basada en género ejercida hacia las mujeres en sus diferentes etapas de vida y las personas LGTBIQ+ en los servicios de salud sexual y reproductiva de Villa El Salvador y de San Juan de Miraflores, y la situación de implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021.

Esperamos que este estudio permita comprender la realidad de la violencia de género que sigue ocurriendo en los servicios de salud sexual y reproductiva, y que sea un punto de partida para implementar mejoras en la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021. De este modo, se contribuirá al diseño y la implementación de políticas públicas de salud más eficaces, sensibles al género y respetuosas de los derechos humanos.

Reafirmamos nuestro compromiso con los derechos humanos de todas y todos, promoviendo la igualdad de género y la construcción de un país donde se garantice una atención en salud sexual y reproductiva de calidad, libre de violencia y sin discriminación.

Manuela Ramos
Caminando por la igualdad

FLORA TRISTÁN
CENTRO DE LA MUJER PERUANA

1.

1. Resumen ejecutivo

El presente estudio tiene como objetivo generar evidencias sobre la situación de la violencia basada en género ejercida hacia las mujeres en sus diferentes etapas de vida y las personas LGTBIQ+ en los servicios de salud sexual y reproductiva, y la situación de implementación de la **NTS Nº 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,** en cinco establecimientos de salud de los distritos de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador.

De manera específica, se buscó:

- Identificar las barreras y desafíos en la implementación de la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva - NTS N°180-MINSA/DGIESP-2021, desde la perspectiva de las y los proveedores de salud.

- Identificar las buenas prácticas para la prevención de la violencia obstétrica desarrolladas en los establecimientos de salud priorizados.

- Estudio de casos que den cuenta de las vulneraciones o violencias ejercidas sobre las mujeres y diversidades en contexto de pandemia y pospandemia en los servicios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos de salud de ámbito de intervención del proyecto.

Para ello, se empleó una metodología cualitativa. Los métodos de recolección de información incluyeron la revisión bibliográfica, la aplicación de entrevistas semiestructuradas, la observación sistemática y la experimentación como usuarias. Los establecimientos de salud seleccionados ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva y son los siguientes: Centro Materno Infantil San José (VES), Centro Materno Infantil César López Silva (VES), Centro Materno Infantil Juan Pablo II (VES), Centro Materno Infantil Manuel Barreto (SJM), Hospital María Auxiliadora (SJM) y Centro Materno Infantil Ollantay (SJM). Las personas informantes para recabar la información han sido 9 profesionales de salud, 4 promotoras de salud y 17 personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Los principales hallazgos encontrados en relación con el contexto de los centros de salud son los siguientes:

- La prestación adecuada de los servicios de salud sexual y reproductiva se ve perjudicada por las arraigadas creencias machistas y heterocisnormativas presentes en el personal de salud. Estas creencias llevan a culpar, juzgar y estigmatizar las decisiones reproductivas de las usuarias, considerando el cuerpo femenino como objeto de escrutinio público. Esto genera un entorno hostil para la atención y es la base para que se perpetúen situaciones de violencia de género en los EESS.

- La violencia de género es un problema generalizado y poco advertido en los servicios de salud sexual y reproductiva de los diversos centros de salud. Dentro de ella, se presenta a la violencia obstétrica como una de sus manifestaciones más graves. En este estudio, se ha identificado el desinterés y maltrato por parte del personal de salud hacia las usuarias, evidenciado en gritos, humillaciones en la sala de partos, así como el condicionamiento de la atención. Entre otras manifestaciones de la violencia basada en género, también se menciona la intimidación mediante el uso inadecuado de la Ley Nº 31333 -Ley que penaliza la agresión contra los médicos y cualquier personal de salud-, así como la realización de prácticas inadecuadas contrarias a la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 (episiotomías, maniobra de Kristeller, negación de anestesia, entre otros). Además, se destaca la amenaza de denuncia hacia las usuarias que acuden por complicaciones por aborto incompleto en un contexto de criminalización del aborto. La atención ginecológica en ocasiones carece de calidez y empatía, manifestándose en comentarios ofensivos y falta de cuidado durante el examen.

- Se identifican como poblaciones que enfrentan mayores obstáculos para acceder a una atención de salud de calidad a las adolescentes, población LGBTIQ+ y migrantes venezolanas. Se destaca la presencia de creencias adultocentristas, homobitransfóbicas y xenófobas entre el personal de salud, las cuales influyen negativamente en la calidad de atención que reciben estos grupos, llegando a aumentar su riesgo a experimentar tratos hostiles, discriminación y violencia.

- Se observa, también, un trato impersonal y frío hacia las usuarias, que se caracteriza por procesos burocráticos y obstáculos en la atención. Esto se manifiesta en dificultades para obtener citas, demoras en la atención de situaciones urgentes y falta de orientación adecuada frente a las consultas de las usuarias. En respuesta a estas situaciones, las usuarias demandan la implementación de entornos seguros, libres de prejuicios y respetuosos hacia la diversidad de los pacientes.

Así, este estudio constata las manifestaciones de la violencia de género hacia usuarias en los centros de salud sexual y reproductiva de primer y segundo nivel. Como causa de este panorama se señala:

- **La falta de conocimiento e implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021:** dentro del estudio solo se ha reportado una acción de difusión desde el Estado, la cual es bastante limitada en su efectividad y alcance. Con base en ello, se identifica una comprensión limitada de la violencia intrafamiliar por parte del personal y obstáculos en la entrega de kits de emergencia en casos de violencia sexual. Además, se ha observado incumplimiento en diversos aspectos de la norma, como la atención a personas con complicaciones derivadas de un aborto, la violencia obstétrica y la falta de servicios diferenciados para adolescentes. También se reporta discriminación y falta de conocimientos necesarios para la atención de la población LGBTIQ+.

- **Escasez de recursos:** se evidencia una escasez de insumos y equipos necesarios para brindar una atención óptima. Es notable la falta de anticonceptivos orales de emergencia (AOE), kits de emergencia, equipos para monitorear embarazos, pruebas serológicas, anestesia epidural, material informativo, entre otros. Además, se observa la falta de personal suficiente para cubrir las demandas de los centros y atender situaciones de emergencia. Se señala especialmente la ausencia de ginecólogos, ecografistas y anestesiólogos, quienes son fundamentales para la atención de emergencias obstétricas y administración de anestesia durante el parto.

- **Infraestructura deteriorada y limitada:** el personal de salud señala que la infraestructura limita la calidad de su servicio y la posibilidad de aplicación de la norma. Por ejemplo, la ausencia de espacio suficiente y la demanda de pacientes dificulta la posibilidad de ingreso de acompañantes a las salas de parto, restringiendo el cumplimiento de la normal atención y afectando la experiencia de las usuarias y sus familias. Asimismo, en muchos centros no se cuenta con espacio suficiente para generar zonas diferenciadas para la atención de adolescentes o triaje. Además, el deterioro de equipos y daño en la infraestructura (techos) representa un riesgo tanto para las usuarias como para el personal de salud que trabajan en estos centros.

- **Estrés laboral y salud mental deteriorada:** la sobrecarga laboral, la alta demanda y las limitaciones materiales de sus centros de trabajo aumentan los niveles de estrés del personal de salud y calidad de su servicio. La falta de atención a su salud mental por parte del Estado, como ente empleador, y la ausencia de espacios de descanso agravan esta situación. Además, existen secuelas en la salud mental del personal tras la pandemia, como estrés, depresión y duelos prolongados, que continúan desatendidas. Es crucial que el Estado asuma un rol activo en el cuidado de la salud mental del personal, implementando medidas para abordar la sobrecarga laboral y brindar apoyo en sus procesos de duelo y adaptación luego de la pandemia.

- Otros desafíos identificados para la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 son factores culturales de opresión en el entorno de los centros de salud (creencias machistas, cisheteronormativas, de superioridad por parte del personal médico, criminalización y sanción social al aborto), dificultades en el manejo de reclamos y denuncias, y desvalorización de la labor de las promotoras de salud

En síntesis, el estudio realizado destaca las deficiencias y situaciones de violencia de género en la atención y en los centros de salud sexual reproductiva. En efecto, se ha evidenciado que los problemas relacionados con la implementación de la Norma Técnica de Salud N° 180-2021 están estrechamente vinculados el desconocimiento generalizado de esta entre el personal de salud. Sin embargo, es importante señalar que estos desafíos no se limitan exclusivamente al desconocimiento, sino que también responden a una serie de factores que recaen en la responsabilidad del Estado. Entre estos factores se encuentran la falta de insumos y recursos humanos suficientes para la atención, la presencia de infraestructuras limitadas o en estado de deterioro, la falta de atención a la salud mental del personal de salud (sobre todo después de la pandemia) y la ausencia de capacitaciones diseñadas de acuerdo con sus ritmos de trabajo y necesidades de aprendizaje (conocimientos, prejuicios).

Pese a estas limitaciones, es importante destacar las prácticas del personal de salud que promueven una atención integral y empática. Se destaca el trato amable y respetuoso de profesionales de la salud, la información clara sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, y el adecuado tamizaje de violencia en algunos centros de salud. En relación con la atención del parto, se identifican elementos que favorecen un parto positivo, como orientación prenatal adecuada, ausencia de cortes y rasurados innecesarios y/o comentarios inapropiados por parte del personal de salud, permitir el contacto físico adecuado con el recién nacido, entre otros. Es importante resaltar que todos estos aspectos son considerados en la norma técnica; sin embargo, son llevados a cabo por iniciativa propia del personal de salud, no por conocimiento o capacitación sobre la norma.

Frente a esto, se recomienda:

- **Difundir la Norma Técnica de Salud N° 180-2021 como primer paso para reforzar su implementación.** Se recomienda elaborar guías accionables para el personal de salud, articular la norma con otras disposiciones relacionadas, utilizar canales de comunicación interna y externa, realizar charlas y talleres, establecer grupos de discusión y comités internos, e implementar programas de sensibilización.

- **Brindar capacitación** en género, autonomía, diversidad y violencia obstétrica al personal de salud.

- **Garantizar condiciones materiales para la atención**, incluyendo recursos suficientes, equipos de protección personal y un entorno de trabajo seguro. Esto implica que el Estado brinde los recursos necesarios para cumplir con su trabajo de manera efectiva y garantizar su seguridad y bienestar.

- **Generar acciones para atender el bienestar del personal de salud.** El Estado debe garantizar condiciones laborales adecuadas, cuidado de la salud mental y espacios de contención para el personal de salud, con el fin de reducir el estrés laboral y mejorar la calidad de atención.

- **Establecer un sistema de supervisión y monitoreo permanente de la norma**, Es crucial generar mecanismos de supervisión para asegurar la adecuada implementación de la norma, identificar brechas y realizar ajustes necesarios para mejorar la atención en salud sexual y reproductiva.

- **Capacitar al personal de salud atención integral y libre de estigmatización**. Además, se debe considerar la descriminalización social y legal del aborto para desarrollar protocolos basados en evidencia científica y abordar estas situaciones de manera segura y efectiva.

2.

2. Marco Conceptual

2.1. Violencia basada en género y sus manifestaciones en la salud sexual y reproductiva

En nuestra sociedad, el género desempeña un papel fundamental en la estructura social al establecer diferencias entre lo masculino y lo femenino. Estas distinciones están arraigadas en un sistema heteronormativo, binario y cisgénero que influye en todos los aspectos de nuestras vidas, como se ha destacado en un informe del MIMP (2022).

> Esta concepción de género profundamente internalizada afecta las relaciones, el poder, las creencias y las instituciones que rigen nuestras vidas y moldea la manera en que pensamos, sentimos y actuamos. Define nuestras expectativas, nuestro lenguaje, nuestras elecciones educativas y laborales, nuestras compras y hasta nuestro nivel de participación en las decisiones políticas o en la gestión de empresas e instituciones. Además, influye en el desarrollo de legislaciones y en la organización de la sociedad en su conjunto (p. 15).

Los estereotipos de género son una manifestación de esta construcción social, delineando las características supuestamente "adecuadas" para hombres y mujeres, con base en una visión tradicional de lo masculino y lo femenino. Sin embargo, estos estereotipos también son la raíz de la violencia de género. Al imponer expectativas rígidas y obligaciones basadas en el género, se generan estereotipos prescriptivos que establecen guiones restrictivos de identidad. Aquellos que no se ajustan a estos roles predefinidos pueden enfrentar juicios, rechazo, discriminación y violencia (Cook y Cusack, 2010, p. 22) (Díaz et al., 2019, p. 20).

En esa línea, la violencia basada en género tiene sus raíces en las desigualdades de poder y las normas sociales que perpetúan la discriminación y la violencia hacia las mujeres y personas LGTBIQ+ en diversos contextos. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, esta violencia se manifiesta de diversas formas, como maltrato, abuso y faltas de respeto. Implica la apropiación del cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, lo que limita su autonomía y capacidad de tomar decisiones sobre su propia sexualidad y reproducción. La violencia obstétrica y la discriminación hacia mujeres vulnerables y personas LGTBIQ+ son ejemplos claros de esta problemática, con impactos significativos en la salud y bienestar de quienes la padecen.

2.1.1. Violencia obstétrica

La violencia obstétrica surge de la intersección de la violencia de género y la violencia institucional en el ámbito de la salud. Se caracteriza por la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, lo que resulta en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales del embarazo. Esta forma de violencia obstaculiza la autonomía y capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos y sexualidad, generando una disminución en su calidad de vida. Además, la violencia obstétrica ha permanecido invisible durante mucho tiempo, no siendo reconocida ni por los sistemas sanitarios y profesionales de la salud, ni por las propias mujeres.

La violencia obstétrica abarca diversas manifestaciones de maltrato, abuso y falta de respeto hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. De acuerdo con un estudio realizado en el Instituto Nacional Materno Perinatal, se encontró que el 53% de usuarias consideró la atención obstétrica como regular y el 12% la calificó como inadecuada (Vela, 2015); sin embargo, esta problemática va más allá de la calidad de la atención médica y está relacionada con violaciones de los derechos humanos y la dignidad de las mujeres. La falta de reconocimiento y regulación adecuada en las legislaciones de muchos países contribuye a la impunidad de los actos de violencia obstétrica, perpetuando así la restricción de los derechos humanos de las mujeres. Esta forma de violencia restringe sus derechos y perpetúa patrones de sumisión ante el personal médico, impactando negativamente en su autonomía y capacidad de decisión sobre su propio cuerpo. Para abordar este problema, es esencial promover una atención obstétrica respetuosa, informada y centrada en las necesidades y decisiones autónomas de las mujeres, reconociendo y combatiendo la cultura de violencia que subyace en la violencia obstétrica.

- **La violencia obstétrica es una manifestación de la violencia de género y la violencia institucional en el ámbito de la salud**

  Guerrero, Ramírez y González (2019) señalan que la violencia obstétrica surge de la intersección de la violencia estructural de género y la violencia institucional en salud. Se caracteriza por la apropiación del cuerpo y procesos reproductivos de las mujeres por parte del personal de salud, lo cual se manifiesta en un trato deshumanizador, abuso de medicalización y patologización de los procesos naturales del embarazo. Esta violencia impacta negativamente en la autonomía y capacidad de decisión de las mujeres sobre sus cuerpos y sexualidad, generando una disminución en su calidad de vida. Además, la violencia obstétrica ha permanecido invisible durante mucho tiempo, no siendo reconocida ni por los sistemas sanitarios y profesionales de la salud, ni por las propias mujeres.

Por su parte, Gherardi (2016) y Medina (2009) sostienen que la violencia obstétrica revela una desigualdad de poder entre los médicos obstetras y las mujeres, evidenciando la privación del derecho de las mujeres a decidir sobre sus propios cuerpos. Además, esta forma de violencia pasa desapercibida y es normalizada por la sociedad y sus instituciones, lo que restringe los derechos humanos y perpetúa patrones de sumisión ante el personal médico. Para abordar esta problemática, es fundamental promover la reflexión ética y un trato humano adecuado por parte de los profesionales de la salud.

- **La violencia obstétrica involucra diferentes formas de maltrato, abuso y falta de respeto hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio**

La violencia obstétrica implica una serie de formas de maltrato, abuso y falta de respeto hacia las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio, como se ha señalado en diferentes investigaciones. Castro y Erviti (2014) cuestionan la conceptualización de este problema como una cuestión de "calidad de la atención" desde una perspectiva gerencial, ya que esta visión simplista no aborda las violaciones de derechos que ocurren en el ámbito de la salud. Por otro lado, Bellón (2015), en su estudio sobre violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica, destaca diversas quejas y reclamos presentados por las mujeres, entre las cuales se encuentran la falta de información adecuada, la humillación en la atención hospitalaria, la realización innecesaria de cesáreas u otros procedimientos riesgosos, y la imposición de rutinas hospitalarias que no han sido validadas para el bienestar de las mujeres. Estos procedimientos violan la dignidad y los derechos humanos de las mujeres, al considerar su cuerpo como algo patogénico que debe ser controlado y medicado según las directrices institucionales.

Gherardi (2016) y Medina (2009) resaltan que la violencia obstétrica también puede manifestarse en formas de violencia psicológica, como el trato deshumanizado, grosero, burlón, discriminatorio y humillante hacia las mujeres durante la atención médica y obstétrica. Esta forma de violencia incluye conductas, acciones u omisiones por parte del personal de salud, como la falta de información adecuada y transparente, que impiden a las mujeres tomar decisiones informadas durante el trabajo de parto. Asimismo, se hace referencia a la omisión de información sobre las distintas intervenciones médicas que podrían llevarse a cabo durante estos procesos, privando a las mujeres de la posibilidad de elegir libremente entre diferentes alternativas. En consonancia, Guevara Ríos (2022), en su publicación sobre violencia obstétrica en la Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, destaca que la violencia obstétrica se manifiesta a través de actos de violencia perpetrados por el personal de salud, que tienen un impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres, como el trato deshumanizador, el abuso de medicalización y la patologización de los procesos naturales del embarazo y el parto.

En este sentido, Távara (2022) tiene una publicación sobre violencia contra la mujer en el entorno de la atención obstétrica, donde destaca diversas manifestaciones de la violencia obstétrica, como el trato irrespetuoso, ofensivo o humillante, el maltrato físico o verbal, los procedimientos médicos sin consentimiento informado, la esterilización sin consentimiento, la negativa a administrar analgésicos, las violaciones flagrantes de la privacidad, el rechazo de admisión en centros de salud, la negligencia hacia las mujeres durante el parto y la retención de mujeres y recién nacidos en los centros de salud debido a su incapacidad de pago. Además, la Corte Interamericana de Derechos Humanos identifica diversas manifestaciones de daño físico, psicológico y/o moral causado por la violencia obstétrica, como el trato deshumanizado, el abuso de medicación y la patologización de los procesos fisiológicos, el maltrato psicológico y la realización de procedimientos no urgentes sin el consentimiento de las mujeres.

Quattrocchi (2018), con sus aportes desde América Latina a la discusión sobre violencia obstétrica, también destaca prácticas inadecuadas que a menudo se utilizan en el contexto obstétrico, como la restricción de líquidos y alimentos durante el parto, el control del dolor sin consentimiento informado, el uso excesivo de intervenciones médicas y la rigidez en los criterios de duración del parto, entre otros. Estas prácticas reflejan la reproducción de relaciones sociales de poder y conocimientos autorizados que desvalorizan y desplazan otros saberes, especialmente el saber femenino, contribuyendo a la persistencia de la violencia obstétrica.

- **La violencia obstétrica puede tener consecuencias negativas en la salud física y psicológica de las mujeres como trastornos psicológicos y patologías clínicas**

En cuanto a las consecuencias físicas, de acuerdo con Salinero y Cárdenas (2021), en su estudio sobre la violencia ginecológica al interior del Modelo Médico en Chile, la violencia obstétrica puede resultar en daños físicos directos para las mujeres, debido a intervenciones médicas innecesarias o mal practicadas. Por ejemplo, la realización de cesáreas innecesarias o el uso excesivo de instrumentos obstétricos pueden causar lesiones en los órganos reproductivos, infecciones o complicaciones graves. Además, la restricción de líquidos y alimentos durante el parto puede debilitar a la mujer y afectar negativamente su proceso de recuperación.

En cuanto a las consecuencias psicológicas, la violencia obstétrica puede tener un impacto significativo en la salud mental y emocional de las mujeres. Las experiencias de trato deshumanizado, burlas, humillaciones y omisión de información pueden generar sentimientos de miedo, angustia, ansiedad, depresión y trauma (Salinero y Cárdenas, 2021).

- **Existe insuficiente reconocimiento y regulación adecuada de la violencia obstétrica en la legislación de muchos países, incluyendo Perú**

  Espinoza (2021), en su tesis sobre el caso Eulogia Guzmán, destaca la ausencia de reportes de casos en los que las autoridades hayan efectuado sanciones o investigaciones sobre esta forma de violencia en el país. A pesar de las recomendaciones de la Defensoría del Pueblo y los desarrollos teóricos realizados por algunos ministerios, se evidencia un vacío de investigación en relación con la problemática de la violencia obstétrica.

  El Informe de Adjuntía N° 023-2020-DP/ADM señaló que en Perú no existía una normativa específica que aborde la violencia obstétrica y no se cuenta con procedimientos claros para investigar y sancionar estos actos de violencia en el sector de la salud. Las opciones para las víctimas se limitan a procesos administrativos regulados por la Ley N° 29414, pero las denuncias a menudo no son gestionadas de manera oportuna por la entidad encargada, Susalud, la cual carece de especialización en este tipo de violencia. Esta falta de reconocimiento y regulación adecuada evidencia la necesidad de contar con marcos legales claros y procedimientos efectivos para prevenir, identificar y sancionar la violencia obstétrica en el contexto peruano. Teniendo en cuenta que diversos estudios en diferentes regiones del país han reportado altas tasas de violencia obstétrica (aproximadamente de 84% a 100%) en sus establecimientos de salud (Huarino y Choque, 2021).

  Sin embargo, como veremos en el siguiente apartado, en los últimos dos años se han aprobado herramientas legales respecto a la violencia obstétrica, entre ellas, la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, aunque su implementación se encuentra aún en proceso y de eso precisamente profundizará el presente estudio.

- **La violencia obstétrica restringe los derechos humanos de las mujeres y perpetúa patrones de sumisión ante el personal médico**

  Según Castro y Erviti (2014), esta forma de violencia está normalizada en la sociedad y las instituciones, lo que implica la discriminación hacia las mujeres y la falta de reconocimiento de su condición femenina. Tenemos como ejemplo al caso del Hospital Nacional Dos de Mayo, donde se observó que el 75.4% de las mujeres experimentaron procedimientos médicos sin su consentimiento; mientras que el 69.4% percibió un trato deshumanizante. Dichos actos de violencia constituyeron procedimientos quirúrgicos sin consentimiento, ausencia de privacidad y maltrato por parte del personal de salud (Moreno-Garrido, 2018).

  Además, esta violencia obstétrica tiene consecuencias negativas en diversos aspectos de la vida de las mujeres, tanto físicos como psicológicos y emocionales, lo que incluye el desarrollo de trastornos psicológicos y patologías clínicas. La falta de una regulación y reconocimiento adecuados en las legislaciones

de muchos países contribuye a la impunidad de los actos de violencia obstétrica, perpetuando así la restricción de los derechos humanos de las mujeres.

Es esencial reconocer y abordar esta situación desde una perspectiva integral, promoviendo una atención obstétrica que sea respetuosa, informada y centrada en las necesidades y decisiones autónomas de las mujeres. De acuerdo con Iparraguirre et al. (2023), la violencia obstétrica representa la sistematización de una cultura de violencia que priva a las mujeres de sus derechos humanos y reproductivos, lo cual incluye la pérdida del derecho a la información, a la integridad y a la salud, pero, sobre todo, a la utonomía y capacidad racional para tomar decisiones sobre su propio cuerpo.

2.2. Marco legal

En el contexto peruano, previo a la aprobación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, la legislación nacional ya había establecido normativas destinadas a la atención y regulación de servicios de salud para víctimas de violencia, así como para brindar una atención integral en salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar. Entre estas normativas se pueden mencionar algunas de ellas:

a. Las Guías Nacionales para la atención integral de la salud sexual y reproductiva, aprobadas mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA

Las directrices establecidas en estas guías definen los estándares y protocolos necesarios para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en el territorio peruano. Su objetivo es asegurar una atención completa, de calidad y respetuosa hacia la salud sexual y reproductiva de la población del país. Estas directrices fueron diseñadas con el propósito de orientar a los profesionales de la salud en la entrega de servicios y en la toma de decisiones relacionadas con la atención de la salud sexual y reproductiva.

Entre los temas abordados por estas guías se incluyen la planificación familiar, el cuidado del embarazo y del parto con enfoque en la salud, la prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, la atención a la salud sexual y reproductiva de los adolescentes, la violencia de género y la atención posterior al aborto, entre otros aspectos relevantes. Asimismo, se hizo énfasis en la importancia de promover la igualdad de género, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, y el acceso equitativo a los servicios de salud sexual y reproductiva para toda la población, sin discriminación alguna.

b. La Norma Técnica de salud para la transversalización de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en salud, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 638-2006/MINSA

Esta norma de 2006 tiene como objetivo principal fomentar la incorporación y aplicación de los enfoques de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad en el ámbito de la salud. Proporciona lineamientos y directrices que permiten a los profesionales de la salud y a los responsables de la formulación de políticas integrar estos enfoques en la planificación, implementación y evaluación de programas y servicios de salud.

Además, la norma enfatiza la importancia de la formación y capacitación del personal de salud en estos enfoques, reconociendo que esto es fundamental para su adecuada implementación. Asimismo, resalta la necesidad de fomentar la participación activa de la comunidad en la toma de decisiones relacionadas con la salud, reconociendo el valor de la colaboración y el empoderamiento de las personas en el cuidado de su propia salud.

c. La Guía Técnica para la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género, aprobada mediante Resolución Ministerial N° 141-2007/MINSA

Esta guía tiene como objetivo principal proporcionar orientación a los profesionales de la salud en la atención integral de las personas afectadas por la violencia basada en el género. La guía establece los procedimientos y protocolos que deben seguirse para la identificación, atención, prevención y seguimiento de las víctimas de violencia de género. Entre los aspectos abordados en esta guía se encuentran la definición y los diferentes tipos de violencia de género, la identificación y valoración de las víctimas, así como la atención médica y psicológica necesaria. Además, se abordan aspectos relacionados con la prevención y promoción de la salud en el contexto de la violencia de género.

d. Norma Técnica de Salud de Planificación Familiar N° 124-2016 aprobada mediante Resolución Ministerial N° 652-2016/MINSA

El Minsa cuenta, desde 2016, con esta norma que establece las disposiciones relacionadas con los procesos de atención integral en planificación familiar con calidad y seguridad que son brindados en todos los establecimientos de salud a nivel nacional. La NTS también establece las responsabilidades y los procedimientos administrativos y logísticos para asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos en los establecimientos de salud, lo cual permite la provisión de métodos de planificación familiar de acuerdo con su opción reproductiva.

d. Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, aprobado por DS N° 009-2016-MIMP

La ley aprobada en 2016 tiene por objeto prevenir, erradicar y sancionar toda forma de violencia producida en el ámbito público o privado contra las mujeres por su condición de tales y contra los integrantes del grupo familiar; en especial, cuando se encuentran en situación de vulnerabilidad por la edad o situación física como las niñas, niños, adolescentes, personas adultas mayores y personas con discapacidad. Para lograr ello, establece mecanismos, medidas y políticas integrales de prevención, atención y protección de las víctimas, así como reparación del daño causado; y dispone la persecución, sanción y reeducación de los agresores sentenciados con el fin de garantizar a las mujeres y al grupo familiar una vida libre de violencia asegurando el ejercicio pleno de sus derechos.

En el artículo 5, se define la violencia contra las mujeres como cualquier acción o conducta que les causa muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico por su condición de tales, tanto en el ámbito público como en el privado, mencionando explícitamente que esta también puede suceder en los establecimientos de salud.

e. Modificatoria de la Ley N° 30364, Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar, DS N° 004-2019-MIMP

Los incisos del artículo 76 de la Ley N° 30364 están relacionados con la atención en los establecimientos de salud, los cuales deben brindar servicios de atención en todos los niveles de cuidado, ya sea en régimen ambulatorio o de internamiento, con el propósito de prevenir, promover, diagnosticar, tratar y rehabilitar la salud de las personas. Cuentan con personal especializado para realizar evaluaciones y emitir informes y certificados de salud física y mental, además de tener documentos técnicos normativos para la atención de víctimas de violencia. Las víctimas de violencia reciben atención médica y psicológica de emergencia y continua, siguiendo un protocolo de atención que busca reducir las consecuencias de la violencia. Tienen derecho a una atención oportuna y a recibir certificados que evidencien los actos de violencia, junto con insumos y equipos de emergencia para los casos de violencia familiar. En situaciones de violencia sexual, se informa sobre el acceso a tratamientos para infecciones de transmisión sexual, antirretrovirales, anticonceptivos de emergencia y otros recursos que mitiguen las consecuencias de la violación sexual.

f. NTS 157-MINSA/2019/DGIESP, Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de adolescentes

La NTS N° 157-MINSA/2019/DGIESP es una normativa que tiene como finalidad establecer las directrices y lineamientos para brindar una atención integral de salud a los adolescentes en nuestro territorio. Esta

atención se fundamenta en el respeto a los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de la equidad y el reconocimiento de la diversidad cultural. Su alcance incluye a los adolescentes comprendidos entre los 10 y 19 años de edad.

La norma aboga por el reconocimiento de los derechos de los adolescentes en materia de salud, entre ellos, el derecho a recibir atención médica, a participar en las decisiones que afecten su bienestar, a mantener su privacidad y a recibir información adecuada sobre su salud. Si bien abarca diversos aspectos de la salud, uno de los temas cruciales abordados por la norma es la salud sexual y reproductiva de los adolescentes. Para ello, se establecen directrices para la educación sexual, la prevención de embarazos no deseados, el acceso a métodos anticonceptivos y la prevención de infecciones de transmisión sexual.

Otro aspecto relevante es la atención a la salud mental de las y los adolescentes. La norma enfatiza la importancia de la salud emocional y proporciona orientación sobre la detección temprana y el tratamiento de trastornos mentales. Asimismo, la NTS busca enfrentar la violencia y el maltrato que puedan afectar a las y los adolescentes, alentando su identificación y tratamiento adecuado.

g. Directiva sanitaria para el uso del kit para la atención de casos de violencia sexual, RM N° 227-2019-MINSA

Establece las pautas y procedimientos para la correcta utilización del kit en la atención de casos de violencia sexual. Este kit comprende insumos médicos y productos farmacéuticos necesarios para brindar una atención integral a las víctimas de violencia sexual, tales como anticonceptivos de emergencia, medicamentos para la prevención de enfermedades de transmisión sexual, materiales para la toma de muestras y documentación forense, entre otros. La directiva detalla los pasos que deben seguirse para la recolección de evidencia, el tratamiento médico, la atención psicológica y el seguimiento de las víctimas. Además, enfatiza la importancia de garantizar la confidencialidad, el respeto a los derechos humanos y la coordinación intersectorial en la atención de estos casos. El objetivo principal de esta directiva es asegurar una atención integral y de calidad a las víctimas de violencia sexual en el sistema de salud peruano, estableciendo acciones específicas a seguir en los establecimientos de salud para garantizar el armado, disponibilidad y acceso de los kits en función de los diferentes niveles de atención.

En conclusión, el marco legal peruano ha buscado brindar atención integral y de calidad a víctimas de violencia y promover la salud sexual y reproductiva, incluyendo sus diferentes servicios. La aprobación de la Norma Técnica de Salud N° 180-2021 es un hito en la lucha contra la violencia de género en los servicios de salud, marcando estándares más altos de atención y protección. En el siguiente capítulo se profundizará en esta norma y su relevancia en los servicios de salud sexual y reproductiva.

h. NTS N° 164-MINSA/2020/DGIESP, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual

Esta norma tiene como propósito establecer las directrices para brindar una atención integral de salud a mujeres e integrantes del grupo familiar que han sido afectados por violencia sexual. El enfoque central de esta norma es el respeto a los derechos humanos y la perspectiva de género, con el fin de asegurar una atención de calidad y libre de revictimización para las personas que han sufrido violencia sexual. Para ello define lo que se entiende por violencia sexual, abarcando diferentes formas de agresión que pueden ocurrir; asimismo, se enfoca en proporcionar una atención inmediata y acogedora en los establecimientos de salud para las víctimas de violencia sexual.

En cuanto a la atención médica y psicológica, la NTS N° 164 establece los procedimientos y lineamientos necesarios para brindar los cuidados adecuados a las víctimas. Esto incluye la prevención y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, así como la disponibilidad de anticoncepción de emergencia. Asimismo, promueve la importancia de llevar un registro adecuado de los casos de violencia sexual y realizar las notificaciones pertinentes para contar con información fiable y actualizada sobre la problemática. Por último, la norma aborda aspectos de prevención y promoción, reconociendo la necesidad de trabajar en la prevención de la violencia sexual y la promoción de la igualdad de género en la sociedad.

2.3. NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 para la prevención y eliminación de la violencia de género

La NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 fue aprobada con el objetivo de establecer disposiciones para prevenir y eliminar cualquier tipo de violencia de género por parte del personal de la salud hacia las personas usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de los establecimientos de salud (EESS). Ello con la finalidad de contribuir a la prevención y eliminación de la violencia de género en los servicios de salud sexual y reproductiva del país.

Tiene un ámbito de aplicación obligatoria a nivel nacional en todos los centros de atención médica que ofrecen servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. Esto incluye los establecimientos del MINSA, a través de las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS), así como los Gobiernos Regionales a través de las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y Gerencias Regionales de Salud (GERESA), o entidades equivalentes a nivel regional. También se aplica a entidades como el Seguro Social de Salud (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú, así como a los establecimientos privados y mixtos a nivel nacional que ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva.

Además, se aplica a los servicios médicos de apoyo tanto públicos como privados que están vinculados a los servicios de salud sexual y reproductiva. También es de aplicación para personas naturales o jurídicas, así como otras instituciones del sector público y privado que ofrecen servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. Contempla los servicios, tales como atención ginecológica, exámenes ecográficos, consejería y planificación familiar, preconcepcional, prenatal, casos de complicaciones obstétricas como aborto por indicación terapéutica y atenciones posaborto, y atención del parto.

Cabe resaltar que la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 es parte de las acciones de la Ley N° 30364, específicamente en el Objetivo Prioritario 2: Garantizar el ejercicio de los derechos a la salud sexual y reproductiva de las mujeres en el lineamiento 2.1: Mejorar los servicios de salud sexual y reproductiva de las mujeres. Asimismo, es parte de las normas complementarias para la prestación del Servicio Nº 2.1.1: Producción y difusión de información a nivel nacional y con enfoque intercultural, sobre los derechos a la salud sexual y reproductiva, y el derecho a una vida libre de violencia, incluyendo métodos anticonceptivos, beneficios y riesgos, parto vertical, aborto terapéutico, consentimiento informado, libre y voluntario, violencia obstétrica y derecho de los y las usuarias de los servicios de salud (MINSA).

A pesar de la publicación de la 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 en 2021, el colectivo Obstetras Feministas sostiene que la violencia obstétrica sigue siendo un problema invisible (Wayka, 2022). La falta de una denominación estandarizada dificulta su reconocimiento y concientización. Según dicha

organización, es fundamental que el sistema sanitario reconozca este tipo de violencia; sin embargo, el personal de salud encuentra dificultades para reconocer las prácticas violentas en la atención obstétrica y ginecológica.

Para fines de esta investigación, se envió una solicitud de acceso a la información pública que revela una preocupante insuficiencia en la acción del MINSA. Según la información remitida por el MINSA, se llevó a cabo únicamente una reunión virtual de socialización de la norma técnica el 15 de septiembre de 2022. El video de más de 2 horas puede encontrarse en YouTube con el título "PRESENTACIÓN Y SOCIALIZACIÓN DE LA N.T.S. PARA LA PREVENCIÓN Y ELIMINACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO". Si bien el propósito de esta reunión era sensibilizar al personal de salud sobre los derechos sexuales y reproductivos, y promover una atención de calidad, libre de discriminación y violencia, resulta evidente que una única acción virtual no es suficiente para abordar de manera efectiva esta problemática.

Es fundamental que el MINSA implemente estrategias más robustas y sostenidas en el tiempo, que incluyan capacitación continua, supervisión y monitoreo de la aplicación de la norma técnica en todos los establecimientos de salud. Asimismo, es necesario fortalecer la coordinación intersectorial y el trabajo en conjunto con otras entidades y organizaciones relevantes para asegurar una respuesta integral y efectiva en materia de salud sexual y reproductiva. La falta de acciones concretas y continuas por parte del MINSA puede limitar el alcance y la efectividad de la norma técnica, poniendo en riesgo la calidad de la atención y la protección de los derechos de las personas en materia de salud sexual y reproductiva.

2.4. Legislación comparada

En la región latinoamericana, ha habido avances en la legislación respecto a la violencia obstétrica. La siguiente tabla presenta la legislación sobre violencia obstétrica en países de Latinoamérica.

LEGISLACIÓN SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DE PAÍSES DE LA REGIÓN LATINOAMERICANA	
Argentina	En 2004, se promulgó la Ley N° 25.929, Parto Humanizado, que establece que las obras sociales y las entidades de medicina prepaga deben brindar ciertas prestaciones relacionadas con el embarazo, trabajo de parto, parto y posparto, como parte del Programa Médico Obligatorio
Bolivia	Aunque no se menciona específicamente la violencia obstétrica, la Ley N° 348, Ley integral para garantizar a las mujeres una vida libre de violencia, incluye la definición de "violencia contra los derechos reproductivos", que comprendería la definición de violencia obstétrica según la legislación peruana.
Ecuador	La Ley Orgánica de Salud de Ecuador aborda la violencia obstétrica desde una perspectiva multicultural, respetando los conocimientos y prácticas tradicionales de los pueblos indígenas y afroecuatorianos, así como de la medicina alternativa, siempre que no comprometan la vida e integridad física y mental de la persona.
Colombia	Aunque no cuenta con una regulación específica sobre la violencia obstétrica, Colombia dispone de una normativa relacionada con la violencia contra las mujeres. Además, el Ministerio de Salud ha publicado una "Guía de Práctica Clínica" en 2013 que recomienda principios de parto humanizado, como el derecho de la mujer a tener un acompañante durante todo el proceso.
México	Existen dos niveles de regulaciones en México: federal y estatal. A nivel federal, no existe una regulación explícita sobre la violencia obstétrica, pero está incluida en la definición y tipos de violencia contra las mujeres establecidos en la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia. A nivel estatal, diez Estados han desarrollado regulaciones específicas sobre la violencia obstétrica, tipificándola como delito en algunos casos.
Panamá	En Panamá, se promulgó una ley en 2013 que adopta medidas de prevención contra la violencia hacia las mujeres y reforma el Código Penal para tipificar el feminicidio y sancionar los actos de violencia contra las mujeres. Sin embargo, no se menciona específicamente la violencia obstétrica.
Venezuela	Venezuela fue uno de los primeros países en reconocer la violencia obstétrica como una forma de violencia de género contra las mujeres, tipificándola como delito. La normativa abarca diversas conductas, como la atención inadecuada de emergencias obstétricas, imposición de un tipo de parto, obstaculización del apego entre madre e hijo sin justificación médica, alteración del proceso natural de parto de bajo riesgo y realización de cesáreas sin consentimiento y sin condiciones que lo justifiquen. Las sanciones previstas son principalmente pecuniarias, en forma de multas, en lugar de privación de libertad.

3.

3. Metodología

3.1. Enfoques

Este estudio ha sido guiado por cinco enfoques clave: enfoque de género con perspectiva cuir, enfoque de diversidad e interculturalidad, enfoque de derechos humanos, enfoque interseccional de las discriminaciones y enfoque de ciclo de vida. Estos han permitido analizar las cuestiones relacionadas al género, edad y cultura de las participantes del estudio. A continuación, se detalla cada uno:

Enfoque de género con perspectiva cuir

El enfoque de género se centra en analizar la construcción y reproducción de las desigualdades sociales entre hombres y mujeres. Su objetivo es fomentar la igualdad de oportunidades y empoderar, especialmente en entornos patriarcales, a las mujeres y niñas como agentes de derechos, fortaleciéndolas (Faundez y Weinstein, 2013). Debido a ello, este enfoque posee especial relevancia para analizar el acceso y ejercicio de derechos en poblaciones socialmente excluidas, como personas migrantes, LGBTIQ+ e indígenas, pues las creencias vinculadas al género (ideas relacionadas a las capacidades, roles que ocupan en la sociedad, participación, etc.) pueden incrementar su situación de vulnerabilidad, al mediar la posibilidad de tener el derecho a formar parte de espacio de tomas de decisiones o el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

En esa línea, se opta por emplear un enfoque de igualdad de género desde la perspectiva cuir, la cual desafía y cuestiona la matriz heterocisnormativa y reivindica las corporalidades no alineadas en la tradición binaria construida desde el género (Zelada, 2018). El enfoque cuir busca el aterrizaje de la teoría queer en el contexto surandino, por lo que implica expandir las fronteras de la división dual de la sexualidad humana hacia un modelo que abarca las infinitas formas de ser, sentir y habitar el cuerpo, reconociendo una valoración igualitaria de estas (Saldivia, 2010). Este enfoque también propone evidenciar y transformar los impactos del binarismo en quienes lo desafían, así como visibilizar las diversas violencias contra las personas que salen de la matriz cisheteronormativa en el ejercicio de sus derechos.

Enfoque de diversidad e interculturalidad

Emplear un enfoque intercultural con perspectiva crítica no constituye un simple reconocimiento de la diversidad de culturas que pueden existir en un país o región, sino la identificación y abordaje de las estructuras de poder que sostienen las jerarquías en estas relaciones (Tubino, 2008). Así, esta perspectiva busca problematizar el concepto de igualdad, demandando que los proyectos realizados bajo dicho enfoque reconozcan el bagaje de experiencias y saberes que cada cultura trae al debate como igual de relevantes y valiosos. Sin embargo, a la par de ello, exige que se reconozcan las relaciones de poder históricamente existentes entre las culturas y se

garantice la implementación de medidas equitativas que aseguren la participación, derechos y desarrollo de todas ellas. En esa línea, promueve el diálogo intercultural y asume que el conflicto, posible escenario a darse en el contacto entre culturas, es una posibilidad de aprendizaje y cambio.

De acuerdo con esta mirada, con la interculturalidad se busca refundar y reconceptualizar las estructuras sociales y epistémicas, evitando que el foco recaiga solamente en la cultura hegemónica, y se busca revalorizar los conocimientos, perspectivas y problemáticas de todas las culturas en un territorio determinado, desde sus diferencias y diversidad, alejándose así de perspectivas paternalistas, colonizadoras y patologizantes.

Enfoque de derechos humanos

Según lo propuesto por la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OHCHR, 2006, citado en Faundez y Weinstein, 2013), el enfoque de derechos humanos es entendido como "un marco conceptual para el proceso de desarrollo humano que desde el punto de vista normativo está basado en las normas internacionales de derechos humanos y desde el punto de vista operacional está orientado a la promoción y la protección de los derechos humanos". En ese sentido, promueve el acceso efectivo a derechos mediante el empoderamiento de los y las sujetas de derechos y la intervención sobre las causas estructurales de la discriminación y la violencia en contextos sociopolíticos; características que permiten brindar rigurosidad y sostenibilidad a los proyectos que emplean este enfoque.

A partir de esto, desde una mirada normativa, "agrega legitimidad al proceso de desarrollo, ya que está basado en valores universales que se reflejan en normas y reglas jurídicamente vinculantes para los Estados" (Faundez y Weinstein, 2013, p.21). Asimismo, destaca la importancia de incorporar procesos participativos de calidad y responsables con las poblaciones a trabajar, estrategia que debe priorizar a aquellos grupos en situación de exclusión multidimensional y prestar atención a no profundizar las situaciones de desigualdad ya existentes.

Enfoque interseccional de las discriminaciones

El término "interseccional" fue acuñado por la teórica y activista feminista Kimberlé Crenshaw en 1989. Ella utilizó el término para explicar cómo el racismo y el sexismo interactúan y se refuerzan mutuamente, y cómo esto afecta de manera diferente a las mujeres negras en comparación con las mujeres blancas o los hombres negros. El enfoque interseccional sostiene que estas diferentes identidades no son independientes unas de otras y que es importante considerar cómo interactúan para comprender plenamente la experiencia de una persona y las desigualdades a las que se enfrenta (Crenshaw, 2017).

Así, la interseccionalidad se puede entender como un marco diseñado para explorar la dinámica entre identidades coexistentes y su relación con los sistemas de opresión, tales como el patriarcado, el racismo,

la homofobia, entre otros sistemas conectados de opresión (por ejemplo, patriarcado, supremacía blanca) (Crenshaw, 2017). El término desafía el supuesto de que las personas son un grupo homogéneo, igualmente posicionado por las estructuras de poder. Así, la interseccionalidad visibiliza cómo los diversos factores distintos al género inciden en agudizar las situaciones de vulnerabilidad y afirmar la discriminación. Entre estos factores se identifican, por ejemplo: la etnicidad, la clase, la procedencia geográfica, la lengua, la situación de discapacidad, la edad, entre otros.

Enfoque de ciclo de vida

Este enfoque permite entender las particularidades de cada etapa del desarrollo humano, reconociendo que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida y que las intervenciones desde las políticas públicas deben considerar las particularidades del grupo etario y los efectos de las intervenciones a largo plazo en la vida de las personas. Además, facilita la identificación de oportunidades, riesgos y brechas específicas en cada momento del ciclo vital, optimizando el uso de recursos, considerando las vulnerabilidades producidas por la condición etérea en el abordaje de problemáticas y contribuyendo a identificar momentos y grupos claves para priorizar intervenciones (El Peruano, 2017).

En esa línea, aunque existen problemáticas que toda persona puede atravesar a lo largo de su vida (violencia, migración, pobreza, enfermedad, etc.), este enfoque evidencia el efecto y vivencia diferenciado de acuerdo con la etapa etaria en la que se encuentre. En el caso de este estudio, el enfoque de ciclo de vida adquiere relevancia al analizar la violencia de género desde la perspectiva de los y las jóvenes, especialmente niños, niñas y adolescentes (NNA), quienes son considerados una población especialmente vulnerable. Así, invita a analizar las condiciones actuales de los centros de salud considerando las necesidades de las poblaciones más jóvenes, lo cual pone en relieve las carencias existentes en la atención de sus necesidades de salud y enfatiza la importancia de implementar estrategias que incluyan sus perspectivas.

Además, este enfoque permite resaltar factores de opresión que puedan influir en el trato hacia este grupo, como el adultocentrismo. El adultocentrismo es entendido como el sistema de poder que privilegia a los y las adultas sobre generaciones más jóvenes, minimizando las voces de NNA en el debate público y cuestionando su capacidad para tomar decisiones sobre su propia vida (UNICEF, 2013). En esa línea, las creencias adultocentristas se convierten en una de las bases para la negación del derecho de jóvenes y adolescentes para decidir sobre su sexualidad, lo que puede llevar a desinformar, cohibir y/o culpabilizar a los y las jóvenes en espacios dirigidos a promover su educación sexual integral (Cuasés, 2019).

3.2 Métodos

La metodología que se empleó fue cualitativa, incluyendo la revisión bibliográfica, la aplicación de entrevistas semiestructuradas, la observación sistemática y la experimentación como usuarias. Los establecimientos de salud seleccionados ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva y son los siguientes: Centro Materno Infantil San José (VES), Centro Materno Infantil César López Silva (VES), Centro Materno Infantil Juan Pablo II (VES), Centro Materno Infantil Manuel Barreto (SJM), Hospital María Auxiliadora (SJM) y Centro Materno Infantil Ollantay (SJM). Las personas informantes han sido las profesionales de salud, promotoras de salud y personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva en cada uno de los establecimientos de salud.

Recolección, revisión y análisis de información documental

Se inició con una fase de revisión documentaria relacionada con el tema de derechos sexuales y reproductivos, y servicios de salud sexual y reproductiva. Asimismo, se revisó la normativa correspondiente, como la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, que tiene el objetivo de establecer disposiciones para prevenir y eliminar cualquier tipo de violencia de género por parte del personal de la salud hacia las personas usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva de los Establecimientos de Salud (EESS). La normativa sirvió como insumo para elaborar los instrumentos de recolección de información, como la guía de entrevista semiestructurada y la guía de observación sistemática.

Entrevistas semiestructuradas

En cuanto a las entrevistas, dicho instrumento estuvo pautado a través de una guía común de entrevista semiestructurada y añadiendo aspectos específicos por perfil, los cuales fueron aplicados de forma presencial en los centros seleccionados de ambos distritos y de manera remota con una de las usuarias (mediante Google Meet). Para dicha aplicación, el equipo investigador acudió a los respectivos establecimientos de salud de los distritos de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador. Es importante mencionar que el personal de salud entrevistado se delimitó a obstetras, enfermeras y laboratoristas. En el caso de las usuarias, se planteó entrevistas a mujeres jóvenes, mujeres primerizas, usuarias de los servicios de planificación familiar y ginecología, así como a personas LGBTIQ+. El detalle de las guías de entrevista puede verse como anexo a este documento.

Durante la aplicación de las entrevistas, se contó con un protocolo de confidencialidad y de contención, en caso alguna de las preguntas resultara movilizante para la participante. Asimismo, cada investigadora, independientemente de su nivel de involucramiento en el proyecto, firmó una declaración jurada de confidencialidad con la finalidad de garantizar la protección de datos personales de las y los participantes del estudio.

El diseño muestral para las entrevistas fue de tipo intencional o también llamado por conveniencia, en el cual el equipo evaluador se basó en su propio juicio para elegir aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos. Para establecer el marco muestral, se solicitó una lista de profesionales de salud, promotoras y personas usuarias de cada distrito que fueron incluidas en el estudio. Asimismo, se realizaron entrevistas a usuarias que se encontraban a la espera de su atención dentro de los establecimientos de salud.

Observación sistemática

La observación sistemática se empleó para recopilar datos observados y registrar de manera objetiva y sistemática los comportamientos, acciones y eventos que ocurren en cada entorno. En este caso, el entorno lo constituye cada establecimiento de salud seleccionado; en ese sentido, se observó por 30 minutos en cada centro, durante la mañana, con el fin de obtener datos detallados y precisos sobre comportamientos relacionados al cumplimiento de la Norma Técnica N° 180-2021 en un contexto natural. Para la observación, se seleccionaron tres establecimientos de salud públicos de cada distrito, los cuales son especificados a continuación:

Tabla 1. Días en los que se realizó la observación sistemática

Establecimiento de salud	Fecha de observación sistemática
Villa El Salvador	
Centro Materno Infantil San José	15 de mayo de 2023
Centro Materno Infantil César López Silva	15 de mayo de 2023
Centro Materno Infantil Juan Pablo II	17 de mayo de 2023
San Juan de Miraflores	
Centro Materno Infantil Manuel Barreto	18 de mayo de 2023
Hospital María Auxiliadora	19 de mayo de 2023
Centro Materno Infantil Ollantay	19 de mayo de 2023

Experimentación como usuarias

Nuestro equipo realizó cuatro sondeos de experiencias como usuarias en dos centros materno infantil: Manuel Barreto y César López Silva. Este sondeo buscó conocer cómo es la experiencia de las usuarias al solicitar distintos servicios de salud sexual y reproductiva con el fin de identificar obstáculos y buenas prácticas en su desarrollo. Para ello, las investigadoras solicitaron en primera persona los servicios que requerían o que probablemente podrían requerir.

Los servicios que se solicitaron fueron: consejería en planificación familiar, examen de Papanicolaou y entrega del anticonceptivo oral de emergencia. En el primer servicio solicitado también se procuró conocer la experiencia de una persona que se identifica como bisexual, quien acudía para "aprender a cuidarse" durante las relaciones sexuales con una pareja del mismo sexo. La ruta recorrida por las usuarias se encuentra reflejada en los resultados del informe.

Área de consultorios
del CMI San José
Fotografía propia, mayo de 2023

Sala de espera de consultorios
del CMI Juan Pablo II
Fotografía propia, mayo de 2023

3.3 Participantes

Según los objetivos específicos del estudio, la información se obtuvo de las siguientes fuentes:

Tabla 2. Total de participantes según perfil

Perfil	Cantidad de participantes
Proveedoras de salud de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva: médicas, obstetras y enfermeras, principalmente.	9
Usuarias de los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva, con 2 de usuarias LGTBIQ+.	17
Promotoras de salud de los establecimientos de salud	4
Total de testimonios	**29**

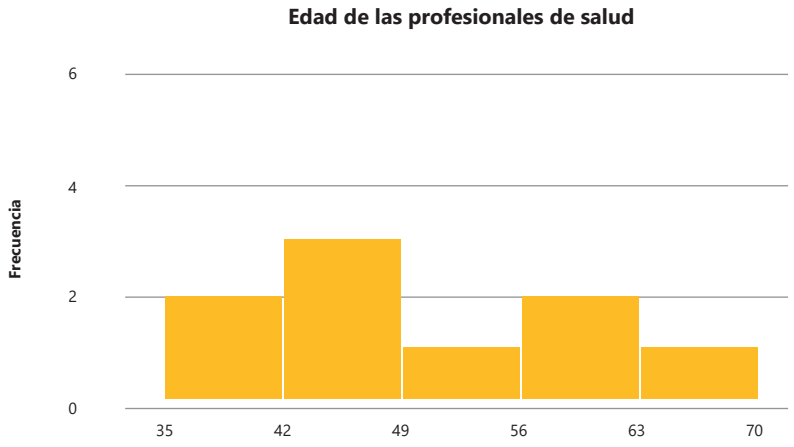
Tabla 3. Total de participantes según perfil y distrito

EESS	Usuarias	PS	Promotoras	Total
San Juan de Miraflores	11	7	2	20
CMI Manuel Barreto	5	4	2	11
Hospital María Auxiliadora	4	2	0	6
CMI Ollantay	2	1	0	3
Villa El Salvador	6	2	2	9
CMI Juan Pablo II	0	0	2	2
CMI César López Silva	6	1	0	7
CMI San José	0	1	0	0
Total	**17**	**9**	**4**	**29**

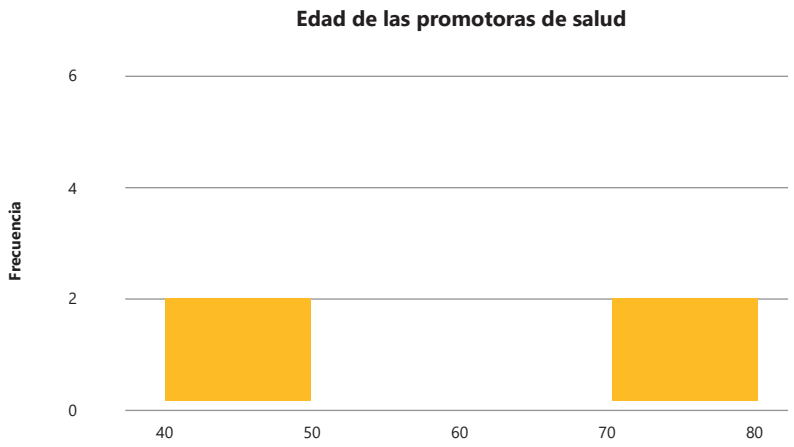
El objetivo de entrevistar al personal de salud fue saber sobre su conocimiento acerca de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 y cómo la están implementando en sus servicios, incluyendo las buenas prácticas y obstáculos que han encontrado en esta implementación y en las distintas etapas de los itinerarios terapéuticos que siguen en el manejo de pacientes. Para ello, las organizaciones Movimiento Manuela Ramos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán asumieron la responsabilidad de buscar y contactar a diversos profesionales del ámbito de la salud. El proceso de agendar entrevistas se basó en la disponibilidad y disposición de aquellas personas contactadas, resultando en las siguientes profesionales de la salud, todas ellas mujeres:

Tabla 4. Perfiles de proveedoras de salud entrevistadas

Proveedoras de salud de los EESS	Cantidad
Obstetras	6
Enfermeras/os y/o técnicas/os	2
Laboratoristas	1
Total	**9**



Con respecto a las promotoras de salud, se entrevistaron a cuatro mujeres que cumplen con dicho rol en los distintos establecimientos de salud de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador, debido a que poseen un papel fundamental en la conexión entre la comunidad con los establecimientos de salud, así como en la orientación de las personas usuarias sobre los servicios de salud sexual y reproductiva.



En cuanto a las personas usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva, el objetivo fue conocer la ruta de atención que siguen en cada servicio, para analizar su experiencia y percepción acerca del servicio de salud sexual y reproductiva al que acudieron, así como constatar si se siguieron las normas que se aplican a cada uno de ellos. Para cumplir con este objetivo, se entrevistó a usuarias que hayan acudido a los servicios descritos, en los últimos 12 meses en alguno de los establecimientos de salud seleccionados (ver Tabla 5), de las cuales dos fueron personas LGTBIQ+ (1 mujer bisexual y 1 mujer trans).

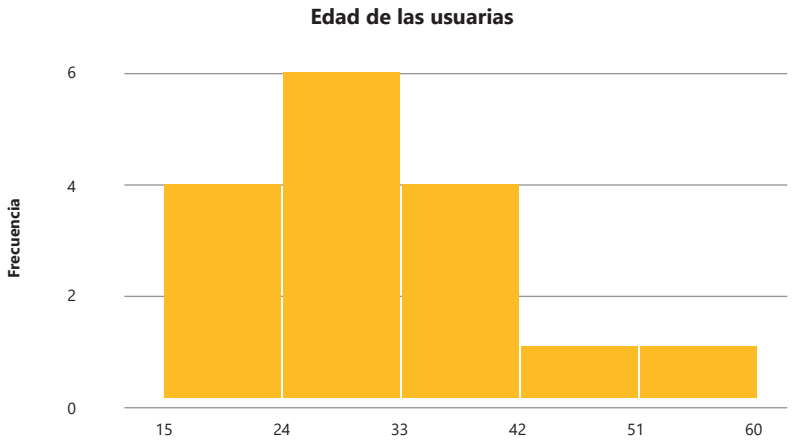
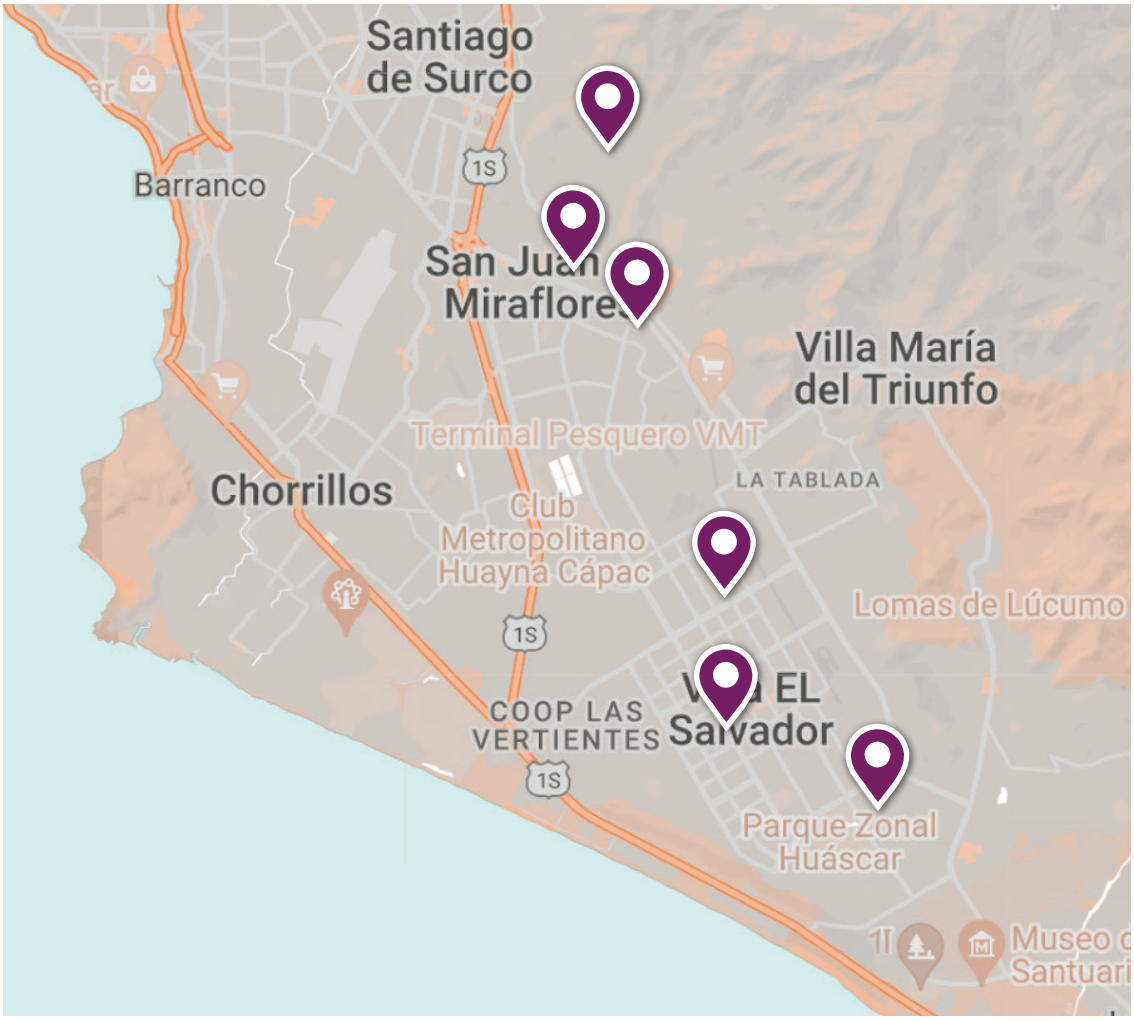


Tabla 5. Perfiles de usuarias entrevistadas de acuerdo con los servicios solicitados

Perfil de persona usuaria de los EESS atendida en los últimos 12 meses	Cantidad
Emergencia ginecológica	1
Parto	3
Planificación familiar	9
Control prenatal	2
Ginecología	1

Los establecimientos de salud

Los establecimientos de salud que fueron el ámbito de estudio se encuentran ubicados en dos distritos de Lima Sur: San Juan de Miraflores y Villa El Salvador, en la zona sur de Lima Metropolitana, según se observa en el siguiente mapa:



Fuente: Google Maps

Respecto al distrito de San Juan de Miraflores, la mayoría de personas son categorizadas en los estratos medio bajo y medio (INEI 2020), y se observa que no hay zonas ubicadas en el estrato alto.

ESTRATO	INGRESO PER CÁPITA POR HOGARES (Soles)*	PERSONAS %	HOGARES %	MANZANAS %
Alto	2,412.45 a más			
Medio alto	1,449.72 - 2,412.44	21.2	22.4	14.7
Medio	1,073.01 - 1,449.71	31.4	31.7	22.9
Medio bajo	863.72 - 1,073.00	38.9	36.6	38.9
Bajo	863.71 a menos	8.5	9.3	23.6
TOTAL		100.0	100.0	**100.0**

*A precios reales

Respecto al distrito de Villa El Salvador, la mayoría de personas son categorizadas en los estratos medio bajo y bajo (INEI 2020), y se observa que casi no hay hogares en el estrato medio alto (y ningún hogar en estrato alto).

ESTRATO	INGRESO PER CÁPITA POR HOGARES (Soles)*	PERSONAS %	HOGARES %	MANZANAS %
Alto	2,412.45 a más			
Medio alto	1,449.72 - 2,412.44	0.8	1.0	0.7
Medio	1,073.01 - 1,449.71	29.5	29.9	25.3
Medio bajo	863.72 - 1,073.00	55.6	54.9	54.6
Bajo	863.71 a menos	14.1	14.3	19.4
TOTAL		100.0	100.0	**100.0**

*A precios reales

3.4 Operativo de Campo

El presente estudio fue llevado a cabo en Lima, específicamente en los distritos de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador. Se programaron entrevistas con proveedores de salud y usuarios de los servicios en colaboración con los equipos de Movimiento Manuela Ramos y Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, con el propósito de realizar las entrevistas desde el lunes 14 hasta el viernes 19 de mayo, habiéndose coordinado previamente las fechas de las mismas los días 27 y 28 de abril.

Las entrevistas con el personal de salud se llevaron a cabo en los respectivos establecimientos de salud donde ejercen sus funciones, y se aprovecharon estas visitas para llevar a cabo también observaciones sistemáticas. Por otro lado, las entrevistas a los usuarios se realizaron en las salas de espera, siendo una de ellas realizada a través de una videollamada con una mujer trans. Las experiencias de los usuarios fueron recopiladas por miembros del equipo de investigación.

3.5. Procesamiento y análisis

A partir del recojo de información que se realizó en los distintos centros de salud mediante las técnicas mencionadas, se procedió a analizar la información. En cuanto a las entrevistas, la información fue transcrita y grabada con el previo consentimiento de cada participante. Para ello, se elaboró un modelo de consentimiento informado que permite su adaptación a un contexto oral. Posterior a ello, se transcribió y sistematizó la información en una matriz con el fin de responder las preguntas correspondientes a los objetivos de la investigación. En cuanto a la observación sistemática, se sistematizaron las conductas reportadas por las personas investigadoras de acuerdo con cada centro, tomando en cuenta el registro anecdótico de cada entrevistadora.

Posterior a ello, se buscó establecer una relación entre los hallazgos de las fuentes primarias con los hallazgos de los demás métodos, manteniendo los objetivos planteados en la investigación como guía para el análisis. En la etapa de análisis, a partir de la triangulación de la información, la aplicación de estos instrumentos permite obtener información para ajuste, medición y seguimiento de las metas.

3.6. Criterios éticos

De manera transversal, esta investigación planteó el principio de beneficencia y no maleficencia. Este buscó asegurar ante todo el bienestar y derechos de las poblaciones con las que se trabajó, evitando en la mayor medida posible cualquier daño hacia esta. En miras a cumplir este principio, el equipo implementador se comprometió a reflexionar a lo largo de todo el proceso de investigación sobre su actuar, buscando prevenir posibles situaciones de daño consciente o inconsciente, tales como dinámicas propias de relaciones de poder, paternalismo o revictimización. Se hizo especial énfasis en la prevención de la revictimización, pues al trabajar con mujeres, personas migrantes, adolescentes y/o personas LGBTIQ+ que pudieron haber sido víctimas de violencia en los establecimientos de salud, fue necesario asegurar con mayor cautela que las actividades y temáticas a tratar no impliquen algún daño hacia ellas. En esa línea, el equipo investigador está entrenado en acciones y técnicas de contención emocional, en el marco de las consideraciones de la ética del cuidado, con el fin de evitar daño alguno en las participantes o algún otro proceso de angustia.

Asimismo, se elaboró un consentimiento informado que protegió los derechos a la privacidad, la voluntariedad, la confidencialidad y el derecho a retirarse de la entrevista, sin que ello signifique un perjuicio para su persona y el derecho a abstenerse de contestar alguna pregunta. Dicho consentimiento fue leído a todas las promotoras y personal de salud antes de iniciar y su consentimiento de forma oral quedó grabado en audio.

Por último, en el caso de las usuarias, fueron entrevistadas brevemente en las inmediaciones del establecimiento de salud en el que se encontraban. Se les explicó de forma oral en qué consistiría su participación y la confidencialidad de la misma y, también de manera oral, brindaron su consentimiento para iniciar la entrevista.

POSTA

RESULTADOS

4.

DE LA LUCHA CONTRA
EL CÁNCER DE MAMA
19 DE OCTUBRE
Atenciones prenatales:
Del 1er al 7mo mes
En el 8vo mes
En el 9no mes
1er miércoles de mayo
Día Mundial de la Salud Mental Materna

4. Violencias de género en la atención

En este apartado, se expondrá la influencia de los roles de género en la calidad de atención y labor del personal de salud, a través de testimonios, comentarios, actitudes y acciones perjudiciales para las usuarias que no se atienen a estos estereotipos.

Estereotipos de género: comentarios y actitudes

En la atención que se brinda en los centros de salud, las creencias vinculadas al género y los estereotipos de género influyen en la manera cómo el personal se relaciona con las pacientes, realiza sus labores y brinda cuidados. Esto impacta en la calidad del servicio que ofrecen, sobre todo a mujeres, migrantes y personas LGBTIQA+, y su acceso a derechos.

En primer lugar, estas creencias se reflejan en comentarios y juicios denigrantes hacia las usuarias que tienen una vida sexual, a quienes culpabilizan por tener relaciones sexuales, tener embarazos a temprana edad, tener muchas hijas e hijos, o tenerlos sin una pareja estable, entre otros.

> "Adentro te juzgan. 'Pero, **¿por qué tiene tantos hijos?**', te van a decir. De todas maneras, hasta poniéndote la aguja, te están gritando 'Señora, **¿dónde está el marido?'**. Que tiene que estar acá, que tiene que haber un familiar: '¿Cómo va a venir sola? No sé, un vecino, un amigo', algo te mandan, te dicen. ¿Yo de dónde voy a sacar a alguien? Entonces es feo, la verdad es feo" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

En el núcleo de estos comentarios se pueden identificar estereotipos de género arraigados, tales como considerar el cuerpo femenino como objeto de propiedad pública, por lo tanto, la vida sexual y reproductiva de las mujeres es objeto del escrutinio social. Al considerar a la maternidad como la principal responsabilidad y propósito de la mujer, se la responsabiliza de que el nacimiento del bebé se dé en condiciones "correctas" según los modelos cisheteronormativos (pareja masculina estable, determinada edad, número de hijos e hijas acorde a las condiciones socioeconómicas, entre otras).

Así, el personal de salud juzga a las usuarias y sus circunstancias, suponiendo que son ellas las únicas responsables de encontrarse embarazadas, estar gestando por un "descuido" (no haber empleado métodos anticonceptivos), separarse de sus parejas (acción que se ve con desaprobación) y/o carecer de la planificación

adecuada para su vida sexual. A la par de ello, se asume de manera estereotipada el contexto y oportunidades con las que ha contado cada usuaria, ignorando los diversos factores que influyen en sus decisiones, tales como la accesibilidad a métodos anticonceptivos, educación, oportunidades económicas y culturales, entre otros.

De esta manera, estas creencias estereotipadas sostienen actitudes como la culpabilización de las mujeres por su embarazo y la falta de empatía e invalidación de su dolor durante el parto o embarazo:

> "Por ejemplo de las adolescentes, '**¿por qué te metes en cosas de grandes?, ¿quién te mandó a ti?**'. Y si es una señora que ya tiene más de 5 hijos: '¿Qué? **¿Otra vez? No te pases pues', 'Aguántate'** o 'Cállate la boca tú, que voy a atenderla a ella que es primeriza. Tú ya sabes ya'. Hasta ahora pasa eso. [...] Entonces, ellas quizás por no discutirlo y que la atiendan rápido no pueden decir que el esposo no les deja cuidarse. O sea, no tienen ese tino, no son muchas, pero hay todavía, hay el machismo en las mismas mujeres y en el personal" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

Violencia de género: acciones y omisiones

Asimismo, los estereotipos de género no solo influyen en la comunicación y formas de relación del personal de salud, sino también en acciones e inacciones que impactan en el derecho a acceder a salud de calidad. Estas acciones incluyen la negativa a brindar atención a usuarias o la ejecución de procedimientos influenciados por creencias estereotipadas que se superponen a la norma. Entre estos se encuentran la negación de atención a embarazadas en caso de no estar acompañadas, la exigencia del consentimiento del esposo para realizar procedimientos de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) como ligadura de trompas, y actitudes revictimizantes y poco empáticas durante el tamizaje de violencia. Además, se registran casos de violencia física, en los cuales mujeres han sido sometidas a castigos físicos (pinchazos) o maltrato durante el parto, debido a no cumplir con determinados estereotipos de género (no contar con una pareja, ser madres adolescentes, etc.).

> "Sí, se le atiende, le hago su triaje, todo, le pregunto: '¿Tienes a tu mamá?, ¿tienes familia?, ¿dónde vives?'. Yo no tengo por qué decirle más cosas, porque le hago sospechar cosas. **Porque está mal que venga una menor de edad. Porque no puede venir sola, tiene que venir con un familiar. Mamá, papá, hermano, porque la responsabilidad no es ella sola, es menor de edad"** (Renata, 70 años, promotora en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "No [me pusieron ningún obstáculo para la ligadura de trompas], solamente **me dijeron que tenía que firmar un consentimiento, el mío y de mi esposo.** Eso fue lo único, pero otra cosa, no. **Como ya tenía tres hijos, entonces, ya no me podían poner 'peros', porque ya era decisión de nosotros mismos"** (Romina, 37 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

En el caso de adolescentes, a estos estereotipos de género se suman creencias adultocentristas. El adultocentrismo es una tendencia a priorizar las opiniones, perspectivas y experiencias adultas sobre las de las personas jóvenes; este tipo de creencias se refleja en la minimización de las voces y opiniones de los jóvenes, la negación de su autonomía y capacidad para tomar decisiones, así como la imposición de normas y expectativas basadas en la visión de los adultos. Dentro de los servicios de salud, el adultocentrismo se manifiesta mediante la culpabilización de las y los adolescentes por el ejercicio de su sexualidad, así como la suposición de que los embarazos en esta etapa de la vida son consecuencia de la irresponsabilidad. Además, se observan acciones específicas orientadas a obstaculizar el pleno ejercicio de su sexualidad, como la negación de atención en planificación familiar y la falta de disponibilidad de métodos anticonceptivos adecuados para esta población.

> **"Me dijeron que eso [el anticonceptivo oral de emergencia] lo usas cuando eres irresponsable.** Así me dijeron. Lo usas cuando eres irresponsable o cuando no has utilizado en primer momento el condón, el condón masculino" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

En ese sentido, a raíz de los estereotipos de género que posee el personal de salud y la medida en la cual consideran que la usuaria los cumple, es probable que las mujeres sufran maltrato durante la atención en centros de salud, se les obstaculice el ejercicio pleno de su autonomía para decidir sobre su propia sexualidad (práctica de ligadura de trompas) o se le niegue el servicio.

Además, la falta de conocimiento y sensibilidad en cuanto al abordaje de la violencia resultan en tamizajes de violencia mecánicos, enfocados en alcanzar metas de atención, revictimizantes y de poca contención para quien está intentando comunicar una experiencia dolorosa y quizá antes no explorada, como en el siguiente caso:

> "[El psicólogo del EESS] me preguntó si había sido víctima de violencia, **si había recibido violencia física, violencia psicológica, sin ningún tacto,** solo preguntándome de manera directa. Yo hablé sobre lo que me pasó, momento fuerte la verdad, no había pensado hace mucho en eso. Pero él solo estaba muy interesado en saber cómo había afectado a mi autoestima, en los efectos que había tenido en mí, en mis relaciones, en mi salud. Le dije que creía que no me había afectado tanto y traté de seguir hablando. Me preguntó si lo que le contaba era con mi pareja actual que es mujer y le dije que no, que era con un chico con el que había estado antes. Él dijo: 'Ah, ya', escribió 'anterior pareja' y dejó la hoja donde estaba marcando cosas. Solo me miró hasta que acabé de hablar, a lo mucho asentía. **Cuando acabé de contarle todo, solo dijo 'bueno, es bueno que encontraras ayuda' [va a terapia]. Y ya. Siento que abrió una puerta que no suelo mirar y me costó cerrar luego de irme del centro, pero él solo preguntó, me miró y asintió"** (Rebeca, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

Las campañas de tamizaje de violencia son necesarias para dar cuenta de la tasa de violencia de género en el país; sin embargo, es necesario capacitar al personal de salud para que brinde un servicio centrado en la usuaria

con los conocimientos necesarios para el abordaje y contención de estos casos. Asimismo, es crucial capacitar al personal de salud en materia de prejuicios inconscientes, violencia de género en la atención obstétrica, abordaje de la violencia de género, etc.

En suma, los estereotipos de género son creencias arraigadas en la sociedad que determinan lo esperado de hombres y mujeres. En el caso del personal de salud, estas creencias influyen en cómo piensan, se comunican y actúan en relación con las usuarias, siendo la base de críticas, juicios y culpabilización sobre el ejercicio de su autonomía y decisiones reproductivas. Esto se evidencia en la desensibilización, responsabilización e invalidación del dolor de sus pacientes, así como la negación de ciertas atenciones, pudiendo llegar a ejercer violencia sobre ellas.

4.1. Violencia obstétrica

La presente sección de resultados ofrece un análisis detallado de los hallazgos obtenidos en relación con la violencia obstétrica. Se presentan los testimonios de usuarias, personal de salud y promotoras que demuestran la prevalencia de distintas manifestaciones de violencia obstétrica en servicios relacionados con la atención ginecológica y la gestación.

Violencia obstétrica en la atención del parto

- **Algunas usuarias entrevistadas experimentaron desinterés y maltrato por parte del personal de salud durante situaciones de emergencia obstétrica, incluso cuando presentaban síntomas graves como sangrado y dolores intensos.**

En la presente investigación, se han identificado distintos momentos de la atención en donde se ha ejercido violencia obstétrica, tanto dentro como fuera del consultorio. En las situaciones de emergencia obstétrica, las mujeres entrevistadas comentaron que existe un desinterés por parte del personal de salud para atenderlas cuando llegan al establecimiento de salud en trabajo de parto. Las usuarias comentan que, a pesar del sangrado o los dolores intensos, las y los prestadores de salud hacen caso omiso a las peticiones de ayuda:

> "La verdad, siendo sincera... **recibí discriminación ahí. Tuve maltrato, me trataron pésimo** [...] me enviaron a María Auxiliadora. Allá fui, prácticamente yo fui con dolores, pero dolores que no aguantaba. Y ellos [el personal de salud] estaban desayunando y **me dijeron nomás que aguante, que espere, mientras que ellos comían. Ya, después ya cuando vieron que realmente ya comencé a botar más sangre, ahí me vinieron a atender"** (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

> "Y el médico que estaba afuera, que está en triaje del María Auxiliadora tampoco me hizo caso. Porque me dijo "señorita, yo no tengo nada que ver" me dice. Había un médico de guardia aparentemente que no estaba en su oficina, y **no había quien me atendiera. Me dijeron que esperara al médico de guardia, pero nunca llegó**. Puede pasar cualquier cosa ahí y nadie se hace responsable" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

Esta poca predisposición del personal de salud para atender a las usuarias que se acercan al establecimiento de salud, no solo es experimentada al momento de la emergencia obstétrica, sino en acercamientos previos al centro de salud; sin embargo, el personal encargado del área de obstetricia invalidaba la situación crítica de la usuaria y le pedía que se retire del establecimiento.

> "Del María Auxiliadora **me decían 'no exageres, ve a tu casa, todo está bien'.** En el momento de que di a luz y ya no aguanté, **me decían que yo era una irresponsable por no hacerme atender antes, porque mi hijo pudo haber nacido muerto**. Y yo prácticamente le dije a ellos que yo vine ya como cinco veces toda esa semana, que yo ya tenía dolor, ya para dar a luz, pero no podía y me decían que todo estaba bien y me regresaban a mi casa" (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

- **Además, se alerta sobre la posible aplicación inadecuada de las normas de protección al personal de salud, las que podrían usarse para amedrentar a las usuarias.**

En el mismo caso presentado, la usuaria fue víctima de amedrentamientos por parte del personal de salud. Ella menciona que, debido a sus constantes pedidos de ayuda en el centro de salud, las enfermeras la amenazaron con denunciarla por acoso.

> "Yo seguía rogándole a la señorita [la personal de salud] que realmente quería pujar, que ya sentía que ya se quería salir algo. Y ella **me dijo que si la seguía molestando me iba a denunciar por acoso, porque la estaba acosando.** Y en ningún momento, yo no la acosaba, solo le estaba diciendo que quería dar a luz" (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

El caso de Andrea demuestra la arbitrariedad del empleo de las normas que protegen a los profesionales, auxiliares y técnicos de la salud, como la Ley N° 31333[1], que busca asegurar la sanción de los actos que afectan la integridad del personal de salud al ejercer sus funciones, o el DL 1410[2], que incluye al acoso como un delito dentro del Código Penal. Andrea, una mujer migrante, sola y en labor de parto buscaba una atención oportuna, debido al dolor y sangrado que experimentaba en su estado de gestación. Dichos síntomas requerían una

[1] Ley que modifica los artículos 121 y 122 del Código Penal, con el fin de introducir circunstancias agravantes específicas en caso de que la víctima sea profesional, técnico o auxiliar asistencial de la salud.

[2] Decreto legislativo que incorpora el delito de acoso en el Código Penal.

atención inmediata por ser riesgosos para la vida de la persona gestante y el estado del feto, lo cual le fue negado hasta no verla en una situación de gravedad.

- **La atención en salud obstétrica se ha visto condicionada por la obligación de las usuarias de comprar implementos médicos, a pesar de que la normativa indica que deben ser proporcionados por el centro de salud.**[3]

En otras ocasiones, la atención también ha sido condicionada a que las usuarias compren los implementos médicos que utilizarán en la sala de parto, a pesar de que la Norma Técnica N° 180-2021 indica que el mismo centro de salud debe proporcionar una bata a las usuarias al momento de su atención.

> "En el María Auxiliadora también tuve el detalle de que, **como yo no tenía a mi pareja en ese momento, tenían que traerme una bata. Y si no me traía la bata, pues no me iban a atender** [...] Me fui directo, allá fue el problema con esa señorita, **no quiso atenderme si no llevaba bata o si no había un familiar presente"** (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

Otras de las situaciones identificadas que reflejan la inadecuada atención la constituye el maltrato por parte del personal de admisión. En algunas situaciones, las usuarias comentan que tienen que atravesar los malos tratos, comentarios ofensivos y el trato frívolo de las personas encargadas de verificar las citas o la entrada a las emergencias. Las gestantes adolescentes, quienes se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, son víctimas frecuentes de estos malos tratos:

> "La hija de la señora González iba por el tercer bebé o cuarto, los dos hombrecitos, dos mujercitas, y era jovencita ella. Como ella ha habido muchos casos. La derivaron para el María Auxiliadora. Y como era su segundo o tercer bebé, le dicen: '¿qué cosa? **No eres primeriza, aguanta. Has querido tener tus hijos**', 'Pasó una, y una segunda y tercera vez'. Así más o menos, **hacen sentir mal a la adolescente**. Más que nada, el mal trato viene a veces por las que sacan historia, por admisión" (Renata, 70 años, promotora de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

De este modo, se genera una situación de desprotección a este grupo de usuarias, a las cuales se les adjudica la responsabilidad total por su estado de gestación y, a su vez, no se les proporciona espacios seguros para recibir orientación sobre salud sexual y reproductiva. Como se podrá observar en la sección de rutas de las experiencias de las usuarias, el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos está atravesado por la burocracia que implica obtenerlos. En ese sentido, los comentarios hacia Renata resultan revictimizantes dentro de un sistema de salud que ejerce violencia institucional al no garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

[3] NTS N° 105-MINSA/DGSP.V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna.

- **La violencia obstétrica también se manifiesta en la falta de empatía hacia el dolor de las gestantes, la negación de atención en situaciones de emergencia, el trato crudo y no empático por parte del personal de salud.**

La violencia obstétrica también puede reflejarse en la escasa empatía hacia el dolor y sufrimiento de las gestantes. En algunos casos, las pacientes se pueden encontrar en un estado de descompensación; sin embargo, las usuarias mencionan que el personal de salud hace caso omiso y opta por no atender las emergencias, a pesar de haber técnicos que podrían brindar primeros auxilios o ayudar a estabilizar a las pacientes:

> "Igual, en el María Auxiliadora es cinco veces peor, porque ahí **si te ven tirada y retorciéndote de dolor y no, no te hacen caso**. **No te hacen caso y ese día me acuerdo que la señorita estuvo jugando con el teléfono, todo el rato estuvo con el teléfono riéndose con la otra chica**. Había dos enfermeras, solamente tenía que ponerme nada más para la transfusión de la medicina y el suero y estaba desocupada" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

En el caso de Sonia, los pacientes que se encontraban alrededor de ella reclamaron por una atención oportuna para que, finalmente, después de un tiempo prolongado, la usuaria pueda ser examinada por los profesionales de salud que estaban cerca. Sin embargo, al igual que Sonia, otras usuarias también comentan que no percibieron un trato amable y/o respetuoso; al contrario, las usuarias mencionan que es "crudo" y no empático. Este tipo de trato se refleja tanto en el lenguaje verbal como en el no verbal: tonos de voz excesivamente altos, poco contacto visual, invalidación del dolor que está sintiendo la paciente, entre otros.

> "**Las obstetras son un poco crudas y no se ponen en el lugar del paciente. Entonces, una tiene que callarse nomás.** Porque a veces algunas, al menos las doctoras que yo conozco, me indican, me tienen paciencia. Pero algunas obstetras tienen una manera de tratar muy mala. No es que ellas te comprenden en el estado en el que están" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

En ciertas ocasiones, este trato poco empático se convierte en un trato deshumanizante. Es así que las pacientes aseguran no recibir las condiciones mínimas durante la espera para la atención, ni dentro de la sala de partos. El establecimiento de salud no se encuentra acondicionado con el mobiliario adecuado para acoger a las pacientes en trabajo de parto que esperan su turno para ser atendidas; inclusive, no se evidencia la predisposición del personal de salud de proporcionar un asiento:

> "Sin embargo, quería que todavía me coloque una bata para hacerlo. Yo le digo: 'pero la bata puede esperar, mientras tanto puedo estar sentadita ahí', 'tampoco' [habla con voz más dura]. Le digo: 'Si no me van a colocar, ¿al menos me puedo sentar?'. **No había ni silla ni nada adentro**. Tampoco quiso. Estuvo con el celular. Por eso me senté afuera, a un costado y ahí es donde me

> estaba retorciendo por el dolor y la señora le reclamó, y ni aun así. **Desde las 11 de la mañana que llegué, me atendieron casi a las 4 de la tarde**" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

- **La deshumanización en la sala de parto se da mediante gritos y humillaciones, generando miedo, desprotección y daño emocional.**

Dentro de la sala de parto, la violencia obstétrica se agudiza. El personal técnico y auxiliar de salud llevan a cabo prácticas deshumanizantes que se manifiestan en gritos y humillaciones que afectan profundamente la dignidad y autonomía de las mujeres, generando un ambiente de miedo y desprotección en un momento de vulnerabilidad. Los gritos de los profesionales de la salud, con un tono autoritario y despectivo generan un impacto psicológico negativo, provocando ansiedad, estrés y un sentimiento de indefensión en las mujeres. Asimismo, las humillaciones, como comentarios despectivos, causan un daño emocional profundo y debilitan la confianza de las mujeres en sí mismas y en el sistema de salud.

> "**Yo grité, porque yo sentí ya la cabeza de mi hijo ya afuera.** Y eso que no me dejaban acostarme ni nada, me tenían parada. Entonces, si yo seguía parada, imagínate mi hijo ya estaría en el piso, hubiera caído, no sé qué le hubiera pasado. Y me dijeron: 'Exagerada, exagerada' y me hicieron acostarme y me dijeron: **"A ver, exagerada, acuéstate para ver si realmente estás diciendo"** (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

A pesar de las circunstancias adversas y los daños sufridos, la profesional de salud responsable del procedimiento de parto buscaba, con una actitud altiva y exigente, que la paciente expresara su gratitud por haber recibido atención médica; incluso atribuyéndole la responsabilidad por haber ensuciado su uniforme con sangre y líquido amniótico.

> "**Me hicieron doler cuando me metieron la mano**. **Y ella me dijo que ya no gritara, que ya no dijera nada, porque supuestamente gracias a ella nació mi hijo** y prácticamente que me dijo que le agradeciera de que no se haya quejado cuando yo la manché con líquido amniótico y sangre. O sea, **estaba enojada porque a ella le salpicó en sus zapatos y su uniforme el líquido amniótico de lo que había salido y la sangre**" (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

También se identificaron casos de violencia obstétrica hacia las adolescentes dentro de la sala de parto. Una promotora comenta que, mientras una adolescente intentaba dar a luz, el personal de salud mostró una actitud de menosprecio y desvalorización hacia la adolescente por su condición, generando que ella misma detenga el parto:

> "**Cuando va a dar a luz una adolescente y le dicen: 'es que tú no haces cosas de niña, ¿para qué te metes en cosas de grandes?'.** Entonces, ahí ya la muchacha para el parto, entonces son muy estigmatizadas las mujeres, hasta ahora es lamentable" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

- **La restricción de la deambulación durante el trabajo de parto es una manifestación de la violencia obstétrica que se ha normalizado.**

De la misma manera, las manifestaciones físicas de la violencia obstétrica son prácticas que se han normalizado en la atención del parto. Una de estas manifestaciones consiste en no permitir la deambulación a la gestante, ya que al restringirse puede aumentar el dolor, prolongar el trabajo de parto e interferir con el proceso natural del nacimiento.

> "No, **muy pocas veces nosotras decimos que se puede caminar.** Normalmente las que caminan son las que no están en labor de parto" (Liliana, 68 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Si bien la personal de salud menciona que solamente lo permite a quienes no están en labor de parto, se observa que esta práctica no está beneficiando a las personas gestantes que podrían necesitarlo. Al caminar, la gestante puede aprovechar la fuerza de la gravedad para facilitar el descenso y el encajamiento del bebé en el canal de parto. Además, la deambulación promueve la dilatación y el efecto de las contracciones, al tiempo que reduce el dolor y la sensación de ansiedad. En ese sentido, la deambulación durante el trabajo de parto es una práctica altamente beneficiosa que contribuye a una experiencia más positiva para la madre y el bebé.

- **La normalización de prácticas no permitidas, como la maniobra de Kristeller, y el uso de rutina de la episiotomía cuando no es necesario durante el proceso de alumbramiento, refleja la violencia obstétrica, contradice las recomendaciones de la OMS para una atención adecuada y puede causar daños a la madre y al bebé.**

Por otro lado, durante el proceso de alumbramiento, se ha identificado también la normalización de prácticas que, según la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, se encuentran no permitidas como la maniobra de Kristeller o el uso de rutina de la episiotomía cuando esta se indica solo en situaciones especiales. Estas prwson mencionadas por el personal de salud entrevistado en distintos centros. Las profesionales de salud mencionan que utilizan estos procedimientos, porque les permiten agilizar la salida del feto hacia el exterior.

> "Generalmente, **la episiotomía es un corte que se le hace a la vagina en la parte externa para poder ayudar a salir en la cabecita del bebé. Se utiliza la episiotomía en el momento del parto de las pacientes primerizas**, las primigestas, no en todas, porque si la vagina es elástica y en el

> momento del examen, observamos que puede dilatar, puede expandirse para la salida de la cabeza del feto del bebé sin lesiones, pues no se les realiza el corte" (Isabella, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Sobre todo, el empleo de la episiotomía se realiza con las gestantes primerizas. Este procedimiento puede ser utilizado arbitrariamente, ya que el personal de salud no presenta la evidencia de riesgo de desgarro perineal, por lo cual la episiotomía no ofrecería un beneficio significativo para la paciente y puede ser evitada en la mayoría de los casos.

> "Generalmente **estamos haciendo la atención de la episiotomía en las primigestas.** Según la evaluación de la paciente, entonces el trabajo, como te decía, es en un solo servicio a todas las gestantes que vienen en trabajo de parto, **se les invita solamente a las que están en un inicio, a las que recién van a empezar su trabajo de parto.** Pero las que están ya avanzadas 4, 5 cm ya no" (Liliana, 68 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 70% de los partos que requieren atención hospitalaria no necesitan de intervención médica excesiva y tecnológica, lo cual se denomina asistencia medicalizada. En este sentido, la OMS recomienda la reducción de los procedimientos quirúrgicos a menos del 15% y la evitación del uso inapropiado de tecnología en la atención obstétrica, buscando así promover un enfoque más natural en el proceso de nacimiento (Pereira et al., 2015).

Dicho enfoque natural del proceso tampoco se evidencia en el uso de la denominada "maniobra de Kristeller", la cual consiste en aplicar presión manual en el abdomen de la mujer durante el expulsivo, con el fin de ayudar en el avance del feto y apresurar el parto. Esta maniobra constituye violencia obstétrica debido a que puede provocar daños en los órganos internos de la gestante, disminuir la oxigenación del feto y lesionar al neonato. Esta técnica es invasiva e insegura, y se presenta de distintas formas; es decir, el personal de salud utiliza distintas partes de su cuerpo para empujar al feto, como la rodilla, el codo o el brazo.

> "A ver, si hacemos un promedio de 460 partos al año**, de repente se habrá usado [la maniobra de Kristeller] en tres pacientes, por un tema de necesidad, por el tiempo de expulsivo que lleva la paciente, por ayuda**r. O sea, por lo menos quizás de los 460 promedio anual puede haberse dado en tres o en dos, nada más" (Rafaella, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

> "Nosotros, en la evaluación misma, ya se indica si la gestante va a salir un parto normal o va a ir a sala de operaciones. En otros pocos casos, **cuando el feto ya está un poco como para nacer, ahí le podemos dar un empujoncito con la barriga. Pero es cuando ya está casi casi para nacer y la señora no**

> **puja bien, entonces le podemos ayudar ahí.** Es un empujón con la barriga, casi parecido a la cesárea cuando hacen así" (Liliana, 68 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

La utilización de estas prácticas contradice lo establecido por la OMS (1996), la cual declara que "el objetivo de la atención es lograr una madre y un niño sanos con el mínimo nivel posible de intervención y compatible con la seguridad". Por lo tanto, en el parto que no implica una cesárea se debería tener una razón válida y científica para interferir con el proceso natural.

Violencia obstétrica en la atención del posaborto

Dentro de los establecimientos de salud se han podido identificar casos de violencia ejercida contra las personas gestantes que han abortado. Si bien no se ha logrado obtener información por parte de las mismas usuarias, se pudo conocer a través de las promotoras de salud que existen personas que han solicitado atención por complicaciones posteriores a un aborto.

> "Sí, sí, escuché un caso [de atención por complicaciones de aborto], pero no fue el mío, fue de una compañera mía, que **la muchacha había tomado el famoso cytotec y el personal le dijo que se iba a ir presa,** eso de ahí, no sé más" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud de Villa El Salvador).

En el testimonio presentado, se conoce que la persona acudió en búsqueda de atención por una emergencia obstétrica en el contexto de pandemia; sin embargo, pese a la situación de vulnerabilidad en la que se encontraba la paciente y la emergencia sanitaria, el personal de salud la amenazó con denunciarla por haber abortado.

Violencia obstétrica en la atención ginecológica

Durante la atención ginecológica, se revela una situación de falta de sensibilidad y empatía por parte de la médica ginecóloga encargada de realizar el examen de Papanicolaou. La paciente que, en este caso fue una promotora de salud, comenta que recibió comentarios ofensivos sobre la condición de su vagina y que la profesional no tuvo cuidado al introducir las herramientas médicas necesarias para la evaluación.

> "Pero la otra señorita, porque **uno varias veces se hace su Papanicolaou, la otra señorita sí me hizo doler. Me hizo doler, me dijo que ya estaba seca, me dijo**. Sí, por eso me dijo que estoy seca. ¡Ay, señorita, me hizo doler! Pero si yo no tengo nada, ya no tengo ni relaciones con mi esposo" (Patricia, 75 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

Estas situaciones generaron dolor y una angustia evidente en la paciente, quien expresa su confusión e incomodidad al respecto. Este relato pone de manifiesto la necesidad de abordar de manera adecuada la atención ginecológica, consultando frecuentemente el estado de la paciente durante el examen y evitando cualquier comentario que afecte la dignidad de la paciente, sobre todo, durante la posición vulnerable en la que debe estar para la realización del diagnóstico.

4.2. Discriminación a grupos vulnerables

En este apartado se presentan las experiencias y perspectivas de poblaciones vulnerables, como la comunidad LGBTIQ, la población migrante venezolana y las y los adolescentes, en relación con el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Se analiza cómo estas barreras afectan negativamente la capacidad de estas poblaciones para acceder a servicios esenciales de salud sexual y reproductiva, y las posibles consecuencias en su bienestar. Es importante destacar que ninguna profesional de salud identificó a estos grupos (adolescentes, personas LGBTIQ y migrantes) como poblaciones vulnerables.

Adolescentes

En relación con las adolescentes, la Encuesta Nacional Urbano-Rural 2022 (PROMSEX & Manuela Ramos, 2022) revela un consenso generalizado acerca de la importancia de brindar información sobre salud sexual y reproductiva a este grupo en los establecimientos sanitarios. Según los resultados de dicha encuesta, el 94% de los encuestados manifestó su respaldo a la provisión de información sobre métodos anticonceptivos, VIH e infecciones de transmisión sexual (ITS). Asimismo, se destaca que el 85% de los encuestados apoya la distribución gratuita de métodos anticonceptivos y preservativos entre los adolescentes. No obstante, resulta relevante señalar que la implementación efectiva de estas medidas por parte del Estado plantea interrogantes. En efecto, el 58% de los encuestados señaló que, en la práctica, no se cumple con la obligación estatal de brindar información y anticonceptivos a los adolescentes.

Estos hallazgos concuerdan con los resultados obtenidos en el presente estudio, en el cual se observó la exclusión de las y los adolescentes de los servicios de planificación familiar. Dicha exclusión se atribuye a la ausencia de espacios diferenciados para su atención, la percepción de un trato discriminatorio, la falta de empatía por parte del personal de salud e, incluso, la obligación de acudir acompañados de un adulto responsable en caso de ser menores de 14 años, a pesar de que no existe una normativa que lo requiera. Esta última circunstancia resulta especialmente preocupante, ya que impide un acceso oportuno y confidencial a los servicios de salud sexual y reproductiva para las adolescentes.

> "Primero, cuando fui, **me dijeron que por qué había ido sola. Me dijeron, '¿Y tu mamá?' y les dije que no pues, que había ido sin mi mamá, yo le dije que ya soy mayor de edad, y me dijeron 'ah, no pareces', y me dijeron que igual debería ir con mi mamá para que me oriente**, me dijeron: 'Igual

> hubieras venido con tu mamá, para que te esté orientando' (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

Lo mismo sucede con adolescentes gestantes, quienes atraviesan episodios de comentarios violentos o aquellas menores de 14 años que no pueden ser atendidas en los centros maternoinfantiles de su jurisdicción, sino que son derivadas al Hospital María Auxiliadora.

> "Por ejemplo, ya va a dar a luz una adolescente (le dicen): es que tú no haces cosas de niña, o sea, su propia palabra lo dice, tú no haces cosas de niños, ¿para qué te metes en cosas de grandes? Entonces ahí ya, la muchacha para el parto, entonces son muy estigmatizadas las mujeres, hasta ahora es lamentable" (Mirella, 43 años, promotora en un centro de salud en Villa El Salvador).

También se debe resaltar que han recibido una orientación poco clara, como en el caso de Nina, quien acudió al centro en busca de asesoría sobre métodos anticonceptivos y la AOE. Ella solicitó información específica sobre la efectividad del condón y la AOE durante sus días fértiles, pregunta que fue esquivada y respondida de forma genérica. Al terminar la consulta no se le brindó ningún método anticonceptivo, solo material informativo.

> "Yo dije, ¿**qué pasa si estás con alguien el último día de tu fertilidad sin condón? ¿Y si tú tomas tu pastilla de emergencia, funciona? Le pregunté eso, pero no me respondieron.** O sea, cuando yo le hice esa pregunta, porque así inició la conversación, me dijeron en general, otra vez, que la pastilla se toma máximo después de dos días, no me respondieron a mi pregunta [...] **No me dieron métodos anticonceptivos. Me dieron folletos informativos,** justo del método oral de emergencia y del condón masculino. O sea, el básico que siempre dan" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

Personas LGTBIQ+

También se reportan barreras para la atención a adolescentes pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+, manifestándose en cuestionamientos a la orientación sexual de adolescentes que acuden a las consejerías y ausencia de campañas orientadas a sus necesidades.

> "Porque en este caso la adolescente, pues, tenía dudas, es que ella tenía dudas, **no sabía si era bisexual o era de repente era propio de la edad, estaba con muchas confusiones**" (Isabela, 48 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En lo que respecta a la comunidad LGBTIQ+ en general, se observa que su integración en los servicios de salud sexual y reproductiva se ve dificultada debido a la falta de sensibilización y a la discriminación fundamentada en

la orientación sexual y la identidad de género. Estos factores han resultado en la marginación de las personas LGBTIQ en el ámbito de la atención médica.

De acuerdo con el informe de PROMSEX (2021) sobre la situación de la comunidad LGBTIQ+, se encontró que el 21.1% de las personas LGBTI encuestadas no tenían cobertura de salud, ya sea pública o privada. Además, se les preguntó si habían podido acceder a servicios de salud durante 2021, y el 36.7% respondió que no pudieron acudir a dichos servicios. Del 63.3% que afirmó acudir a los servicios de salud en 2021, el 51.9% lo hizo en centros de salud privados, el 42.3% en centros de salud públicos y el 5.8% restante recibió atención en otros centros médicos, como los proporcionados por universidades.

Según la investigación de Romaní et al. (2021), la falta de recursos económicos y la desconfianza hacia el personal de salud fueron las principales razones por las cuales las personas LGBTIQ+ no utilizaron los servicios médicos. Lo cual está alineado con investigaciones anteriores que han mostrado que, en comparación con las personas heterosexuales, las minorías sexuales tienden a posponer la atención médica debido a preocupaciones económicas, experiencias negativas previas en el ámbito de la salud, dificultades para conseguir citas y el deseo de evitar conflictos con los proveedores.

> "**Siempre he tenido ese tipo de problemas en hospitales estatales o postas,** yo me he atendido, por ejemplo, en el San José de VES. **Yo soy una chica transexual y ya me están viendo cómo llego y de pronto me llaman por mi nombre de varón,** ¿no? Me empiezan a tratar como un chico gay. Entonces yo aguanté dos o tres veces porque mis amigos van y porque vamos en grupo y un momento a otro, un poquito **me fastidió que el doctor me tratara así** y le dije: 'no voy a pasar, no'; y él 'cómo que no', que esto **y le dije: 'no, son tus normas, no son las mías, yo no voy a pasar y yo me retiré'"** (Jimena, 58 años, usuaria trans de los CMI Ollantay y San José).

En el estudio citado anteriormente, también se evidenció que aproximadamente uno de cada seis adultos LGBTI evitó buscar atención médica debido a la discriminación anticipada o experimentada en los centros de salud. Referente a ello, este estudio ha encontrado que las manifestaciones más comunes de discriminación son los prejuicios ligados al VIH y/o ETS en general, conductas transfóbicas como el irrespeto por el nombre social y pronombres, los tratos déspotas, miradas malintencionadas e incluso intentos de conversión.

Por ejemplo, en el testimonio de una prestadora de salud de un CMI, se encontró, por un lado, un nivel de transfobia bastante invasivo en un caso en que un adolescente varón usaba un arete en la oreja. Mientras el adolescente esperaba para que lo atiendan, la prestadora de salud le cuestionó el uso del arete apelando a roles tradicionales y heteronormativos de género:

> "'**Tú usas el arete por moda, ya. Yo te hago una pregunta, ¿tú eres católico? ¿crees en dios?**'. Entonces me dice 'sí'. Ah ya, entonces le digo 'un cura, ¿tiene arete? Hay tantas cosas que pasan en la

> iglesia, pero no tiene arete. Tu profesor es un educador que te orienta, ¿lo has visto a alguno con arete? Ahora que estás en el hospital, ¿ves a algún médico de acá que está con arete?**'. Así le dije: 'Si t**ú **no crees en dios, haces cosas incorrectas. Estamos en una modernización, pero ¿tú eres hombre? Eres hombre, ¿yo soy mujer? Soy mujer.** Y así, obedece a tu mamá lo que te dice'. Y eso le he dicho. 'Ya escuchaste mi opinión'" (Rosario, 62 años, enfermera de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Asimismo, cuando se le preguntó por las personas homosexuales que llegan al CMI a recibir atención en salud, evidenció una serie de prejuicios bastante dañinos. Entre ellos, que las personas homosexuales son problemáticas, "contaminadas", con "menos capacidad de pensar", cuyas relaciones interpersonales son complicadas y violentas. Además, se destaca el uso de un término altamente peyorativo y estigmatizante como "sidoso" para referirse a personas con VIH. Finalmente, señala que la atención se les brinda rápido con el fin de que abandonen pronto el centro de salud, lo cual es altamente preocupante, pues la prioridad de la prestadora es "deshacerse del problema", por sobre responder a una necesidad humana de salud.

> "**Sí vienen [personas homosexuales al CMI], pero no muy seguido.** Han venido con problemas, al programa tuberculosis, les han dado su tratamiento. ***Sidosos*** **también, a emergencias llegan.** Cuando llegan por primera vez los pacientes, el médico de emergencia los atienden al toque, porque **son de alto riesgo: porque es una persona contaminada, de menos capacidad de pensar. Nos traen más problemas, por eso los atendemos más rápido.** Porque a veces son perseguidos por sus mismas parejas, por su misma sociedad de ellos mismos. No hay buena comprensión en su organización de ellos. ¿Cuál será su relación de ellos?, ¿no? A veces maltratados vienen, 'me pega, me pega' dice. Vienen a curarse, pero no ponen denuncia, nada. Viene, se atienden con el médico, nada más. Pero sí, le damos la atención para que se vaya rápido y haya menos problemas" (Rosario, 62 años, enfermera de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

También se reporta un desconocimiento por parte del personal de salud sobre las prácticas sexuales y las necesidades de protección y prevención de ETS en esta población. Un ejemplo de ello es el caso de Rebeca, una joven bisexual que acudió al CMI Barreto en busca de asesoría para cuidar su salud sexual ahora que tenía una pareja femenina. Frente a su duda, se le derivó a dos áreas (ginecología y psicología), se le informó de manera ambigua sobre las ETS y se le dijo que no se preocupara, porque se encontraría "segura" al ya no poder quedar embarazada y tener una pareja estable. Asimismo, se le proveyó de condones masculinos, para el "momento" en el cual volviera a tener una pareja masculina. Pese a las derivaciones, ninguno de los profesionales logró resolver sus dudas y se fue insatisfecha del servicio.

> "**Yo le dije: 'lo que pasa es que tengo una pareja mujer y como que quiero empezar a cuidarme'.** Y me dijo: 'Bueno, pero también puedes usar condones'. 'Te voy a dar condones porque no tenemos

> condones femeninos, solo masculinos', y me dijo: '¿Eres bisexual o ...?', y yo le dije: 'Bisexual' y me dijo: 'Ah, ya, entonces cuando tengas una pareja masculina puedes usar condones porque tu meta es no quedar embarazada ¿no?'. Y yo: 'Sí, y no enfermarme'. 'Bueno, sí también no enfermarse, pero también es no quedar embarazada'. Y **me dijo: 'Cuando tengas pareja masculina utiliza condones' y me trajo como 10 condones. Y yo le dije: '¿Pero puedo usar esto con mi pareja [mujer]?, y me dijo: 'Bueno, estos son condones masculinos para cuando tengas una pareja masculina'.** Y yo le dije que venía porque **quería saber cómo cuidarme porque tengo una relación con una mujer. Y me dijo: 'Ah, para eso de la orientación, mejor ve a psicología y me mandó a psicología'** [...] [El psicólogo] me dijo un par de cosas más y yo: 'Ya, pero ¿cómo hago para cuidarme con mi pareja qué es mujer?'. Y me dijo: 'La verdad eso tendrías que hablarlo y seguir las indicaciones con la obstetra'. Yo le dije: 'Pero ¿puedo contagiarme de sida con mi pareja?'. Y él: 'Bueno, sí, siempre hay fluidos, cuando uno se estimula" (Rebeca, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

En este caso se revelan varios prejuicios y deficiencias en la atención recibida. En primer lugar, se observa una percepción errónea de los métodos anticonceptivos, limitándose únicamente a la prevención del embarazo y no considerando su importancia para el cuidado de la salud sexual y reproductiva en general. Esto lleva a una desinformación por parte del personal de salud sobre los riesgos de las prácticas sexuales sin protección, incluyendo las enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el VIH. Además, se evidencia un desconocimiento sobre las prácticas sexuales lésbicas, ya que el personal evade la pregunta, deriva a otros profesionales e incluso proporciona el método anticonceptivo incorrecto. Estas interacciones también revelan una incipiente formación en temas de sexualidad y la presencia de homofobia internalizada por parte del personal, al asumir que la mujer volverá a tener relaciones heterosexuales y negar su relación actual y su orientación como mujer bisexual.

Capacitaciones para atender a personas LGBTIQ+

Para garantizar una atención inclusiva, respetuosa y libre de discriminación a las personas LGBTIQ+, el personal de salud debe estar capacitado para abordar los desafíos particulares que enfrenta dicha población en el ámbito de la salud, las cuales pueden incluir barreras sociales, estigmatización y falta de comprensión por parte de las y los proveedores de servicios. La capacitación del personal de salud les permite adquirir conocimientos específicos sobre las necesidades de salud de las personas LGBTIQ+, incluyendo temas como la diversidad sexual, la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, el proceso de transición, entre otros. Esto incluye difundir la posibilidad de acceso que tienen las personas LGBTIQ+ a los servicios y que sean nombradas en las campañas de salud.

> "Quizás a la hora de captar al público, **sería bueno mencionar a las personas LGTB, o género no binario. Quizás no es que vayan a ir cincuenta personas, pero con el simple hecho de mencionarlo**

> **creo que se van a sentir con más confianza, o van a sentir que la sociedad los toma en cuenta,** porque, que, en un anuncio del Estado, por lo menos de la posta que es algo para la comunidad, me están llamando, me están nombrando, o a las personas que son como yo, se van a sentir más seguros, ¿no?" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

Además, la capacitación fomenta una mayor sensibilidad cultural y una comprensión de la diversidad de identidades de género y orientaciones sexuales. Al estar debidamente capacitado, el personal de salud puede brindar un entorno seguro, acogedor y respetuoso para las personas LGBTIQ+, reduciendo las disparidades de salud que existen en esta población, al garantizar una atención basada en evidencia y libre de prejuicios.

Migrantes extranjeras

Asimismo, la población migrante venezolana, que ha experimentado un aumento significativo en el Perú en los últimos años, se enfrenta a múltiples barreras al acceder a servicios de salud sexual y reproductiva debido a su estatus migratorio, la falta de conocimiento sobre el sistema de salud peruano y la xenofobia. Según Hernández et al. (2019), uno de cada dos adultos venezolanos inmigrantes en Perú no acude a instituciones prestadoras de servicios de salud para su atención. Asimismo, de las personas que presentan no utilización de instituciones de prestadoras de servicios de salud, los motivos fueron: no contar con dinero (64,5%), carecer de seguro de salud (24,3%), automedicación (12,8%) y no disponer de tiempo (8,4%).

En este estudio, tenemos el caso de Andrea, una mujer ecuatoriana que fue asumida como venezolana por el personal de salud y dicha situación influyó negativamente en la atención que recibió.

> "No sé, **me confundían con venezolana porque me decían que yo era exagerada.** Y me decían: '¿Eres venezolana?', y yo les decía: 'No, yo soy de Ecuador', y a último momento, les cambiaba la cara. Capaz que pensaban que era venezolana, no sé, pero **tampoco pueden tratar así a otras personas**" (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

También se ha observado la existencia de casos en los que se evidencian actitudes prejuiciosas por parte de promotoras y profesionales de la salud hacia la población venezolana. Estas actitudes discriminatorias y cargadas de estereotipos negativos pueden tener un impacto significativo en la calidad y el acceso a los servicios de salud para dicha población.

> "Ahora último nos hemos estado capacitando también con unas doctoras venezolanas, y un poquito **lo que no me gustó fue que ahora ellos van a tener todo igualito que un peruano, todos los requisitos. Tienen que tener DNI, SIS, todo tienen que tener ellos para ser ya como nacionales acá del Perú**" (Patricia, 75 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

5.

5. La visión de las usuarias

5.1. Atención deficiente

La calidad y accesibilidad de los servicios de salud sexual y reproductiva son fundamentales para garantizar el bienestar y los derechos de las personas. Sin embargo, en el presente capítulo se examinará la preocupante realidad de la atención deficiente en los centros de salud que brindan estos servicios. A lo largo de esta sección, se abordarán diversos aspectos que contribuyen a esta problemática persistente, incluyendo los problemas para obtener citas, para brindar atención, fallas en la orientación a las personas usuarias, así como aspectos negativos en el trato. Estos factores, en conjunto, socavan la calidad y el acceso a la atención integral en salud sexual y reproductiva, generando consecuencias negativas para la salud y el bienestar de las personas afectadas.

Obstáculos para obtener citas

En primer lugar, se identifican obstáculos en el proceso de obtención de citas. Luego de la pandemia, el servicio de citas ha cambiado, en la mayoría de casos es necesario solicitarlas a través del WhatsApp, lo cual supone una barrera para las usuarias que no cuentan con literacidad digital (conocimiento del uso de tecnologías), equipos o un adecuado internet. Asimismo, muchos CMI se encuentran en proceso de cambio del personal del servicio de citas; durante la pandemia, los profesionales de salud se encargaron de esta tarea; actualmente, el personal administrativo está incorporándose y asumiendo esa labor.

Esta transición ha dado lugar a malentendidos con las usuarias, quienes no reciben las llamadas de confirmación del servicio. Como resultado, muchas deciden acudir directamente al establecimiento, no llegando a ser atendidas, pues los turnos se encuentran ya ocupados:

> "La derivaron para María Auxiliadora. Pero ahí así yo le dije 'habla bonito', yo vine a hablar porque como conocía a la señora y a la jovencita le dije a la doctora. Y ahí tomó más interés, porque todo era por WhatsApp y ¿aquellos que no tienen, por ejemplo? Por correo, el sistema de un buen celular es un asco. Por más que ellas digan que llegan acá, con las justas tampoco" (Renata, 70 años, promotora en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En otro caso, una obstetra reportó que algunas usuarias acuden a aplicarse métodos anticonceptivos sin saber que requieren estar menstruando para ello; sin embargo, en este punto se aprecia más bien una inadecuada aplicación de la norma técnica de planificación familiar, pues el requisito es no estar gestando, lo cual podría determinarse con un procedimiento rápido, evidenciando más bien una oportunidad perdida por parte del servicio de salud de brindar métodos anticonceptivos:

> "O sea, hay bastante deficiencia en el sistema de citas que ya no estamos a cargo nosotras, porque lo maneja admisión propia. [...] Cuando ellas llaman por teléfono no solo es 'y a tal día es tu cita', no. O sea, hay que orientarlas, hay que orientarlas para que ellas puedan venir preparadas y porque cuando ellas vienen, 'ay, ¿he sacado cita para esto? ¿para que al final no me des lo que quiero?'. Y es entendible, porque de repente su cita es a las tres y de repente ha venido a las dos, qué sé yo, y al final no se llevó nada. ¿Por qué? Porque no está menstruando, dejó el método hace tiempo. Entonces ya lo hubieran explicado eso, esa orientación por teléfono, o sea, el personal de admisión debería estar preparado para esos espacios también" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

Asimismo, las profesionales de salud mencionan que ha habido un incremento en la demanda del servicio, lo cual ha llevado a que sea sobrepasado. Según lo reportado, es posible conseguir citas a partir de dos o tres meses después de la solicitud. En caso de necesitar una cita de manera inmediata, las entrevistadas mencionan que solo es posible si se cuenta con algún "conocido" que trabaje en el hospital, quien pueda dialogar con el o la doctora a cargo y agilizar el trámite.

> "Por ejemplo, el mismo sistema como tiene tanta población ahorita, la población está muy incrementada por la inmigración de los venezolanos. Entonces viene el paciente y dice 'quiero mi cita', 'de acá a dos meses', se van gritando, insultan y se van [...] Estaba ayudando a una conocida, a una trabajadora del hogar, he tratado de ayudarla, como soy de acá tengo la posibilidad de (ininteligible), le digo: 'No puede ser, esta chica se va a desangrar, su (ininteligible) cardiológico está listo para una operación', 'vénganse la semana en camilla'. La he encajado, mañana la van a operar. Ella me tiene a mí, pero yo no me puedo dedicar a todas las personas, porque yo descuido mi trabajo. Pero es así el mecanismo, ella que está bien informada viene y soluciona su problema, pero el que no, tiene que esperar y es así que se mueren esperando, y es doloroso" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En esa línea, debido a estos obstáculos, muchas usuarias prefieren buscar atención en entidades privadas, las cuales no siempre son confiables y pueden decantar en engaños. Como señala la promotora Mirella, debido a los problemas suscitados en el servicio de citas de los CMI y hospitales, algunas usuarias deciden adquirir sus métodos anticonceptivos en establecimientos privados (farmacias), que no cuentan con garantía de ofrecer productos de calidad o brindar una orientación adecuada para el cuidado de su salud sexual y reproductiva (p. e., no les explican el momento de mayor efectividad para emplear el método).

> "Ya no es igual. O sea, había este programa exclusivo para todo lo que es este plan y ahorita ya no funciona. Ya ahora tienes que madrugar a ver si se dan cuenta o si es que yo sí soy promotora, tengo un una referencia, a hablar con las mismas jefa, mostrarle por WhatsApp, 'mira llega antes de las 7' y verla, 'ya llegó' y monitorearlas nosotras. Ya no es igual, o sea, y es más difícil [...] ellas [las usuarias] ya no se sienten protegidas y al no sentirse protegidas van a lugares que no y vulneran. Pagan una cosa que al final salen embarazadas. Muchas dicen: 'Si yo me puse la ampolla, pero estoy embarazada'. Es que está mal, porque el tema de la farmacia, la ampolla deberían ponerla en el centro. No le dicen pues, es que no les comentan bien, ellos solamente quieren vender" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

En relación con los centros de atención nivel I y las transferencias, se observa la presencia de procesos burocráticos que obstaculizan la atención de muchas usuarias. Se identifican problemas para la atención cuando las pacientes no cuentan con el sello de algún doctor o doctora que les transfiere, o al buscar recibir atención en un centro fuera de la zona en que figura en su DNI. Estas barreras administrativas limitan el acceso oportuno y adecuado a la atención médica, generando un impacto negativo en la calidad de la atención brindada a las usuarias en dichos centros.

> "Y aparte de eso que acá son una jurisdicción, se atiende. Y a ellos les correspondía en lo que era la zona de Fortaleza, toda esa parte de ahí de Valle Sharon [...]. Ellos respetan y se basan que la jurisdicción está separada por sectores que eso también otro problema, porque cuando vienen con transferencia falta el sello y ellas tienen que tener. Ya saben, no es primera vez que falta el sello del doctor, la firma, por eso la regresa o, mientras tanto, van atendiendo a la usuaria, pero vaya usted a hacer esa cuestión, cuando ya han atendido a la usuaria, no lo ha hecho, nada. El hospital tiene que dar un informe de cada caso" (Renata, 70 años, promotora en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "Lo que sí falta, se atienden 8 y a veces vienen más de 20 para la ecografía, que vienen y tienen que ser programadas. Las programaciones también a veces, cuando es urgente, tiene que venir un sello, que el médico lo ordena o de lo contrario le dan para tres días" (Renata, 70 años, promotora de salud de CMI en San Juan de Miraflores).

En síntesis, se identifican obstáculos para la obtención de citas en los servicios de salud sexual y reproductiva. Tras la pandemia, la solicitud de citas a través de WhatsApp ha dificultado el acceso para usuarias con limitaciones digitales, generando confusiones y problemas en la atención (no llegan a ser atendidas). Asimismo, la alta demanda de servicios ha llevado a largos tiempos de espera y a que algunas usuarias recurran a servicios privados no confiables. Además, en los centros de atención de nivel I, se identifican barreras burocráticas que han limitado la atención oportuna. Estos obstáculos tienen un impacto negativo en el acceso y la calidad de la atención de las usuarias, lo cual resalta la necesidad de tomar medidas para mejorar el sistema de citas existente y garantizar la implementación de un sistema accesible, eficaz e informado en los centros de salud.

Demora en la atención

En segundo lugar, en los servicios que implican citas, se identifica como un problema recurrente en casi todas las entrevistadas la demora en la atención. Como se mencionó, al no poder conseguir citas por la central telefónica o WhatsApp, acuden directamente al establecimiento para ser atendidas. De llegar a haber cupos, se les otorga cita por extensión, hecho que implica que la usuaria espere un tiempo considerable y experimente molestia.

> "Vienen ya de manera directa sin citas. Entonces, ¿qué hacemos? Les explicamos que las vamos a atender, pero priorizamos la lista, si la paciente puede esperar y quedarse bien y si a veces no, pero no puede, tampoco más allá no podemos nosotros ofrecerles. Sí las vamos a atender, pero, lamentablemente, pues tendrán que esperar que sean atendidas las de la lista y luego ellas. Y a veces también hay bastante insatisfacción en algunas, 'bueno ya, espero', otras dicen, ¿no? 'Pero me toca', y sí, exigen que se la atienda en el momento, pero a veces no funciona el sistema" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores)

Sin embargo, existe una percepción tanto en usuarias como en promotoras de que la demora en la atención también puede implicar la obtención de un servicio minucioso por parte de los y las doctoras. Es decir, que su cita está siendo postergada, pues los profesionales se toman un tiempo exhaustivo y necesario para atender a sus pacientes.

> "Lo que también a veces... A ellas no les gusta la espera. Yo le digo 'Mientras que esté atendiendo' y demoran más de 40, una hora; a veces en otros centros hasta dos horas y

> media. Pero le digo, 'señora, es lo mejor', porque tampoco es una cosa sencilla, fácil, de rápido" (Renata, 70 años, promotora en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "Sí [tengo que esperar] varias horas, porque se tardan, porque atienden bien a los niños"

> (Dayana, 36 años, usuaria del CMI Barreto).

Pese a ello, se ha encontrado situaciones que rebaten esta percepción, como es el caso de Sonia, quien acudió al centro de salud para realizarse un Papanicolaou; sin embargo, al no tener historia clínica, fue derivada de área en área sin que se le abriera expediente hasta que una trabajadora le hizo una ficha para realizar la atención.

> "Me dijo 've al lugar tal para que te hagan una historia'. Fui al lugar tal que me dijeron y me rebotaron, 'no, tienes que ir allá'. Luego **nuevamente me volvieron a rebotar al mismo lugar** y la señorita enfermera como ya **me había visto tres veces, de rebote en rebote,** ya estaba con cara de... realmente puso cara de 'ah, ya, me aburriste' y entonces me hizo la ficha que me pedían y luego me dio con la doctora" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

Así, la demora en la atención emerge como un factor constante que afecta la calidad de la atención brindada. A partir de los obstáculos que enfrentan las usuarias para obtener citas, experimentan largas esperas para conseguir cupo y/o ser atendidas. Este hecho representa un desafío adicional para las usuarias que provienen de áreas remotas o poseen jornadas laborales, remuneradas o no remuneradas, de las cuales no pueden ausentarse por largos períodos de tiempo.

El impacto de esta demora no se limita solo a la calidad del servicio, sino que también repercute en las decisiones de salud de las usuarias. Muchas de ellas enfrentan responsabilidades de cuidado, como el trabajo doméstico, el cuidado de niños o personas dependientes, poseen condiciones laborales estrictas y/o se encuentran en situaciones en las que su sustento depende de las horas trabajadas diariamente. Por ejemplo, en Lima, 6 de cada 10 mujeres trabajadoras poseen empleos informales (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], 2022).

Para estas usuarias, destinar tiempo de su día al cuidado de su salud es un desafío; por lo cual, obstaculizar su atención y someterlas a largos tiempo de espera es un problema que afecta su vida diaria y puede suponer un factor decisivo en su toma de decisión para continuar o desistir en su búsqueda de atención. En ese sentido, es fundamental que los servicios de salud aborden este problema, puedan responder a las necesidades de todas sus usuarias y facilitar el acceso oportuno al cuidado de su salud.

Falta de atención oportuna frente a emergencia

Asimismo, frente a situaciones que requieren atención inmediata, se identifica una falta de atención oportuna, hecho especialmente preocupante en situaciones de emergencia obstétrica, dolor significativo y situaciones apremiantes (AOE, partos). Como se mencionó en el caso de Gracia, la falta de atención oportuna, entrega de un AOE, afectó considerablemente su bienestar y autonomía. La negación de la atención no solo disminuyó la efectividad de la pastilla, sino que aumentó sus probabilidades de embarazo, obstruyo su toma de decisiones y supuso una barrera para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos

> "O sea, está pasando más tiempo. O sea, estamos dando más tiempo de que tuve relaciones y no estaba protegida, eso hace que la pastilla sea menos efectiva [...] Creo que voy a tener que ir a comprarla, pero yo vivo lejos. Ya no sé si sirva [la pastilla], ya pasó mucho tiempo [tuvo relaciones anoche y eran las 11 am del día siguiente]" (Gracia, 24 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

En relación con los partos, debido a la ausencia de una atención oportuna y subestimar el pedido de ayuda de las usuarias, el personal de salud señala que las pacientes han tenido bebés en la sala de espera o en los baños, poniendo en riesgo la salud de la madre y la de los y las recién nacidas.

> "Por ejemplo, hay obstetras que le dicen que espere y le hacen sentar y de un momento a otro el bebé viene en la banca o el baño. Ha habido casos de demanda y tantas cosas, antes de la pandemia. [...] [Por ejemplo] Ahora fue este año, yo estaba en emergencia y justo el servicio de Obstetricia creo que lo mandaron a la paciente y la paciente gritaba, nosotros en urgencias nos quedamos despiertas, y la paciente lloraba gritando 'señorita', y el bebé lo tenía ahí. Agarré la silla de rueda y la señora está con las piernas abiertas y ya no podía" (Melanie, 50 años, enfermera de un CMI en San Juan de Miraflores).

Además, se han identificado situaciones en las cuales se ha denegado la atención a las usuarias que experimentan dolores persistentes, ya sea por falta de equipos médicos en el centro de salud o por considerar que el caso posee una gravedad que excede la capacidad de atención de ese nivel. Este hecho no supone una falta por parte del personal de salud, por el contrario, evidencia su juicio derivar la atención de pacientes fuera de las capacidad y recursos del centro. No obstante, es necesario que el personal de salud brinde las facilidades (referencia) y orientación necesaria a las usuarias para que puedan ser atendidas en otro establecimiento.

Un ejemplo de ello es el caso de Sonia, quien sufría intensos dolores lumbares durante su embarazo. Lamentablemente, al acudir al centro de salud, se le negó la atención al superar el nivel de atención del centro, por lo cual fue trasladada al Hospital María Auxiliadora. Sin embargo, no se le otorgó la referencia necesaria y en dicho hospital fue víctima de violencia obstétrica. Durante su estancia en el centro, esperó cinco horas para recibir atención médica, fue sometida a tratos humillantes y recibió agresiones físicas (pinchazos).

Ante la falta de atención oportuna y los malos tratos, la usuaria finalmente ha decidido no atender su dolor lumbar y actualmente se limita a asistir a sus controles prenatales. Este caso ejemplifica cómo la falta de una atención médica oportuna puede tener efectos perjudiciales tanto en el bienestar inmediato de la paciente como a largo plazo en su salud general, influyendo negativamente en su intención de continuar cuidando su salud y en sus decisiones médicas.

> "Hace dos meses tuve un dolor en el vientre. Nadie me detectó qué tenía por más que me sacaron análisis, pero no me quisieron atender aquí. Y me dijeron que me vaya directo al María Auxiliadora. Y la segunda vez, ya ni siquiera me observaron, simplemente de la puerta, me dijeron que me vaya al María Auxiliadora y allá también querían devolverme a acá, porque no había referencia [...] como yo no tenía a mi pareja, tenían que traerme una bata. Y si no le traía la bata, pues no me iban a atender. Entonces, como estaba que me retorcía de dolor, una señora que estaba me vio llorando del dolor y le exigió a la enfermera que me atendiera. Pero ni aun así, me hizo esperar una hora más y tuve que ir al médico de guardia, tampoco apareció.[...] [quien finalmente me atendió] me había hecho varios hincones aquí en los brazos [señala cuatro puntos distintos de su brazo] que me había dejado moreteado por tres semanas, un hematoma grande [....] Después del trato en el María Auxiliadora, ya de ahí no volvía a ir tampoco. Ahorita siento dolor, pero prefiero no ir, porque ya sé cómo es el trato. Prefiero aguantármelas" (Sonia, 25 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

Así, en síntesis, se observa una falta de atención oportuna en situaciones de emergencia obstétrica y partos, lo que pone en riesgo la salud de las usuarias y los recién nacidos. En aquellos casos donde el motivo de consulta supera la capacidad de atención del centro, se evidencian obstáculos para el traslado efectivo a otros establecimientos de mayor nivel (falta de referencias, orientación); hecho particularmente alarmante en caso de dolores persistentes y repetitivos. Es importante resaltar que es imperante incidir sobre estas situaciones, pues la falta de atención oportuna y malos tratos posee consecuencias perjudiciales tanto a corto como a largo plazo en la salud de las pacientes.

Desinterés en la atención y trato hostil

Dentro del servicio, las entrevistadas señalan que existe una escasa disposición del personal de salud para brindar una experiencia de atención positiva, que evidencie un trato cálido, empático y humanizado. Así, se identifican manifestaciones de una atención desinteresada y en ocasiones hostil en las distintas instancias del servicio de salud. En este apartado, se considerará como trato hostil al conjunto de actitudes y comportamientos poco empáticos y/o agresivos del personal de salud hacia las usuarias en cualquiera de las áreas del servicio (entrada, admisión, citas, triaje, laboratorio, especialidades, campañas, etc.). Esto implica acciones o palabras que generan una sensación de desprecio, desvalorización o falta de consideración hacia los pacientes y las situaciones que atraviesas.

Primer punto de contacto: entradas y admisión

En primer lugar, se identifica un trato hostil desde los primeros puntos de contacto del servicio, es decir, la entrada de los centros de salud y el área de admisión. Desde el ingreso al establecimiento, algunas entrevistadas reportan que los y las pacientes pueden enfrentarse a una actitud adversa por parte del personal o ver negada su entrada, con base en el juicio del personal de seguridad acerca de su situación (si considera que su condición de salud es o no una emergencia).

> "También era un poco déspota, estaba en la puerta y 'pasa esto, tú no pasas', '¿pero si está mal?' 'no, no pasas' e incluso en emergencias es peor todavía, porque igual puede venir una persona discapacitada y el guachimán quiere que entre sola, que no entre la que la acompaña y eso está mal, o sea, tienen que estar dos personas porque una da el soporte y la deja todavía afuera en la calle, no te hace pasar siquiera a admisión" (Jimena, 58 años, usuaria trans del CMI Ollantay).

> "Sí, el año pasado, ya cambiaron personal. Yo escuché que había mucho maltrato en el señor, no me acuerdo su nombre, pero no les trataba bien. No les daba un buen trato, estaba en admisión, en admisión han puesto al de seguridad" (Sofía, 42 años, promotora de un CMI en San Juan de Miraflores).

Además, en lo que menciona Jimena se observa una falta de adecuaciones necesarias para atender las necesidades diversas de los pacientes. Como señala, en situaciones en las que personas con discapacidad acuden acompañadas al centro, es posible que se les prohíba el acceso a sus acompañantes y se les solicite esperar fuera del recinto, obstaculizando su derecho y posibilidad de recibir una atención de calidad (en caso

requerir los apoyos de la persona acompañante).

Esta negativa puede estar relacionada a la disminución de aforo durante la época de la pandemia, cuando la normativa requería que los y las pacientes acudieran solos o solas al establecimiento de salud para evitar contagios. Sin embargo, ahora que la crisis sanitaria ya ha acabado, persistir en la negativa de acceso a acompañantes, sobre todo en pacientes que pueden requerir mayores apoyos (personas con discapacidad, personas adultas mayores), evidencia un desconocimiento de la normativa actual y una falta de consideración a las circunstancias, bienestar y necesidades de cada usuario y usuaria.

Orientación insuficiente o errónea

Posteriormente, en el triaje, las entrevistadas también reportan haber experimentado tratos hostiles. En este punto de contacto, mencionan que el personal de salud puede mostrarse poco dispuesto a resolver dudas, mostrando una actitud de incomodidad, hartazgo o desdén frente a la solicitud de información o las preguntas de las usuarias.

> "Hay otras doctoras, las que son mayorcitas te atienden de mala gana [...] Por ejemplo, la señorita que me pesó, un poquito renegoncita, se le entiende porque es mayor. Me dijo algo y no le entendí bien, le dije que me vuelva a explicar y sentí que se incomodó. Pero ahí normal, incluido la señorita que me atiende, la que me pone la ampolla, me dijo que es un poco renegona" (Abril, 23 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

> "Habló con ella y volvió conmigo y pidió como que una hoja porque me preguntó si tenía SIS, le dije que no tenía SIS y le pidió la hoja a una chica y la chica sí fue bien mala gracia. Como que: '¿Cuál es tu número de historia?', le dije: 'No tengo' y me dijo: '¿No tienes?' [tono desganado]. Me equivoqué en decirle mi cumpleaños y lo puso mal, y ya como que me miró mal" (Rebeca, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

> "Fui al lugar tal, que me dijeron y me rebotaron. 'No tienes que ir allá'. Luego nuevamente me volvieron a rebotar al mismo lugar. Y la señorita enfermera como que ya me había visto tres veces de rebote en rebote. Ya estaba con cara de... no, realmente puso cara de 'ah, ya, me aburriste' y entonces me hizo la ficha que me pedían y luego me envió con la doctora. Me dijo: 'Ya, yo ya no sé, ve lo que ella haga, haz lo que ella te dice', pero con mala forma" (Sara, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

Este tipo de abordaje lleva a problemas en la orientación brindada a las usuarias, especialmente en el servicio de planificación familiar. Frente a consultas que desconocen o no desean responder, el personal de salud evade

las preguntas o las deriva a otros profesionales (que en muchos casos tampoco poseen las respuestas), ofrece información errónea o responde de manera ambigua, generando confusión y fallas en la atención.

Esto se observó en los casos expuestos en el apartado de adolescentes, en los cuales las usuarias recibieron orientación errónea o insuficiente en relación con sus consultas. Frente a preguntas específicas sobre el cuidado de su salud sexual, como la efectividad del AOE en días fértiles o el cuidado de la salud sexual de mujeres con prácticas sexuales lésbicas, las usuarias recibieron respuestas genéricas, como "la pastilla se toma máximo 2 días después de la relación sexual" o folletos. Asimismo, se les brindaron respuestas incorrectas, como afirmar que estarían libres de ETS si solo tienen una pareja, o que no tendrían ningún riesgo para su salud sexual si se vinculan exclusivamente con mujeres (debido a no existir riesgo de fecundación).

De igual modo, en el caso de Sara, una usuaria adulta, se evidencia un ejemplo de orientación insuficiente. Durante su chequeo por Papanicolaou, preguntó sobre métodos anticonceptivos alternativos a las pastillas, pues estas le generaban efectos perjudiciales en su salud y le habían diagnosticado problemas en el útero; sin embargo, la obstetra no supo brindarle alternativas e insistió en que la única posibilidad era utilizar hormonas.

> "Pero no me dieron la información completa porque yo tenía que estar preguntando era como 'puedo hacer esto, puedo hacer lo otro, puedo comer esto, puedo comer lo otro'. Entonces lo que fue es que le dije 'Me olvidé de decirte que había tenido un aborto y que no sabía cómo hacer con eso, porque también en el aborto detectaron que tenía ciertas cosas dentro del útero'. Y entonces me dijo: 'Ya, está bien, si tienes esas cosas en el útero tienes que tomar pastillas anticonceptivas", no, 'hormonas sí o sí'. Pero yo le decía: 'Pero me hace mal, me hace mal' y la doctora decía: 'Sí, pero las tienes que tomar'" (Sara, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

Por último, cabe la pena resaltar que, en cuanto a omisión de información, una usuaria brindó su testimonio sobre la experiencia después de haber tenido un parto riesgoso que pudo haberle costado la vida. Pese a esta situación de vulnerabilidad, tanto física como emocional, el personal de salud aplazaba el contacto de la madre con su bebé y no le brindaba información clara acerca del estado de salud del neonato.

> "Y así, cuando nació mi hijo me dijeron que estaba todo bien. **Le pusieron su vacuna y mi hijo se puso azul morado así, él se puso así. Y no me dijeron nada, sino que se lo llevaron, me lo quitaron**

y se lo llevaron, y mi hijo estuvo internado una semana. Y no me decían nada, tampoco me dejaban verlo [...] Y yo toda esa semana estuve sufriendo, llorando, o sea, preocupándome porque no sabía" (Andrea, 20 años, Hospital María Auxiliadora).

Desinterés y trato hostil durante consulta

Asimismo, durante la consulta, este trato desinteresado se manifiesta a través de la práctica de acelerar el proceso de atención con el fin de culminar lo antes posible. Esto lleva a que en servicios como planificación familiar las pacientes sean atendidas de manera general sin lograr satisfacer las consultas por las que acudieron a la cita. Tal fue el caso de Nina, quien acudió con interrogantes sobre los métodos anticonceptivos y su eficacia a lo largo del ciclo menstrual; sin embargo, no se respondió a ninguna de sus preguntas, lo que generó en ella la percepción de que sus problemas no eran escuchados.

> "Quizá también es como que me trataron de atender lo más rápido posible para que me fuera, lo más conciso que necesite o quizá voy para ver que ya cumplí y eso. Porque no duró 40 minutos, así que fue algo rápido, 20 minutos habrá sido. Fue, como usted dijo, una charla de consejería. Más que nada fue pregunta [de la enfermera], respuesta. O sea, pregunta, pregunta, pregunta, pregunta [...] Me sentí incómoda cuando solamente, sentí que mi vida en ese momento no le interesaba a la señora que me atendía. Solamente era un 'sí, ya, muy bien'. Era una pregunta concisa de sí/no, no es que me preguntara más, 'y por qué tal, y por qué cuál', o una pregunta más" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

Un factor que puede estar influyendo en esta percepción de desinterés es la reducción del tiempo de atención. Rafaela menciona que en la pandemia se disminuyó el tiempo de atención a 15 minutos para lidiar con la carga laboral; en algunos centros, esto continúa siendo una estrategia empleada para responder a la alta demanda de pacientes, afectando negativamente la percepción y calidad de la atención de las usuarias. Asimismo, se identifica que algunos y algunas profesionales buscan terminar con sus tareas lo más rápido posible, cumpliendo lo mínimo esperado del servicio; hecho que impacta en las probabilidades de que las usuarias continúen asistiendo al centro.

> "Hay infinidades en sus colegas que solamente quieren llenar su hoja y se van, es eso y de las usuarias que desean cuidarse, desean, pero les ponen muchas trabas y ya no vuelven más" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

> "Eso de reducir la atención, a pesar que dice que la atención solo dura 15 minutos, y para poder atender una mayor demanda. Pero aún estamos con ese tipo de atención, ya hemos aumentado ya 15 a 18 en la mañana y en la tarde sí como que se reduce a 12. Todavía nos ayuda" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

En general, se observa un trato poco empático por parte del personal de salud, lo cual propicia la percepción de una falta de interés hacia el bienestar del paciente, así como una sensación de inseguridad y desamparo en un servicio que debería proveer cuidado y tranquilidad frente a situaciones alarmantes para las usuarias (dolores durante el embarazo, miedo de posibles embarazos, sangrados, etc.). Así, cuando se requiere atención inmediata, se observa una escasa consideración hacia la situación y las emociones que la persona atraviesa, priorizando otros eventos y tareas que poseen

Este fue el caso de Gracia, quien acudió al CMI Manuel Barreto en busca de un AOE y, luego de ser transferida a cuatro áreas distintas (obstetricia, emergencia y planificación familiar y ginecología) y ser avergonzada por acudir a emergencia por un procedimiento que "no es una emergencia", no logró obtener el anticonceptivo. Luego de la atención, esta usuaria menciona haberse sentido muy desamparada, pues, además de experimentar la incertidumbre de no saber si se encontraba embarazada, debía lidiar con un trato muy poco empático por parte del personal, que no prestó atención al estado emocional de la usuaria ni logró transmitir apoyo o calma en una situación altamente estresante. Por el contrario, el personal se mostró poco perceptivo y considerado hacia la vergüenza que le generaba a la joven pedir este médicamente y su preocupación frente al tiempo que transcurría, pues a cada hora de demora (la atención duró aproximadamente una hora) su probabilidad de estar embarazada aumentaba.

> "Me sentí horrible. O sea, la primera señora ya me hizo sentir un poco insegura y como que yo no era muy bienvenida y luego cuando ya me di cuenta que capaz podía estar enferma. Bueno, [pensé] capaz no ha sido conmigo, ¿no? Pero luego en emergencia la que me dijo: 'Mamita, eso no es una emergencia', pedir una pastilla del día siguiente no es fácil. Tienes miedo y además te juzgan y creen que no te has cuidado, te miran feo, no es fácil. Se pudo romper mi condón, ellas no saben qué es lo que ha pasado. Es bien palta, tu ya estás preocupada de estar embarazada, de no saber qué va a pasar y de colmo, o sea, ¿cómo te van a tratar así? Y acá me tocó remar, o sea, ¿cómo va a decirme que no es una emergencia? para mí es una emergencia, o sea, si yo realmente he tenido relaciones, puedo estar embarazada" (Gracia, 24 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

Asimismo, se observa bajos niveles de empatía y calidez hacia las usuarias al momento de comunicarles las razones por las cuales no podrán ser atendidas; hecho que transmite la sensación de que su bienestar no es una prioridad. Un ejemplo concreto de esto es la frialdad con la que se comunica a las pacientes la ausencia de equipos necesarios para su atención, como, por ejemplo, el servicio de ecografías.

> "Bueno... en la parte de que te dan una orden, lamentablemente no hay cupos para hacerte tu cita. Por ejemplo, yo tenía que hacerme una ecografía, pero me dicen en admisión que no, que no hay y que venga a fin de mes todavía. Es lamentable, porque yo ahorita estoy con malestar, entonces necesito hacerme la ecografía" (Camila, 18 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

Además, se identifica una falta de seguimiento por parte del personal hacia las mujeres en periodo de posparto o madres primerizas, lo cual genera un déficit en la atención integral y continuidad del cuidado. Estas situaciones reflejan la necesidad de mejorar la empatía y el compromiso por parte del personal de salud en el manejo de recursos y en la atención de las necesidades emocionales de las pacientes.

> "No mucho, más que nada ven, por ejemplo, si son gestantes que esperan, que tienen que llegar a dar a luz y después poner la primera ampolla, que es lo más rápido que hacen ellas, pero después no hay seguimiento" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

Cabe resaltar que al preguntarles a las usuarias a qué se deben estos malos tratos, aluden al cansancio, falta de energía, estado de salud y/o situaciones personales que atraviesa el personal de salud.

> "De cinco profesionales en el centro médico, tal vez uno sea el adecuado, el que tiene empatía, que te ayuda, que te apoya. Para esto, no es como que va a cumplir su hora y haciendo cinco nada más, haciendo seis, y ya hasta ahí no más. Tengo muy malas experiencias con los centros médicos [...] No son empáticos, no son, diría, son un poquito deshumanos diría yo, y con todos, no solamente conmigo [...] he ido a muchas postas, he ido a la posta Ollantay, al San Luis, incluso al Peval, he ido también al Barreto y siempre he tenido ese tipo de [trato], cómo se puede decir, imagino que están acostumbradas a tanta gente y ya atienden por inercia" (Jimena, 58 años, usuaria trans del CMI Ollantay y San José).

> "Bueno, con la señorita del triaje, que por lo que está con cantidad de gente, te trata como que seria, molesta" (Lucía, 25 años, usuaria del CMI César López Silva).

Esta postura no justifica la falta de empatía en los servicios de salud proporcionados en los centros de atención. Sin embargo, es crucial destacar que esta falta de interés no puede ser interpretada únicamente en términos del temperamento o desempeño individual de cada profesional de la salud. Es necesario tener en cuenta el impacto de las condiciones en las que estos profesionales operan, como la carga excesiva de trabajo, la falta de atención a su salud mental, la ausencia de capacitación proporcionada por el Estado, y cómo todos estos factores pueden influir en su visión y trato hacia las usuarias.

Como menciona Távara (2022), la causa de la violencia obstétrica (y en este caso la calidad de atención) suele atribuirse al personal de salud; sin embargo, supone un problema que requiere un análisis holístico y sistémico que reconozca la responsabilidad del Estado como ente garante del derecho a la salud, la comunidad, la familia y la propia mujer. Es necesario ampliar el análisis fuera del desempeño individual del personal de salud y considerar los factores estructurales que generan estas problemáticas. En este caso, es fundamental señalar la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud y como entidad responsable del desempeño

y bienestar de los y las servidoras públicas.

Trato hostil en especialidades específicas

De manera específica, se observa un trato hostil en servicios específicos y atención a casos de emergencia. Por ejemplo, Dayana menciona que en el servicio de ecografía no le permitieron tomar fotos de la imagen de su bebe, pues el personal de salud encargado tiene "mal genio" y suele tener requerimientos estrictos (tocar la puerta, no usar teléfonos en la cita) al atender a las usuarias. Este hecho generó molestia e incomodidad en ella, puesto que es un espacio muy importante para las madres, en el cual es crucial contar con personal sensible y capaz de considerar el estado emocional y contexto de las usuarias.

> "[La ecografista me dijo] 'aquí no se permitía eso [tomarles foto a las ecografías], pero yo le digo 'hay maneras de que ella le hable a las personas, al público, no así con rabia. Porque si usted no quiere trabajar aquí como está, no lo haga, o lo está haciendo por gusto, porque eso es lo que parece. Porque para trabajar con un público así, no debería de contestar así'. Y no me dijo nada, que ya listo, se puede retirar. La única que me ha contestado así. Pero del resto bien [...] creía que lo iba a grabar, yo no voy a grabarla a usted, yo voy a tomarle una foto a mi bebe nada más. [...] Y te preguntan ahí [desde admisión] '¿primera vez que viene?' y te dicen 'no hagas eso, no hagas eso, porque esa mujer es muy odiosa' [...] Que no vaya a hacer, por ejemplo, eso que yo hice con el teléfono, 'no vayas a sacar teléfono porque la señora es muy odiosa' o 'no vayas a entrar sin pedir permiso, porque te gritan'" (Dayana, 36 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

Asimismo, en el servicio de emergencia, se evidencia un trato poco comprensivo para la atención de casos de aborto. En un contexto de criminalización del aborto como ocurre en Perú, comentarios insistentes que buscan clarificar si la usuaria se ha realizado un aborto o no, más allá de resultar poco empáticos frente la preocupación que puede estar experimentando, se convierten en posibles desencadenantes de angustia para la usuaria, al ser información que podría llevarla a ser perseguida por abortar.

> "Y a veces, muchas, muchas veces, las usuarias te dicen, no estoy embarazada, no estoy, no estoy, y a la hora de que haces una prueba de embarazo, si estás, si están. Entonces tenemos que estar ahí como que, persuadiendo, interrogando como policía, en vez, interrogando de una manera tan así y llenar, y hay que hacer ponerle vía, poner eso, poner aquello entonces" (Rafaela, 44 años, obstetra de un CMI en Villa El Salvador).

Además, frente a emergencias médicas como una hemorragia genital, no hay necesidad de indagar en las causas, sino que se requiere de atención médica inmediata para poner fuera de peligro la vida de la paciente.

Aunque algunas integrantes del equipo de salud manifiestan priorizar la atención de la salud de la usuaria y

no enfocarse en investigar el evento o reportarlo a las autoridades, aún se observa una insistencia en indagar acerca del suceso con fines diagnósticos, con el fin de determinar el curso de acción más adecuado para el caso. No obstante, este enfoque puede pasar por alto el impacto que estas preguntas tienen en el bienestar físico y psicosocial de la usuaria.

> "Yo pienso [que no comentan que han abortado] porque creen que vamos a llamar a la policía o alguien en el momento o van a preguntar dónde se hizo, quién fue, ¿no? Entonces esa es una, y lo otro de repente es pues, de repente tiene muchos hijos y no estaban preparadas para ello y la familia o la mamá nadie sabe, solamente es un tema del esposo y ellos no que van a decir que dirán, que es entendible, es entendible. Pero ahí no nos ayuda mucho, de verdad. No [llamamos a la policía], no nos damos tiempo para eso. Nosotros cumplimos en atenderla, referirla, para que llegue de manera oportuna. Ya ese tema... o sea, no, o sea, perderíamos mucho tiempo. A no ser pues de que de repente sea un tema de violación, un tema que la llevó de manera forzada, de manera clandestina, obligada y ella comienza recién a contarnos acá todo" (Rafaela, 44 años, obstetra de un CMI en Villa El Salvador).

En esa línea, es fundamental que el personal de salud desarrolle estrategias adecuadas para el diagnóstico a pacientes en situación de aborto, con el objetivo de evitar la generación de entornos hostiles que prioricen exclusivamente el señalamiento e identificación del aborto. Por el contrario, se insta a priorizar un servicio que abarque la atención integral de la situación de salud física de la usuaria como su bienestar emocional, procurando un enfoque que considere los aspectos médicos, psicológicos y contextuales asociados a esta situación particular.

En síntesis, el trato desinteresado, hostil y poco empático por parte del personal de salud hacia las pacientes es una problemática identificada en el servicio de salud. Desde el ingreso a los centros de salud, se evidencia un mal trato y falta de consideración hacia las necesidades de los pacientes. En el triaje y atención, el personal muestra actitudes de incomodidad y desdén hacia las consultas de las usuarias, y acelera el proceso de atención sin satisfacer adecuadamente las consultas de los pacientes. Este trato poco comprensivo genera inseguridad y sensación de desamparo en momentos de crisis, afectando negativamente la experiencia de atención y estado emocional de las usuarias. Sin embargo, es necesario señalar que este comportamiento no puede ser atribuido al desempeño individual del personal de salud. Es crucial ampliar el análisis de esta problemática a factores

estructurales, tales como la responsabilidad del Estado de asegurar el derecho a la salud y el bienestar de sus trabajadores.

5.2. Expectativas de las usuarias

La presente sección recopila valiosas recomendaciones provenientes de usuarias, con el objetivo de promover la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva en los centros de salud. Estas sugerencias se basan en las experiencias y perspectivas de las propias usuarias, quienes, como beneficiarias directas de dichos servicios, ofrecen una visión única y relevante. Al sistematizar estas recomendaciones, se busca fomentar una mayor participación y colaboración entre las usuarias y los profesionales de la salud, con el propósito de fortalecer la calidad y la atención integral en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. En ese sentido, estas recomendaciones constituyen una guía valiosa para la implementación de mejoras significativas en los centros de salud de la Dirección de Salud de Lima Sur, con el fin de garantizar una atención más equitativa, respetuosa y satisfactoria para todas las usuarias.

Ampliación de los horarios

La ampliación de los horarios de atención y la reducción del tiempo de espera en los servicios de salud sexual y reproductiva son necesidades fundamentales para las usuarias. Estos aspectos resultan cruciales debido a la naturaleza íntima y sensible de los temas abordados en estos servicios. Al ampliar los horarios de atención, se brinda a las usuarias una mayor flexibilidad y accesibilidad, permitiéndoles buscar atención médica sin comprometer sus responsabilidades laborales, de cuidados o académicas. En algunos casos, las usuarias han sentido malestar, debido a las colas que tienen que hacer a altas horas de la madrugada, poniendo su seguridad en peligro y sacrificando sus horas de descanso. Sumado a ello, se señala la necesidad de difusión, por parte del mismo centro de salud, sobre las especialidades que atienden durante el horario de la tarde.

> “Eso es lo que yo pediría, en caso que extiendan un poco más el horario en la tarde, y que el mismo centro haga ese voceo para que los mismos pacientes nos enteremos que en la tarde también hay esas especialidades. En realidad, las postas de los barrios solo atienden hasta la mañana, uno tiene que ir a hacer cola a las 2 am, ahora ya no es así, ahora las citas son por WhatsApp” (Romina, 37 años, usuaria Hospital María Auxiliadora).

Además, la reducción del tiempo de espera es esencial para evitar la ansiedad y la incomodidad que pueden surgir al esperar durante largos periodos. Al minimizar el tiempo de espera, se demuestra respeto hacia la privacidad y la dignidad de las usuarias, reconociendo la importancia de su tiempo y necesidades individuales.

> “La espera, creo, nada más, porque citan a una hora y se demora más de lo debido” (Lucía, 25 años, usuaria del CMI César López Silva).

Orientación oportuna y clara

La celeridad al momento de recibir orientación por parte del personal de los centros de salud es necesario para las usuarias de los distintos servicios de salud sexual y reproductiva. Esta necesidad se fundamenta en la importancia de contar con información clara, precisa y oportuna para tomar decisiones conscientes sobre su salud y bienestar. La orientación rápida y eficiente permite a las usuarias comprender mejor sus opciones, recibir asesoramiento adecuado y abordar cualquier inquietud o duda que puedan tener. Además, la celeridad en la orientación contribuye a reducir la angustia que pueden surgir al enfrentar situaciones relacionadas con su salud. En algunos casos, las usuarias comentan que no perciben la existencia de un flujo de trabajo ordenado al momento de solicitar información sobre los servicios.

> "La orientación, como cambian su metodología. Hace dos semanas vine al (ininteligible) y para mí es novedoso que tienes que sacar cita, haces colas largas entonces, antes no, solamente hacías tu cita, pero ahora la cita es para todos, hacen una cola larga para todos. Yo creo que debería haber más orientación, si van a cambiar su metodología de atención o con un flujo de atención, decir: 'Primero vas acá, luego acá'. Creo que un poquito más la orientación, personas que te den orientación, para que puedas hacer los tramites rápidos" (Milena, 41 años, usuaria del CMI César López Silva).

Por ello recomiendan que el centro de salud pueda adaptarse a una forma de trabajo que permita que las usuarias conozcan los pasos a seguir de acuerdo con cada servicio. De este modo, ellas podrán experimentar una mayor confianza para acercarse y solicitar la atención En consecuencia, la celeridad en la orientación se traduce en una mejora significativa en la experiencia de las usuarias, fortaleciendo su autonomía y empoderamiento en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Además, las usuarias, sobre todo las adolescentes y jóvenes, necesitan que el personal de salud les brinde información clara, detallada y científica, ya que es importante que cuenten con conocimientos precisos para tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar. La información clara y comprensible les permite entender los aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva, como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la anticoncepción, el cuidado prenatal y posnatal, entre otros. Sin embargo, el testimonio de una adolescente evidencia la falta de capacitación, por parte del personal de salud, para orientar en temas de sexualidad de una manera profunda. Ello resulta problemático porque los y las adolescentes se encuentran expuestas a mucha información errónea y descontextualizada proveniente de los medios, como internet, redes sociales, televisión, entre otros.

> "No del todo, no cumplió mis expectativas, porque yo fui con una pregunta y en primer lugar no respondieron a mi pregunta y la información que me dieron yo sentí que era muy general,

> de lo mismo. Yo fui al centro de salud, fui sin mi mamá, mi mamá no es que tenga problema en dejarme sola, o sea, normal que yo fui. Yo fui en ese momento a pedir información que no obtuve en internet. O sea, si yo hubiera querido lo mismo que ellos me dijeron, porque me dijeron lo mismo de internet, mejor no hubiera ido. Si hubiera podido ver el futuro no hubiera ido al centro, porque para mí fue una pérdida de tiempo. Yo pensé que me iban a dar algo más íntimo, más detallado, porque era un especialista, alguien que sabía del tema, pero no me dieron así información tan detallada" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

Una adecuada información proporciona a las usuarias una visión más completa de su salud, permitiéndoles comprender los diferentes métodos, opciones y recursos disponibles para ellas. Además, la información científica y basada en evidencia es esencial para alejarlas de mitos, creencias erróneas y desinformación que podrían afectar negativamente su salud y decisiones.

En ese sentido, al recibir información clara, detallada y científica, se promueve el empoderamiento y la agencia para tomar decisiones informadas y responsables. Por lo tanto, el personal de salud debe poseer información actualizada, creando un ambiente de confianza y respeto en el cual las usuarias puedan sentirse seguras para comentar sus dudas.

Espacios de confianza

Tomando en cuenta lo mencionado anteriormente, las adolescentes requieren contar con un entorno seguro y respetuoso donde puedan expresar sus inquietudes de manera abierta y recibir orientación adecuada. Durante esta etapa del desarrollo, las jóvenes enfrentan numerosos interrogantes y decisiones relacionadas con su salud sexual y reproductiva. Al ofrecer un espacio de confianza, el personal de salud fomenta una comunicación abierta y libre de juicios, lo que permite a las usuarias jóvenes sentirse cómodas y dispuestas a plantear sus preguntas y preocupaciones.

> "Como le digo, cuando fui a Leoncio Prado el año pasado, casi por noviembre, me atendieron bien, me preguntaron mucho, hasta la señorita me acuerdo. Ese día fui con mi amiga, fui a consejería y la señora nos llevó a... era un cuarto donde ella atendía. Entonces en ese cuarto ella nos dijo: '¿Y qué música les gusta?', nos preguntó más de nosotros y nos puso música, a mí me gusta mucho el k-pop también. Nos puso música en su computadora y me sentí más a gusto, porque me preguntaba cosas que quizás eran un poco complicadas de responder, pero como estaba con mi música favorita, le estaba respondiendo, hasta le estaba haciendo chistes a la señorita" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

Como lo menciona Nina, el adaptar los espacios dirigidos a las y los adolescentes a sus gustos y necesidades permitirá que se sientan seguras y puedan expresarse sin temor a ser juzgadas o cuestionadas por el personal de salud. Este ambiente de confianza promueve que se sientan escuchadas y comprendidas, además de fortalecer la confianza en sí mismas y en la atención que reciben, lo que facilita su participación activa en la toma de decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

Trato empático, amable y respetuoso

Las usuarias esperan que el personal de salud tenga un trato amable, empático y respetuoso con las usuarias, reconociendo y valorando las diferencias que existen entre las personas. Cada usuaria tiene una historia y experiencia de vida única, que puede verse influenciada por múltiples aspectos como el género, la etnia, la orientación sexual, la discapacidad, entre otros. Un trato amable implica acoger a cada usuaria con calidez y cortesía, reconociendo su individualidad y proporcionando un ambiente seguro donde se sienta cómoda para expresar sus necesidades. La empatía permite al personal de salud comprender y conectar con las experiencias y sentimientos de las usuarias, reconociendo los desafíos y las barreras que pueden enfrentar día a día.

> "Un poquito más de calidad humana y un poco más de empatía, o sea, que a todas las personas, porque en resumen general, siempre he visto en los centros decir como San José, siempre las personas, tampoco por el grupo LGBT, en general que siempre tratan, no sé, creen que tienen el poder ellos, de ser dueños de la posta y hacer lo que quieren, esto deben de cambiar, porque están al servicio de las personas. Entonces, creo que ellos no toman conciencia de eso, ellos deben de ser de confianza, de que ellos están al servicio de la comunidad y poder estar preparados para una buena atención, una persona va con muchos problemas emocionales, con mucho problema de salud, entonces ellos tienen que estar preparados para ir ahí y salir con una salud física bien y salud psicológicamente. No sé si deben de prepararles o darle charlas o algún psicólogo ahí tratarlas" (Jimena, 58 años, usuaria trans del CMI Ollantay y San José).

Como se puede observar, Jimena hace un llamado a la promoción de una mayor calidad humana y empatía en los centros de salud, sin caer en actitudes que les resten valor a los y las usuarias. Está en la base que los profesionales comprendan que están al servicio de la comunidad y deben estar preparados para brindar una atención integral. Por el contrario, un trato frívolo y desensibilizado conlleva a que las usuarias desconfíen de la atención y no tengan el deseo de retornar para sus siguientes controles:

> "Por ejemplo, ahorita yo digo, si es que inicio mi vida sexual, no voy a ir al centro de salud. Sé que debo ir, pero en mi mente prefiero irme a algo particular, a una botica que yo pago y me van a tratar de una buena manera, me ponen la inyección y ya y nada más" (Nina, 18 años, usuaria del CMI Ollantay).

El respeto es esencial para garantizar que las decisiones, creencias y preferencias de cada usuaria sean valoradas y tomadas en cuenta durante la atención brindada. Al adoptar un enfoque interseccional en el trato hacia las usuarias, el personal de salud promueve la equidad y la justicia, asegurando que todas las usuarias reciban una atención adecuada y libre de discriminación, y que se aborden sus necesidades específicas de manera inclusiva y sensible.

Implementación de los partos por cesárea en los Centro Materno Infantil

Finalmente, las usuarias mencionan que los centros maternos infantiles deben estar preparados para atender partos por cesárea, en lugar de derivarlos a los hospitales más cercanos. Al contar con la capacidad de realizar cesáreas en los CMI, se evita el traslado innecesario de las mujeres a los hospitales, lo que puede ocasionar retrasos en la atención y aumentar los riesgos asociados con el parto. Además, tener la capacidad de realizar cesáreas en estos centros proporciona un acceso más conveniente y cercano a la atención obstétrica para las mujeres que viven en áreas alejadas o tienen dificultades para desplazarse.

> "Sí, se podría mejorar que sea más amplio y que haya más cosas, ¿no? Por ejemplo, para dar a luz, allá es para dar a luz, pero a veces no te atienden cesárea, solo es parto normal, y te transfieren a María Auxiliadora para que seas cesareada" (Ariana, 26 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

> "Esa es la complicación, pero si hubiera acá un parto con cesárea sería bueno ¿no?, porque otros viven lejos, otros viven cerca y ya no tendrían que irse hasta la Maternidad de Lima que es lejos, lejísimos. En eso mejoraría, pero la atención sí es buena atención, atienden bien" (Ariana, 26 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

Para ello, es importante contar con personal capacitado y equipos adecuados para realizar cesáreas en los centros maternos infantiles, pues esto contribuye a una mejor organización de los servicios de salud y a una distribución más equitativa de la carga de trabajo entre los diferentes establecimientos de atención.

5.3. Ejercicio de la ciudadanía

El ejercicio de la ciudadanía implica el empoderamiento de la persona sobre todos los aspectos de su vida. En el caso de las usuarias en los servicios de salud sexual y reproductiva, se evidencia un panorama desalentador que requiere atención urgente. El concepto de empoderamiento abarca un conjunto integral de conocimientos, habilidades y capacidad de toma de decisiones, que posibilita a las usuarias ejercer un mayor control sobre su salud sexual y reproductiva, así como sobre la atención que reciben en general. No obstante, se constata una notable falta de conocimiento por parte de las usuarias acerca de sus derechos y de los procedimientos de reclamos disponibles, especialmente en situaciones de vulnerabilidad.

> "Conozco más o menos [sobre los reclamos], pero **no he recibido ninguna orientación**" (Camila, 18 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

Por otro lado, es importante destacar que se ha reportado la existencia de personal de salud que manifiesta preocupación por proporcionar información sobre los derechos de las mujeres, en particular en lo referente a la prevención de la violencia intrafamiliar, especialmente en el caso de mujeres gestantes.

> "Yo creo que todas las gestantes, por su condición de gestantes, son vulnerables. **Se necesita bastante educación, hacerles conocer sus derechos y sobre todo derechos como mujer,** porque a veces dicen: '¿Pero qué voy a hacer?', '¿qué hago?', 'ya estoy embarazada, me tengo que aguantar', "él tiene otra, pero que me queda". Falta bastante educación y dejar de decirles que por el hecho de ser mujer y quedar embarazada, qué queda, sino **que pueden salir adelante, pueden buscar mejoras**" (Josefina, 57 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Mecanismos de reclamo

Además, durante la observación sistemática en los establecimientos de salud, se pudo constatar la ausencia de materiales de información sobre los derechos de las personas usuarias en los servicios de salud sexual y reproductiva. El material informativo presente en paneles era sobre los derechos que se ostentan siendo asegurados del SIS, el decálogo de derechos y deberes del paciente, las campañas de lactancia materna y otras relacionadas, y en algunos centros (no en todos), se visualizaban carteles de pequeña dimensión referente al libro de reclamaciones en salud según el Reglamento para la Atención de Reclamos y Quejas de los Usuarios de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud - IPRESS ya sea públicas, privadas o mixtas.

En conclusión, el empoderamiento de las usuarias en los servicios de salud sexual y reproductiva se presenta como un desafío crucial en el panorama actual. Es evidente la falta de conocimiento y conciencia por parte de las usuarias acerca de sus derechos y los procedimientos de reclamos disponibles, lo cual es grave sobre todo en situaciones de vulnerabilidad. Aun así, también se destaca la preocupación y el compromiso de algunos profesionales de la salud en brindar información y educación sobre los derechos de las mujeres, a partir de sus propios conocimientos, especialmente en relación con la prevención de la violencia intrafamiliar en mujeres gestantes.

6.

6. Sobre la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021

6.1. Conocimiento de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021

Se ha constatado una falta de conocimiento del contenido de la NTS Nº 180-2021 entre el personal de salud. Esto se debe a que, hasta la fecha 17 de mayo de 2023, la única medida implementada para difundir la norma consistió en la publicación de un video en YouTube de más de dos horas que aborda la capacitación sobre su contenido. Cabe destacar que dicho video corresponde a la grabación de un evento de socialización difundido por el canal de Telesalud. En ese sentido, no se han reportado otras acciones o estrategias emprendidas por parte del Ministerio de Salud para ampliar la difusión y el conocimiento de la norma entre los profesionales de la salud.

En el caso del personal de salud que reportó conocer la existencia de la norma (dos profesionales de un total de nueve entrevistadas), este conocimiento es superficial y consiste principalmente en la actuación frente a situaciones de violencia y la entrega del kit de emergencia, aunado a las consultas de planificación familiar. En este caso, solo una profesional mencionó que los y las adolescentes no necesitan ir en compañía de un adulto para recibir métodos anticonceptivos y que también se les entrega ello junto con tratamientos médicos a las personas LGBTIQ+.

> "En ese caso, la norma técnica al menos, **lo que es para las áreas de planificación familiar, no está indicado de que debe tener la aprobación de un adulto [para atender a una adolescente], ya sea para el uso del método o ya sea para una consejería**" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

La falta de conocimiento y capacitación sobre la norma tiene implicaciones significativas en la calidad de los servicios brindados y en la respuesta efectiva a la violencia basada en género. En esta línea, la comprensión adecuada de los derechos y las disposiciones legales relacionadas con la salud sexual y reproductiva es fundamental para garantizar que se respeten los derechos de las personas usuarias y puedan brindarles una atención de calidad.

6.2. Incumplimiento de la Norma Técnica de Salud N° 180-2021

De acuerdo con la norma, las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) tienen la responsabilidad de implementar medidas encaminadas a la prevención de la violencia en los servicios de salud sexual y reproductiva, a través de una serie de acciones. Entre estas acciones se incluye la sensibilización del personal en relación con el enfoque de género, los derechos humanos, la interculturalidad y la interseccionalidad, dentro del contexto de la atención a la salud sexual y reproductiva. Para lograrlo, las IPRESS deben organizar capacitaciones, asegurarse de que el personal que brinda atención haya recibido estas capacitaciones y llevar a cabo reuniones semestrales. Sin embargo, se ha evidenciado que estas acciones no han sido implementadas de manera efectiva por parte de las IPRESS.

En relación con la violencia obstétrica, se han identificado situaciones de violencia en los servicios de atención prenatal y durante los partos. En la norma se mencionan aspectos como la posibilidad de que la gestante sea acompañada por una persona de su elección durante el parto, la promoción de la movilidad, la disponibilidad de analgesia epidural a solicitud y la restricción en el uso de episiotomías. No obstante, se ha constatado que estos aspectos no se han cumplido de manera efectiva (ver apartado 2.1.1. Violencia obstétrica).

En referencia a los lineamientos relacionados con las poblaciones vulnerables, en el caso de la atención a adolescentes, no se ha reportado la existencia de servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva específicamente dirigidos a este grupo, tal como lo establece la normativa y en los servicios de planificación familiar de algunos establecimientos no se les atiende si es que no vienen con un adulto responsable, lo cual no es mencionado por la norma. En lo que respecta a la población LGBTI, la norma hace hincapié en el respeto a los pronombres y al nombre social, la prestación de tratamientos acordes a las necesidades particulares de la persona, como las terapias de reemplazo hormonal, así como la prevención de enfermedades de transmisión sexual, y prohíbe hacer comentarios sobre la sexualidad de la persona. Sin embargo, como se ha señalado previamente en este estudio, se han registrado situaciones de discriminación hacia esta población (ver apartado 4.2. Discriminación a grupos vulnerables) y no se han seguido adecuadamente los lineamientos establecidos por la norma.

6.3. Obstáculos para la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/ DGIESP-2021

En el estudio, se identifican distintos tipos de obstáculos para la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/ DGIESP-2021. Entre ellos: (1) la ausencia de capacitaciones pertinentes para el personal de salud, en materia de género, derechos humanos y normativa; lo que perpetúa (2) factores estructurales como creencias machistas, homofóbicas y de superioridad entre el personal y las usuarias; (3) deficiente gestión de reclamos y denuncias; (4) recursos limitados (recursos humanos, materiales y de infraestructura); (5) precarización de los servicios de salud del primer nivel de atención durante y pospandemia; (6) insuficiente atención por parte del Estado al estrés laboral y salud mental del personal de salud; y (7) desvalorización de la labor de las promotoras. A continuación, se explicará a mayor profundidad algunos de ellos.

1. Capacitaciones de género, diversidad sexual, sexual y calidad de atención en los servicios, MINSA

Uno de los principales problemas identificados para la implementación de la norma supone la falta de capacitación adecuada del personal de salud. Según lo reportado por el personal de salud, rara vez reciben capacitaciones sobre cualquier tema. Esta situación es principalmente precaria en los CMI.

Desde el Estado, las capacitaciones en materia de violencia de género han sido prácticamente nulas. En los últimos años, la única información que han recibido por parte del MINSA o del establecimiento de salud ha sido acerca del manejo de la covid-19. Aquellas profesionales que han logrado acceder a capacitaciones en materia de género ha sido gracias a ONG feministas (se mencionó al Movimiento Manuela Ramos, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Tejiendo redes) o a su propio esfuerzo y recursos (cursos de especialización autofinanciados).

> "Violencia, no, actual no, pero pasado sí. **Hace 5 años tuve una capacitación sobre violencia** basada en género. [Capacitaciones relacionadas a diversidad sexual y de género] no" (Edith, 40 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "No hay, como solamente yo he gozado con los directores antiguos. A mí me mandaron al Hospital Loayza hace años. **Pero no hay para capacitaciones, tenemos que capacitarnos así nosotros con nuestra plata.** [Los cursos en los que me he capacitado son] cuidado de la atención del adulto, respiración, I.R.A., oxigenación" (Rosario, 62 años, enfermera de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En relación con las capacitaciones sobre la norma técnica para prevención y eliminación de la violencia (NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021), ninguna entrevistada ha recibido capacitación sobre la referida normativa. Una entrevistada reporta conocer la "normativa pasada" por capacitación de una ONG feminista. Ninguna de las participantes mencionó haber recibido alguna capacitación sobre diversidad sexual, ni de manera interna (Estado) ni externa (ONG, inscripción propia).

> "Lo **de violencia tenemos más conocimiento de la norma que es del 2017 que sí nos capacitaron**. Creo que fue Manuela me acuerdo, que vino a capacitarnos, **inclusive fuimos nosotros para ver el flujograma, los casos cómo manejarlo. Pero esa última, no. La pandemia vino a trastocar todo**, así que antes de la pandemia, la [norma] del 2017 y me parece que unos añitos antes la última capacitación fue la de Manuela Ramos" (Elena, 55 años, obstetra en un centro de salud de Villa El Salvador).

Esta falta de capacitación se refleja en el accionar del personal, quienes desconocen cómo identificar situaciones de maltrato y abordar casos de violencia. Pese a que, en el Perú, cada día se reportan 1281 denuncias por violencia contra la mujer (MIMP, 2022), la mayoría de entrevistadas mencionó que en sus centros de salud es poco usual encontrar pacientes por casos de violencia. Es más, mencionan que no los atienden con regularidad y que ese tipo de casos son llevados a un establecimiento de mayor complejidad.

No obstante, durante el periodo acotado de observación realizada para esta investigación (3 días), se observó la atención de un caso de violencia sexual, hecho que contrasta con el testimonio del personal de salud. Por consideración al bienestar de la persona afectada, la observación se realizó de manera alejada y solo durante su estadía en los espacios de admisión y entrada del CMI Manuel Barreto en San Juan de Miraflores.

> En el caso observado, la usuaria era una adolescente de aproximadamente 15 años que mostraba signos del asalto (pelo enredado y levantado, pijama desordenado). Ingresó acompañada por 2 efectivos de la Policía Nacional del Perú a la sala de espera frente a emergencia. Mientras caminaba, los demás usuarios del CMI la siguieron con la mirada desde la entrada hasta la sala de espera general, donde se sentó. Al entrar a la sala de espera (que consistía en un espacio abierto al patio del CMI ocupado por otros pacientes y personal de salud), 2 personas ubicadas en el patio empezaron a hablar sobre la usuaria, mencionando que había sufrido violación sexual.
>
> En la sala de espera, el policía comenzó a preguntarle por lo sucedido, sin considerar que se encontraban en un espacio en el que otras personas extrañas estaban presentes, y la revictimización que podía implicar para la adolescente hablar nuevamente sobre lo sucedido (además de las conversaciones correspondientes que pudo haber tenido en la comisaría y que

podría tener con el personal de salud durante su evaluación médica). Al pasar un paciente a su lado, la adolescente bajó la voz y el policía no realizó más preguntas.

Luego pasó a la sala de emergencia, donde fue atendida en menos de 15 minutos y se retiró del establecimiento, siendo observada por los usuarios nuevamente. Un personal de salud mencionó que probablemente la habían derivado a otro centro, porque en el CMI no podían atenderla.

La situación descrita evidencia una falta de conocimiento en el abordaje de casos de violencia, lo que puede resultar revictimizante para las personas afectadas. Es esencial priorizar la no revictimización y el respeto a las víctimas de violencia sexual en los Centros de Emergencia Mujer (CEM) y Establecimientos de Salud (EESS). El Protocolo de actuación conjunta entre los CEM y EESS para la atención de personas víctimas de violencia contra mujeres y miembros del grupo familiar destaca la importancia de contar con una infraestructura adecuada que garantice la confidencialidad y seguridad de las víctimas. Además, promueve un trato cortés y centrado en sus necesidades, así como la entrega inmediata del kit de emergencia sexual.

Es crucial capacitar al personal en el abordaje de la violencia para garantizar un trato cálido y no revictimizante, y proporcionarles recursos adicionales para intervenir en situaciones donde se identifique posible revictimización por parte de otros actores, como personal policial, administrativo o usuarios. Esta capacitación permitirá que el personal de salud pueda identificar más fácilmente si cuentan con los recursos suficientes, como kits de emergencia, para atender a las víctimas de violencia y comunicarse efectivamente con los CEM para coordinar la atención. Además, un mayor conocimiento sobre el abordaje de la violencia contribuirá a evitar experiencias médicas innecesarias y repetitivas, reduciendo así las probabilidades de revictimización en los centros de salud.

Por otro lado, se denota esta falta de conocimiento para abordar casos de violencia en las habilidades para identificar situaciones de violencia del personal y en el cuestionamiento insistente y directo que realizan al momento de atender a alguna víctima. Esto se refleja en el discurso de una profesional de la salud, quien al preguntarle si atiende casos de violencia, menciona que solo una vez en su experiencia, hace mucho tiempo, caso que fue posible identificar porque había signos físicos evidentes en la usuaria. Del mismo modo, como se ha destacado en otros apartados (véase 4. Violencias de género en la atención), la insistencia y frialdad con la que algunos miembros del personal médico preguntan sobre situaciones de violencia durante los tamizajes demuestran su falta de conocimiento en el abordaje de estos casos.

"Fue un caso, **hace años, una chica que era golpeada por su esposo. Le decíamos: '**¿Que **te pasó?'.** Y decía: **'No, que me caí, que me golpeé con la puerta'. '¡¿Cómo te vas a golpear con la puerta?!'**, le dije. El ojo morado, el cuerpo... bueno, ahí quedamos, ella era muy cortante. Hemos visto ese caso, pero generalmente es muy poco, el personal instruido, muy poco. Después, que yo sepa, otro

> más, no, a no ser que se le oculte, pero nada evidente. El caso era en la cara y los brazos, era verano" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "[El personal de salud] **me preguntó si había sido víctima de violencia, si había recibido violencia física, violencia psicológica sin ningún tacto, solo preguntándome de manera directa**. Yo hablé sobre lo que me pasó, momento fuerte la verdad, no había pensado hace mucho en eso. Pero él solo estaba muy interesado en saber cómo había afectado a mi autoestima, en los efectos que había tenido en mí [...] **Solo me miró hasta que acabé de hablar, a lo mucho asentía**" (Rebeca, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

En esa línea, se identifica la creencia, entre el personal de salud, que su rol frente a la violencia se limita a la atención física de los daños, y la atención del aspecto emocional de este suceso debe ser derivado al personal de psicología.

> "Primero, este filtro es psicología, **nosotros enviamos a psicología. La psicología lo deriva a un área especializada. No sabría decirte, eso lo derivan ellas, no sé cuáles serán sus estrategias. Nosotros si enviamos a psicología. [Si la gestante es una adolescente] Igual, se detecta, y se tiene que derivar a psicología, y psicología ya determina que es lo que realiza.** Si ha habido casos de gestantes con violación, igual se les da, es sensible a los casos con los que vienen la paciente, pero eso ya tiene que ver el área especializada con psicología" (Edith, 40 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Es importante señalar que existen, en algunas profesionales de salud, ciertas nociones sobre el abordaje de casos de violencia. Como ejemplifica Erika al mencionar su conocimiento sobre abordaje de casos de violencia sexual desde el área de laboratorios. Sin embargo, al igual que otras entrevistas, este conocimiento deriva de su interés propio y las formaciones autofinanciadas a las que ha podido acceder.

> "Y al ver a un niño que esté con ese problema [violación] es una cosa tan delicada que tú no puedes ni hablar, tú le das el resultado en sobre cerrado, se le da al familiar para que lleve al médico y el médico ya lo deriva a MAMIS y tal vez a la policía. Para hacerle tomar la muestra y luego se le da en determinado tiempo, a veces pasa al cultivo que demora 3 días, ya el trámite está fuera de nuestra área, ya no lo sé. Incluso los familiares, era un personal de acá. Se quedó estupefacto, era como una rabia, una ira que tenía, es muy delicado. Igual con el niñito, trabajaba afuera en la calle y entonces callejerito, sin padre ni madre, nadie que abogue por él. Esos casos yo vi, pero hace años, ya no he vuelto a ver más. [...] **No hay [capacitaciones sobre] enfermedades venéreas. Uno hace su autocapacitación, porque si esperas que el hospital te capacite... o sea mejor**

> **haces tu curso y pagas.** Por ejemplo, en mi caso el conocimiento bacteriológico es lo que está relacionado a la violencia sexual" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Este tipo de testimonios evidencia que existe un deseo entre el personal de seguir aprendiendo y actualizando sus conocimientos sobre el abordaje de violencia. Algunas entrevistadas mencionan que es un tema de mucha importancia que requiere de mayor atención por parte del Estado. Señalan que, de darse estas capacitaciones, ellas podrían realizar réplicas con las usuarias, sensibilizar y contribuir al trabajo por la prevención de la violencia de género.

> "**No [he recibido capacitaciones sobre violencia de género o diversidad sexual], he tenido capacitación virtual, pero por mi cuenta.** Deberíamos volver a incidir bastante en lo que son las capacitaciones, conocer los derechos, el empoderamiento de la mujer, para evitar los casos de violencias. Pero para eso, **primero uno como profesional tiene que estar preparado para poder hacer la réplica con nuestros usuarios**" (Josefina, 57 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En ese sentido, como recomendación, mencionan que es necesario considerar el ritmo de trabajo y responsabilidades del personal de salud al momento de diseñar las capacitaciones. Así, es importante proponer espacios de aprendizaje acotados, estructurados, dinámicos y eficientes que puedan ser conciliables con sus jornadas laborales y no sean percibidos como motivo de mayor cansancio.

> "Nosotros ya tenemos programadas cuatro capacitaciones en todo el año, pero ya que nos hemos inscritos, pero **han vuelto a pedir, por ejemplo, lanzar una capacitación que dura 3, 4, 5 días o una semana, ya anótese el que pueda, pero como estamos saturados no podemos**. Es diferente que te digan que tienes tales capacitaciones, el otro mes tienes tal capacitación, pero si vienen así seguidillas no se pueden, **o atiendes la capacitación a atiendes el trabajo**" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En suma, la falta de capacitación adecuada del personal de salud se presenta como uno de los principales obstáculos para la implementación efectiva de la norma de prevención y eliminación de la violencia. Esto se refleja desde la falta de conocimiento para identificar, abordar y tamizar casos de violencia, hasta en la ausencia de una ruta de acción clara para atender víctimas de violencia sexual. Como oportunidad, existe un genuino interés por parte del personal de salud de recibir capacitaciones sobre violencia de género y diversidad sexual, ya que consideran que es conocimiento de utilidad para su labor en el centro médico y para contribuir al trabajo de prevención de la violencia de género.

2 Factores culturales de opresión a las usuarias

Existen factores de opresión hacia las usuarias dentro de los centros de salud. Entre ellos se destacan creencias que obstaculizan la atención (creencias machistas, cisheteronormativas, de superioridad por parte del personal médico, etc.) y condiciones como la criminalización legal y social de aborto.

En primer lugar, las creencias machistas obstaculizan la atención en los centros de salud, desde su influencia en el comportamiento de los distintos actores (usuarias, personal de salud, parejas, cuidadores, etc.). Por ejemplo, desde las usuarias, las creencias machistas fomentan que las y los adolescentes sientan vergüenza de hablar sobre su vida sexual o no acudan a los centros de salud. Esta situación no refleja una creencia individual por parte de los y las adolescentes, sino una respuesta a la ausencia de educación sexual integral (ESI) en las escuelas y, según lo mostrado por este estudio, al temor de recibir malos tratos, estigma o violencia dentro de los centros de salud. Por otro lado, desde los profesionales de salud, se observa en algunos casos desconocimiento y falta de interés hacia temas relacionados al género, actitud que limita su apertura a aprender sobre estos temas y mejorar su calidad de atención.

> "Que no venga la persona, que no quiera pasar a consejería, **a veces estamos rogando para que vengan a veces no quieren venir, a veces por temor o por vergüenza** y nosotros estamos invitándoles a las alumnas, yo he estado invitando a que vengan. Ahora tenemos campañas gratuitas, que pasen, es consejería, no es malo, al contrario, no le va a adelantar la sexualidad, va a empoderarse. Entonces, esa toma de decisión es buena para ellos también" (Sofía, 42 años, promotora de un CMI en San Juan de Miraflores).

De igual modo, se identifican padres y madres de usuarias adolescentes que muestran resistencia a que accedan a métodos anticonceptivos, actitudes influidas por la creencia equivocada de que estos métodos podrían fomentar el inicio temprano de la vida sexual de los y las jóvenes, y que obstaculizan el cuidado de su salud.

> "**Podríamos haberle dado lo mismo para cuidarse, métodos, métodos anticonceptivos, y no querían muchos padres. No aprobaban, porque dicen que nosotros estamos incitando.** Entonces nosotros entrábamos con otro tema, uno que sea un poquito más, y de ahí" (Patricia, 75 años, promotora de un centro de salud de Villa El Salvador).

En esa misma línea, se evidencian creencias machistas en actores externos a la consulta, que pese a no encontrarse en el centro influyen en la toma de decisiones de las usuarias. Entre estos, se destaca la oposición de algunas parejas masculinas a que sus compañeras ejerzan su autonomía sexual y empleen métodos anticonceptivos. Según lo mencionado por la promotora Mirella, se han observado casos donde personas acuden al centro para

amedrentar al staff médico por proporcionar métodos anticonceptivos a sus parejas. Este testimonio señala al control sobre el cuerpo de las mujeres como una manifestación aún vigente de la violencia de género dentro de los centros de salud.

> "Entonces tampoco puedes pasar ese límite de que ella te dé una confianza y después hasta la pueden golpear. A mí **me ha tocado un caso de un señor, de un esposo '¡que te metes con mi mujer! ¡¿por qué le dices que se tiene que cuidar?!'.** O sea, somos muy violentadas hasta la actualidad, sí" (Mirella, 43 años, promotora de un CMI en Villa El Salvador).

Sumado a ello, es importante resaltar que la influencia de creencias cisheteronormativas en el personal de salud representa un obstáculo para brindar una atención integral. Como se evidenció en el apartado sobre discriminación hacia grupos vulnerables, la presencia de prejuicios homofóbicos y transfóbicos afecta la calidad de atención que reciben las personas LGBTIQ+, siendo tratados de manera abyecta y con premura, con el objetivo de minimizar el tiempo de interacción con estos y estas pacientes.

Además, dentro de los establecimientos de salud, las personas LGBTIQ+ son sometidas a comentarios y actitudes prejuiciosas. Algunos ejemplos de esto suponen asumir el motivo de consulta (presumiendo que se relacionan a ETS), negar las identidades trans, emplear en caso de personas trans el nombre que figura en sus DNI. Incluso, se han reportado intentos de "conversión" de la expresión de género por parte de un personal de salud en la sala de espera. Asimismo, el desconocimiento sobre la salud sexual y reproductiva de este grupo lleva a que las personas que decidan acercarse a los centros de salud, pese a todo este panorama, reciban orientación insuficiente sobre sus consultas.

En este contexto, incorporar acciones para la sensibilización del personal en relación a la diversidad de género es fundamental. Sin embargo, la presencia de prejuicios homofóbicos y transfóbicos llevan a que ninguna de las entrevistadas haya señalado como relevante aprender acerca de la atención a esta población; tendencia que difiere de la importancia e interés que brindan a las capacitaciones sobre violencia contra la mujer. En ese sentido, estas creencias suponen no solo un reto para la implementación integral y efectiva de la norma técnica, sino un obstáculo para cerrar la brecha de uso y atención de calidad de los y las usuarias de la comunidad LGBTIQ+ en los centros de salud públicos.

Otros factores que obstaculizan la aplicación de la norma suponen las actitudes de superioridad adoptadas por ciertos profesionales de salud hacia las usuarias. Estas actitudes influyen negativamente en la manera en que se relacionan con las pacientes, generando un trato desfavorable. Así, existe cierta percepción negativa y de inferioridad sobre las usuarias, que sientan las bases para malos tratos y cuestionamientos sobre el desconocimiento de ciertas dinámicas en el hospital, tales como aquellos casos que se consideran o no una

emergencia, o la capacidad de atención que posee el centro. Asimismo, estas creencias contribuyen a aumentar la frustración entre el personal de salud, los malos tratos y, en última instancia, la negación de la atención.

> "**Los pacientes a veces no saben distinguir, al menos en esta zona, lo que es urgencias y lo que es emergencia**. Un paciente de 2, 3 días, 15 días viene para atenderse por urgencias. Uno les dice, les comenta y lo que hacen es gritarte, maldecirte o tirarte alguna cosa" (Melanie, 50 años, enfermera de un CMI en San Juan de Miraflores).

En esa línea, la cultura institucional hospitalaria puede estar también contribuyendo a la presencia y persistencia de esta percepción negativa sobre las usuarias. Como señala Castro & Erviti (2014), "el funcionamiento de los hospitales y los servicios de salud en general se basa en una lógica médico-administrativa altamente racionalizada", lo que lleva a la implementación de una serie de prácticas orientadas a garantizar la funcionalidad institucional, ya sea en procedimientos estándar o en situaciones de emergencia. Sin embargo, como menciona el autor, estas prácticas no siempre son percibidas por las usuarias como acordes a la intensidad del evento, los procesos emocionales que están experimentando y, sobre todo, sus necesidades de atención y seguridad.

La rigidez de estos procedimientos, la jerarquía establecida dentro de los centros de salud, así como la alta carga de pacientes a la que se enfrenta el sector público influye en el ánimo del personal. Esto puede afectar a que los y las profesionales perciban con indiferencia las situaciones de emergencia que traen las usuarias y encuentren irritante que desconozcan la cultura institucional. Así, frente a situaciones alarmantes para las pacientes, se han identificado casos donde el personal encuentra incongruente su preocupación, al no considerarse dentro de sus protocolos con el mismo nivel de urgencia que ellas perciben. En esa línea, pueden llegar a manifestar actitudes negativas o violentas.

> "Ni siquiera me dijeron que tenía preeclampsia ni nada. Solo me decían **'está todo bien señora'** y cada vez que me veían de nuevo la cara me decían **'¿otra vez usted? Ya se hizo que esté todo bien',** solamente me metían los dedos y me decían **'está todo bien, vaya a su casa'**" (Andrea, 20 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

> "En emergencia me mandaron de nuevo a planificación y cuando le dije que me habían mandado acá, me dijo: '**Es que esto no es una emergencia, mamita'** [...] Yo entiendo que estén ocupados, pero **para mí esto sí es una emergencia.** Puedo estar embarazada, no sé qué voy a hacer si estoy embarazada. **No necesitaba que me hablara así en ese momento**" (Gracia, 24 años, usuaria del CMI Manuel Barreto).

La criminalización legal y social del aborto representa un obstáculo para brindar una atención de calidad a las usuarias. Debido a la penalización del aborto en la mayoría de causales en el país y al estigma asociado a esta práctica, muchas usuarias evitan acudir a los establecimientos de salud hasta que su situación se vuelve grave,

por temor a ser denunciadas y perseguidas por el delito de aborto. El personal de salud argumenta que esta situación agrava el problema y dificulta un diagnóstico adecuado. Sin embargo, es importante destacar que para el diagnóstico se requiere examinar los síntomas de la usuaria y no es necesario que ella proporcione detalles adicionales. Esto también indica un manejo inadecuado de los casos de complicaciones por aborto.

> "Entonces, o **ella sí sabe que se ha hecho algo** y los de afuera o los familiares que ni enterados y eso sí que nos complica un poco a nosotros porque es bien difícil tomar alguna decisión. Incluso podemos tomar decisiones muy equivocadas al momento de un diagnóstico, porque si es un aborto o **si se ha hecho algo la paciente y lo manejamos según otro diagnóstico, que si ha ocurrido en algún momento, donde nos han negado**, pero prueba la hora de examinarlas después que la paciente ya está mal, en la ambulancia, el esposo dice, sí se ha hecho **hace una semana** yo recién me he enterado. O sea, ya no, entonces luego nos queda, es poner probables diagnósticos y también nos tienen que indicar, porque ¿a dónde la referimos? ¿A un hospital o a otro centro de menor complejidad? También es muy importante, ¿no?" (Rafaela, 44 años, obstetra de un CMI en Villa El Salvador).

Como se señaló previamente, la violencia obstétrica es un problema multicausal que requiere un análisis holístico que evidencie la participación y responsabilidad de los distintos actores (Estado, personal de salud, comunidad y usuarias) (Távara, 2022). En esa línea, para abordar el conjunto de factores de opresión anteriormente expuesto, es necesario plantear acciones, desde una aproximación multiactor, que contemple a los distintos ámbitos involucrados y considere de manera diferenciada los niveles de responsabilidad que cada uno posee.

En síntesis, distintos factores de opresión suponen un primer obstáculo para la implementación de la norma técnica, tales como creencias machistas, prejuicios cisheteronormativos, percepción de superioridad entre el personal médico y la criminalización del aborto. Estas barreras se evidencian desde la oposición de parejas y cuidadores al uso de métodos anticonceptivos, la discriminación a la comunidad LGBTIQ+ dentro de los centros de salud hasta el miedo de muchas usuarias a comunicar su estado y ser perseguidas por el crimen de aborto. En este contexto, resulta fundamental abordar esta problemática de manera integral, considerando no solo las falencias dentro de los centros de salud, sino también la ausencia de ESI en las comunidades, la responsabilidad del Estado frente a esta problemática y la importancia de monitorear la aplicación eficaz de la normativa existente.

3. Gestión de reclamos y denuncias

En relación con los casos de violencia, el personal de salud señala desconocimiento respecto a situaciones de violencia obstétrica y de género que se dan durante la atención médica. Algunas entrevistadas comentan

haber escuchado de estas situaciones; sin embargo, desconocen las acciones que el centro de salud ha tomado o, de haberse dado una denuncia, la resolución de la sentencia. En ocasiones, el personal de salud atribuye los reclamos de las personas usuarias a "confusiones" o acciones violentas de los propios pacientes. Además, algunas señalan que el proceso de denuncia se lleva a través de vías legales, tal como demanda la confidencialidad de estos procesos. Sin embargo, desconocen si el hospital toma acciones internas en estos casos o la efectividad de estas medidas, ya que escapa de su campo de acción.

> "No sabría decirte [si intervino la policía en casos de aborto], yo solo estoy bajo el cumplimiento de que uno esté en el momento donde están haciendo el procedimiento. Pero si la paciente o algo quiere hacer un reclamo, lo hace a través de la dirección. No llegaría hacia mí, salvo que yo esté involucrada. Y no he tenido ninguno de esos casos, en ninguno de mis años de experiencia. Sí he escuchado que ha habido algunas quejas, pero desconozco cómo han evolucionado esos casos. [...] [Sobre algún reclamo] en esos casos son ya denunciados. O sea, el familiar o la paciente ha denunciado y han estado en juicios. En juicios que también he escuchado han sido sancionados y que no se han solucionado dentro del hospital, sino en la vía legal, porque están con denuncia. No aquí dentro, porque desconocemos, pero sí he escuchado así" (Liliana, 68 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "Echaban la culpa la vez pasada al médico, pero esas confusiones [sobre casos de violencia obstétrica] siempre hay, así como salen. [...] **Pero sí ha habido casos acá [de violencia], pero como te digo, no es el hospital el que genera eso, sino gente que viene ya de la calle con su maltrato y [el hospital] da sus recursos como debe ser.** [...] Yo nunca he entrado a la sala de partos. Las usuarias no me han dicho, al menos las últimas que ha habido, **nadie se ha quejado, todo muy bien**" (Renata, 70 años, promotora de salud de CMI en San Juan de Miraflores).

Solo una de las entrevistadas reconoce la existencia de situaciones de negligencia o malos tratos en su lugar de trabajo. Además, esta entrevistada reconoce no solo la presencia de situaciones de violencia, sino también la validez de los reclamos planteados por los pacientes, destacando que han surgido por motivos justificados y legítimos. En relación con los malos tratos (no casos de negligencia), afirma que es posible que se den debido al empobrecimiento de la salud mental del personal luego de la pandemia, lo que ha disminuido su tolerancia hacia los y las usuarias.

> "Acá en el centro de salud hay [reclamos] de diferentes servicios, por mala atención al usuario, que por qué no lo atendieron, que por qué el paciente se murió, y que no debió haberse muerto. Que, si una paciente gestante dio a luz y el bebe se murió, y ella vino con su embarazo controlado, algo pasó arriba, lo mataron. Obviamente los reclamos sí hay. [...] [Sobre las discusiones con pacientes]. Hay colegas que tienen ese temperamento, como hay colegas que solo tienden

> a mirar, escuchar, lo dejan hablar, '¿terminó? Ya señor' y listo. Pero de que lleguemos a un extremo de violencia, no. Pero sí **se ha perdido mucho con este tema de la pandemia, la paciencia. Se ha perdido tanto en el personal de salud y más en los pacientes**" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Por ejemplo, mencionó un caso específico ocurrido en su área, donde un paciente presentó un reclamo debido a la falta de claridad en las instrucciones sobre dónde entregar su muestra, lo cual resultó en la no aceptación de la misma. Esta situación afectó el bienestar físico del paciente, quien tuvo que subir varias escaleras para llegar al laboratorio, pese a estar diagnosticado con tuberculosis y finalmente no conseguir entregar su muestra. Erika destaca que el hospital tomó las medidas necesarias para abordar el caso, se pudo determinar que se trató de un problema de comunicación en otra área y se aplicaron medidas disciplinarias.

> "Sucedió así un problema, que habían tomado medidas en el laboratorio central y dijeron que todos los pacientes de tuberculosis deben ser atendidos en el área de TB, como se estaba haciendo, pero llegó un señor que no entendía la situación y él quería que le recepcionen. Le dijeron que no, que vaya al área de TB, vimos que no le correspondía, que le correspondía abajo, se amargó el señor y se fue a poner su reclamo. **Ese reclamo fue esclarecido, inmediatamente empiezan a tomar medidas, vinieron los de relaciones públicas, demostramos que el paciente en realidad había sido rechazado de nuestra área, porque le correspondía la otra área, en la que sí seguro hubo alguna sanción** [...] Sobre todo teniendo en cuenta que la persona tenía problemas pulmonares de respiración, entonces era una persona que subía por esa cuesta inclinada que te produce a la persona normal un cansancio, y el señor con justa razón dijo 'qué les pasa, yo estoy mal, yo no puedo respirar', 'señor, es que no podemos recepcionar, con el dolor de nuestros corazón, vaya señor, por favor', entonces ahí sucedió lo correcto" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En relación con el manejo de reclamos y situaciones de violencia, solo una de las entrevistadas tenía cierto conocimiento acerca de las vías y medidas adoptadas por el centro de salud. Según su testimonio, se procede mediante amonestaciones verbales y escritas y, en caso de reincidencia, se procede con el despido del personal involucrado.

> "Primero es la amonestación escrita, si reincides, amonestación verbal, y si reincides ya te botan, porque no eres apto para trabajar con las personas" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Este enfoque es consistente con lo mencionado por la usuaria Andrea, quien relata una experiencia de maltrato en el área de lactancia y señala que lo comunicó al personal de otro departamento, quienes llevaron el reclamo al supervisor correspondiente, hecho que resultó en una amonestación verbal.

Finalmente, a partir de las observaciones realizadas en los establecimientos de salud, se evidenció que, por lo general, el personal de salud no lleva identificación en la que se encuentre su nombre completo, salvo las y los médicos, quienes sí llevan el nombre bordado en la bata. Este elemento podría ser un obstáculo adicional, pues las usuarias de los servicios, en caso deseen realizar un reclamo, no conocen el nombre del personal de admisión o profesional que las atiende.

Así, en relación con los reclamos y la negligencia, se observa un desconocimiento generalizado sobre situaciones de violencia obstétrica y de género, atribuyéndolas a "confusiones" o comportamientos agresivos por parte de los pacientes. En la mayoría de los casos, se mencionan amonestaciones verbales o escritas como medida de respuesta, aunque las entrevistadas desconocen las acciones específicas que toman sus centros de trabajo en estos casos. Esta falta de preocupación, sumada al desconocimiento y la sensación de impunidad, plantea dudas sobre la aplicación efectiva de sanciones más severas y la eficacia de los protocolos existentes. Frente a ello, es fundamental establecer políticas claras y efectivas para abordar los casos de violencia, difundirlas entre el personal y proporcionar capacitación sobre el trato a usuarios y la violencia obstétrica dentro de la atención.

4. Infraestructura y recursos limitados

Dentro de los obstáculos identificados también se destacan las limitaciones en infraestructuras y recursos en los establecimientos de salud seleccionados. En relación con los recursos, se evidenció la falta de herramientas y equipos necesarios para brindar una atención óptima en casos de trabajo de parto. En algunos casos, se informó que los establecimientos no cuentan con los recursos suficientes para administrar anestesia epidural, lo que obliga a que las pacientes se trasladen con sus propios recursos a centros de salud privados para recibir este tipo de atención.

> "Sí creo, antes de la pandemia, tuve la oportunidad de controlar a una señora que por primera vez estaba gestando. Y ya yo la veía, la interné. Creo que llegó a tres, y no soportaba el dolor [...] Entonces **hablé con su mamá, el familiar que estaba ahí, 'mire, señora', le di todas las explicaciones, 'ahí están colocando su anestesia epidural, ahí hay especialista que le puedan poner la anestesia correspondiente. Pero eso sí, traiga usted el taxi aquí,** ya yo calculo el tiempo para que pueda llegar. Además, sus contracciones no son intensas y ella no soporta esas contracciones'" (Elena, 55 años, obstetra en un centro de salud de Villa El Salvador).

> "**No hay pastillas del día siguiente, si tú pides te van a decir, 'no, compra afuera'.** Y, es más, ni siquiera le dicen cuántas veces lo podrían tomar, algunas muchachas ya o de repente por no ponerse la ampolla de las tres o del mes, engordas o dejas de ver tu mes y ay, no, ya, ya lo normalizan tanto que a la semana lo van tomando y no saben que es peligroso" (Mirella, 43 años, promotora de un centro de salud en Villa El Salvador).

Esta falta de recursos ocurre también en situaciones de emergencia, donde se reporta la carencia de elementos esenciales para la atención adecuada de las mujeres. Sabemos que estas situaciones de emergencia también pueden ser relativas a complicaciones posaborto, las cuales no pueden ser atendidas por falta de personal en el servicio de ginecología.

> "Sí han venido varias personas [a atenderse un posaborto], como les digo, como trabajo en urgencias, le mando a servicio de sala de partos, pero así **de noche le digo que no le hemos podido atender por motivos de que no hay ginecólogo**" (Melanie, 50 años, enfermera de un CMI en San Juan de Miraflores).

En esa misma línea, en tres establecimientos de salud se reporta la falta de personal en diferentes servicios para poder cubrir la demanda, así como la rotación del personal especializado a otros servicios, por lo cual dejan de atender a usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva.

> "Sí, es solamente que nosotros solo hacemos el diagnóstico y referimos, porque no hacemos el procedimiento aquí, **no contamos con el servicio de ginecología**. Entonces vienen, las atendemos, sospechamos, pues **no podemos confirmar [un diagnóstico], porque no tenemos ecógrafo acá, lamentablemente y eso no nos ayuda**, ¿no?" (Rafaela, 44 años, obstetra de un CMI en Villa El Salvador).

> "No hay pacientes por consulta para ginecología, no hay especialista en ginecología, **acá debería de haber un ginecólogo que esté netamente en su área, pero no, no hay ginecólogos en el establecimiento**" (Isabela, 48 años, obstetra en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "Es que **el hospital tiene que evitar que las atenciones sean demasiado largas,** porque ¿qué puede hacer el que está en recepción? Si quiere atenderlo, no puede, porque en los cupos hay determinados número de médicos y números asignados por atención, el médico debe de atender 20 pacientes y eso es mucho. Le ponen 25, el médico chilla [...] Estaría faltando personal, estaría faltando infraestructura o estaría atendiendo como emergencia. **Existe la crisis de salud que vivimos como país, no hay un buen manejo, no hay una política de salud para poder evitarnos estos problemas**" (Erika, 37 años, profesional de salud en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Por otro lado, en cuanto a las infraestructuras, se observó que se llevan a cabo las reuniones mensuales requeridas por la norma técnica. La falta de espacios idóneos dificulta la comunicación y coordinación entre el personal de salud, limitando así la implementación efectiva de las políticas establecidas en la norma.

> "**[Las reuniones] las hacíamos hasta antes de la pandemia.** El servicio tiene o tenía la costumbre, porque hasta ahorita no logramos todavía regresar a ese momento. Teníamos reuniones mensuales, una vez al mes como servicio y si bien se veían cuestiones técnicas, también se veía casos que habían presentado. Podría ser gestante, podía ser una puérpera, podía ser adolescente, podría haber también casos de violencia, ¿cómo lo tratamos?, ¿qué dificultades tuvimos para afrontar eso?, ¿cómo lo hicimos?" (Elena, 55 años, obstetra en un centro de salud de Villa El Salvador).

Estos obstáculos relacionados con la infraestructura y los recursos en los establecimientos de salud seleccionados representan serias limitaciones para la implementación efectiva de la Norma Técnica de Salud N° 180-2021. La falta de espacios adecuados, tanto para la atención y seguimiento de casos como para las reuniones mensuales requeridas, afecta negativamente la calidad de la atención brindada a mujeres y personas LGTBIQ+, así como la coordinación y comunicación interna del personal de salud. Además, la insuficiencia de recursos materiales necesarios para la atención y emergencias obstétricas compromete la capacidad de estos establecimientos para ofrecer servicios de salud sexual y reproductiva completos y seguros.

Acceso a kit de emergencia

La falta de acceso al kit de emergencia para casos de violencia sexual se convierte en otro obstáculo significativo en materia de recursos. Como mencionó una promotora de salud, la ausencia del kit exclusivo y su limitada disponibilidad en algunas zonas evidencia una deficiencia en la respuesta de los establecimientos de salud. La falta de disponibilidad de estos kits no solo compromete la atención oportuna y apropiada de las personas que han sufrido abuso sexual, sino que también genera una carga adicional para el personal de salud, quienes realizan una serie de trámites para obtener al menos algunos de los componentes del kit.

> "**El famoso kit es terrible porque este kit no viene exclusivo**, ponte que yo venga con una niña que supuestamente ha pasado por abuso sexual, no lo hay. Yo he pasado por eso y en otras zonas no se ha establecido ese kit para esos casos. **Son tan limitados que tienes que quitarle quizás al grupo de obstetras o licenciadas que van llevando los partos**, no lo hay, no sé qué está pasando con estos famosos kits que no lo hay y **es bien burocrático**, porque yo lo pasé en otro distrito con una muchachita y es traumático ,y ahí saber que no solamente es un tema bien complejo que a mí me perturbó, yo salí más perturbada" (Mirella, 43 años, promotora de un CMI en Villa El Salvador).

Asimismo, la necesidad de redistribuir recursos entre las obstetras o licenciadas que se dedican a la atención de partos, refleja cómo la escasez de los kits afecta la prestación de otros servicios esenciales en el establecimiento. Además, el proceso burocrático para obtener los kits puede retrasar aún más la atención necesaria y agregar un nivel adicional de traumatismo tanto para las víctimas como para el personal involucrado.

5. Precarización de los servicios de salud del primer nivel de atención durante y pospandemia

Antes, durante y después de la pandemia, los servicios de salud del primer nivel de atención se vieron profundamente afectados por la precariedad en su funcionamiento. La limitada disponibilidad de recursos humanos y materiales evidenció la fragilidad del sistema, especialmente durante el periodo más crítico de la pandemia. Según lo expresado por las participantes, desde antes de la pandemia existían diversas limitaciones materiales y de recursos humanos que dificultaban la atención. Sin embargo, durante la pandemia, estas limitaciones se vieron acentuadas, exigiendo que el personal de salud asumiera tareas fuera de los cuidados médicos e incrementaran su carga laboral. Esto se evidencia en el testimonio de Rafaela, quien señala que, debido a la falta de personal, los y las profesionales de salud asumieron las tareas del servicio de citas y disminuyeron los tiempos de atención para hacer frente a la demanda de pacientes.

> "**Esto de reducir el tiempo de atención fue parte de la pandemia.** La atención solo dura 15 minutos, **lo hicimos para poder atender una mayor demanda y aún estamos con ese tipo de atención.** Ya hemos aumentado a 18 pacientes en la mañana y en la tarde se reduce a 12. Es algo que todavía nos ayuda a darnos abasto [...] esta reducción de atención para nosotros **ha sido un tema de organización propio del servicio, porque nos quedamos sin recursos humanos.** Prácticamente, nosotras teníamos que hacer toda la actividad, organizar la cita, orientarlas en las citas" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

En esa línea, la persistencia de prácticas que se establecieron durante la pandemia y actualmente no son necesarias refleja la precariedad del sistema de salud. Restricciones como la prohibición de ingresar con acompañantes o la disminución del tiempo de atención, originalmente implementadas por motivos de seguridad sanitaria, continúan en vigor sin considerar los cambios en el contexto y las necesidades de las personas usuarias. Esta falta de adaptación a las necesidades cambiantes y la ausencia de recursos para facilitar la readaptación de los servicios supone un factor que fomenta el deterioro de la calidad del servicio y la experiencia de las pacientes. Ejemplo de ello es el testimonio de Isabela, quien señala que hasta la fecha no se ha conseguido reincorporar de manera exitosa el acompañamiento en partos y profilaxis.

> **"Antes de la pandemia, las pacientes participaban en lo que es psicoprofilaxis y venían acompañadas por la pareja.** Entonces la pareja también estaba preparada para el desarrollo del trabajo de parto. Entonces ya estando preparados, se les permitía ingresar. Sin embargo, **por desgracia, la pandemia cortó todo eso y no se ha podido volver a retomar el asunto** porque incluso las mismas pacientes a veces vienen solas, entonces no hay oportunidad que la pareja también se le capacite" (Isabela, 48 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Además, la precariedad ya presente generó que los servicios de salud sexual y reproductiva fueron relegados

en detrimento de la atención de la Covid-19 y otras enfermedades durante la pandemia, dejando desatendida a toda una población que requería cuidados en este ámbito. Incluso en la actualidad, en algunos centros de salud se solicita al personal médico de los servicios de salud sexual y reproductiva priorizar la atención de otras enfermedades. Esto se muestra en el testimonio de Elena, quien señala que, frente a enfermedades consideradas de mayor relevancia, como la Covid-19, el dengue o la anemia, el Estado puede exigir que se destinen los recursos humanos a su atención, dejando desatendidos los servicios de salud sexual y reproductiva.

> "Han surgido otras cosas aparte del covid, el dengue, por ejemplo. Durante la pandemia, nuestro ente rector nos decía que 'hay que tomar prioridades' y el covid era la prioridad. Decía 'no me haces Papanicolaou, no me ves esto, no me ves eso otro. Tú te dedicas al covid'. Entonces dejamos de lado lo demás. **Ahora que viene el dengue o la anemia en niños, por ejemplo, '¿qué es prioridad? Entonces tú me vas a ver eso**', por ejemplo, 'tú me tienes que hacer el seguimiento de niños con anemia'. Cuando hay una indicación de este tipo, entonces **se restringe la atención para dar prioridad a lo que el ente rector nos pide en ese momento**" (Elena, 55 años, obstetra en un centro de salud de Villa El Salvador).

De igual modo, las dificultades para retomar buenas prácticas previas a la pandemia, como la capacitación del personal de salud o la discusión de casos clínicos, ponen de relieve la persistente precariedad y desactualización en los centros de salud. Esto se evidencia en el testimonio de Elena, quien señala la ausencia de buenas prácticas presentes antes de la pandemia.

> "**El servicio tiene o tenía la costumbre de hacer reuniones mensuales**, una vez al mes como servicio y si bien se veían cuestiones técnicas, también **se veía casos, que habían presentado.** Podría ser gestante, podía ser una puérpera, podía ser adolescente, podría haber sido también casos de violencia, cómo lo tratamos, qué dificultades tuvimos para afrontar eso, cómo lo hicimos. **Era algo muy valioso que hasta ahorita no logramos regresar a ese momento** [...] También lo de las capacitaciones, lo de violencia tenemos más conocimiento de la que es del 2017 que sí nos capacitaron. Vino a capacitarnos una ONG, inclusive fuimos nosotros para ver el flujograma, los casos, cómo manejarlo. **Pero esa última norma, no. La pandemia vino a trastocar todo**" (Elena, 55 años, obstetra en un centro de salud de Villa El Salvador).

6. Estrés laboral y salud mental del personal de salud

La sobrecarga laboral, la alta demanda de atención y el estrés al que se enfrenta el personal de salud son factores que influyen negativamente en la prestación adecuada del servicio. La sobrecarga de tareas y las situaciones personales que atraviesan pueden aumentar significativamente la fatiga a la que se enfrentan. Es fundamental tener en cuenta que la falta de atención o la minimización de su salud mental en los entornos

de trabajo, inclusive la ausencia de espacios de descanso en muchos centros, disminuye su tolerancia a la frustración, afecta su bienestar y empobrece la calidad de atención que brindan. Es esencial abordar estas necesidades de salud mental y manejo de estrés en el personal de salud, ya que esto contribuirá a reducir las posibilidades de que experimenten conductas violentas y garantizará una atención de calidad.

> "Uno de los obstáculos es el estrés. Porque tenemos a veces una cantidad de pacientes que atender a una, seguir a la otra, seguir a la otra, entonces **no te da el tiempo para estar dándole la información. ¿Se comunicó? Sí se comunicó, pero ahí falla un poco la información que para que sea más clara, necesita darse su tiempo**. Entonces, cómo hay que hacer, dos, tres palabras y ya, dos, tres palabras y ya. **Es el estrés, el tiempo y la cantidad de pacientes"** (Liliana, 68 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "Nosotros **no tenemos dónde comer, dónde descansar, ni respirar.** Y es verdad, nosotros teníamos habitaciones acá y lo han agarrado para el descanso de las gestantes" (Rosario, 62 años, enfermera de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

En este contexto, es importante considerar que es muy probable que el personal de salud presente secuelas de los impactos de la covid-19 en su salud mental, pues, durante la pandemia, en los establecimientos de salud enfrentaron innumerables pérdidas, tanto de colegas por la enfermedad como usuarias y usuarios. Entrevistadas señalan que el personal de salud, en tanto trabajadores, no cuenta con el espacio necesario para procesar estas pérdidas, mencionan que el cuidado de su salud mental no es un tema priorizado por el Estado. Por el contrario, los dolores y emociones que experimentan en su espacio laboral son elementos que rara vez comparten.

> "**Nosotros también nos cargamos.** Hay casos en los cuales, no sé por qué, pero lo vemos al caso y **de repente veo un fetito en mi mano y nadie sabe cómo lo sentí**. Y cuánto tiempo me quedo con eso, y si no lo saco, lógicamente me cargo. Yo supongo que en todos debe haber algo, una paciente me miró, otra me dijo y dios mío, si yo estuviera en su lugar no aguantaría esas cosas, pero ella aguanta y te cuenta sus cosas**. Entonces debe haber un espacio también para el trabajador para sacar eso**" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

Frente a ello, el personal de salud reconoce el efecto de la pandemia en su desempeño y demanda que su salud mental sea atendida, con el fin de tener condiciones mínimas para brindar un servicio de salud de calidad.

> "Yo pienso que **el tema de la salud mental a los profesionales de salud nos hace falta**. O sea, no solamente es el tema del paciente o el usuario que viene a una atención, sino nosotros. O sea, **ese estrés post de cómo hemos ido trabajando, hemos perdido compañeros acá trabajando, la recarga emocional [...] el tema de la atención de la salud mental es algo que el Estado, el misterio, o**

> **sea, deben velar por eso ¿no? Cómo nos encontramos y qué calidad de atención estamos ofreciendo**" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

Así, resulta crucial que el Estado, en su rol como empleador y responsable del bienestar de los servidores públicos a su cargo, asuma un papel activo en la atención y cuidado de la salud mental del personal de salud, mediante la elaboración, aplicación y supervisión de normativa e intervenciones en salud ocupacional. Es imperativo implementar medidas que aborden la sobrecarga laboral que enfrenta este grupo, así como brindar apoyo y estrategias para el procesamiento de duelos y pérdidas a lo largo de su servicio, especialmente durante el periodo de la pandemia de covid-19. Además, es fundamental establecer espacios de contención y eventos de esparcimiento, así como áreas destinadas al bienestar del personal dentro de los centros de salud. Asimismo, se debe promover la colaboración con los centros de salud mental comunitaria para generar conciencia sobre la importancia del cuidado de la salud mental.

7. Desvalorización de la labor de las promotoras de salud

Otro obstáculo significativo en la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 es la desvalorización de la labor de las promotoras de salud, quienes desempeñan un papel crucial en la orientación a los usuarios y en la realización de acciones de difusión. A pesar de la importancia de su rol, estas promotoras no siempre reciben el reconocimiento, capacitación ni el respaldo adecuado por parte del personal de salud, lo que dificulta su trabajo y limita el impacto que podrían generar.

> "**Siempre minimizando al trabajo de la promotora como diciendo quién es ella**, siempre nos pasa y hasta ahora nos seguirá pasando; entonces, trato de decir lo que soy para no esquivar a mis usuarios o mis compañeras, pero siempre pasa que **el personal de salud piensa que nosotros venimos a competir, pero no, nosotros venimos a apoyar a nuestra comunidad y creo que también merecemos respeto, nos ningunean mucho"** (Mirella, 43 años, promotora en un centro de salud en Villa El Salvador).

Además, el trabajo de las promotoras de salud no solo no es remunerado, sino que tampoco se les costea la movilidad u otros recursos necesarios para su labor, lo que las afecta económicamente, contribuye a la subvaloración de su labor y puede afectar su motivación y compromiso en la implementación de la norma.

> "**La vez pasada que acompañé a una persona, a mí me cuesta la moto, a mí me cuesta estar las ocho horas.** Yo no era familiar de ella, y ella era una niña, y porque fue atentada con la violación, yo la he llevado hasta la cámara Gesell de Villa El Salvador, y he estado como si fuera el familiar, más de 12 horas. **A mí quién me devuelve ese pasaje, esa moto de llevar, traer a la chica**. También todas esas cositas tienen que ver, verificar" (Renata, 70 años, promotora en un centro de salud

en San Juan de Miraflores).

La falta de valoración de su labor se traduce en una subestimación de su aporte y en la ausencia de mecanismos para respaldar su trabajo. Esta situación crea un ambiente desmotivador y puede llevar a una disminución de la calidad y eficacia de las acciones emprendidas por las promotoras.

> "No, hasta ahora a mí no me ha tocado un caso de violencia sexual. Es que nosotras, nuestras compañeras, es complejo, porque **somos amenazadas, tenía una compañera del cerro que estuvo amenazada y siempre tratan hasta de meternos en problemas**. Hay ganas de ayudar, pero también nos truncan o les apoyamos hasta en las denuncias, pero después se retractan, es bien difícil" (Mirella, 43 años, promotora en un centro de salud en Villa El Salvador).

Por ello, es esencial reconocer y valorar el valioso trabajo que realizan, fortalecer su capacitación y brindarles el apoyo necesario para que puedan desempeñar su labor de manera efectiva. Al superar la desvalorización de las promotoras de salud, se podrán potenciar sus capacidades y asegurar un mejor cumplimiento de los objetivos establecidos en la norma.

7.

7. Buenas prácticas

Al hablar de buenas prácticas en los servicios de salud sexual y reproductiva nos referimos a aquellos enfoques y acciones que promueven la provisión de atención de calidad, integral y centrada en las necesidades de las personas en relación con su salud sexual y reproductiva. En este apartado evidenciamos aquellas percibidas por las personas usuarias y las que reportan realizar el personal de salud y las promotoras.

Personas usuarias del CMI César López Silva, del CMI Manuel Barreto y del Hospital María Auxiliadora reportan trato amable y/o empático; asimismo, se les ha proporcionado información clara y precisa sobre temas relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo métodos anticonceptivos y procedimientos médicos, prevención de infecciones de transmisión sexual, embarazo, parto seguro y cuidado posnatal.

> "Luego, llegó el momento y la señorita, l**as dos obstetras realmente fueron muy amables en indicarme.** Más bien, no encontraba mi cuello uterino y dije 'pucha, no tengo útero', ya estaba preocupada y me dijo: 'Ah, es que lo que pasa es que tu cuello uterino está muy profundo' y me explicó que hay personas que son así. O sea, **me dio tranquilidad, porque supongo que habría personas que se asustarían por eso, que no conocerán el tema de que hay diferentes tipos de vulvas, diferentes tipos de cómo está distribuido ¿no?, puede ser distinto y me dio tranquilidad explicándome"** (Sara, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

> "**La atención fue buena, desde los primeros meses que asistí al centro de salud me gustó el trato, me indicó que es lo que tenía que pasar en mi caso.** Entonces, voy a hacer las mismas indicaciones también al hospital y también les expliqué lo que me habían dicho, porque no podía trabajar un parto natural por la hernia que tenía en el ombligo y también por la ligadura, que yo quería, o sea, por mi consentimiento que me lo hicieran" (Romina, 37 años, usuaria del Hospital María Auxiliadora).

Específicamente, en el contexto de los temas relacionados con mujeres gestantes, se observa que hay aspectos mencionados en la Norma Técnica de Salud N° 180-2021, pero que son llevados a cabo por el personal de salud basándose en sus propios conocimientos, en lugar de recibir capacitaciones específicas sobre dichos aspectos. Algunas de estas acciones abarcan: proporcionar una orientación adecuada en la atención prenatal, desarrollar un plan de parto, permitir la deambulación con acompañamiento, posibilidad de parto vertical, alimentación adecuada, garantizar que el procedimiento de parto involucre únicamente al personal necesario, y en general, asegurar aspectos relacionados con un parto positivo, como la ausencia de cortes y rasurados innecesarios, así como comentarios inapropiados por parte del personal de salud y el establecimiento de un contacto físico adecuado con el recién nacido; además, se ha brindado orientación sobre métodos anticonceptivos después del parto. Estas acciones han sido reportadas en el total (5) de establecimientos contemplados en el estudio.

> "O de repente que están en trabajo de parto y la paciente todavía no da a luz. Nosotras, nuestro espacio es pequeño, **hacemos que solamente pase un solo familiar, el que quiera la paciente.** Pero a veces está el papá, el suegro, la abuelita y está ocupado. Si tú vienes y hay mucha gente ahí, o sea, te cohíbes también como gestante, porque eres otra paciente y estás ahí, qué le digo, que se quede una sola persona y listo, porque va a venir [otra paciente], están llegando gestantes" (Rafaela, 44 años, obstetra de un centro de salud en Villa El Salvador).

> "**Todas las gestantes tienen un paquete de Atención Básica, en el cual está incluida la ecografía. El paquete incluye lo que es la atención inicial, las pruebas de descarte de VIH, sífilis y hepatitis. Su toma de Papanicolaou, su dosaje de hemoglobina y sus análisis preventivos, lo que es el paquete básico es la hemoglobina, grupo de sangre, glucosa, examen completo de orina y la atención integral.** Es decir, todas las gestantes nuevas, en este caso adolescentes, tienen que pasar por todos los servicios: evaluación odontológica, psicología, nutrición" (Isabela, 48 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

Estas acciones, si bien están mencionadas en la normativa correspondiente, se llevan a cabo principalmente debido a la iniciativa y conocimiento individual del personal de salud, en lugar de ser el resultado de capacitaciones formales y sistemáticas. Esta situación pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la formación y actualización del personal de salud en relación con estos aspectos, para asegurar una atención integral y de calidad a las mujeres gestantes, en línea con las directrices establecidas en la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021.

Dentro del marco de las buenas prácticas, se pueden identificar determinados establecimientos de salud que se destacan por contar con una infraestructura adecuada que incluye espacios privados, una mejora en los implementos utilizados y disponibilidad suficiente de herramientas para brindar atención a las gestantes. Asimismo, se destaca el abastecimiento adecuado de métodos anticonceptivos y la existencia de espacios de atención específicamente focalizados. Además, se asignan profesionales especializados en áreas prioritarias, como el VIH.

> "Sí contamos con herramientas adecuadas, porque **tenemos un servicio donde hacemos psicoprofilaxis y ahí se dan todas las capacitaciones a las gestantes para su parto, para que**

tengan psicoprofilaxis obstétrica, para que tenga una buena evolución en su trabajo de parto" (Liliana, 68 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

"Tenemos métodos hormonales. Tenemos las ampollas de uso mensual, las ampollas trimestrales, tenemos los anticonceptivos orales, combinados, tenemos los anticonceptivos de emergencia, ya tenemos también el método de barrera, que es el preservativo masculino y femenino, tenemos el método mecánico que es la T de cobre y me olvidaba como hormonal también es el implante que está utilizando**. Sí se cubre la demanda**" (Isabela, 48 años, obstetra de un centro de salud en San Juan de Miraflores).

También se ha recopilado información que indica la existencia de una percepción de atención libre de discriminación en el Hospital María Auxiliadora y el CMI Manuel Barreto. Se destaca un trato amable hacia la población vulnerable, en particular hacia las adolescentes. Además, en los CMI Ollantay y César López Silva se brinda asesoramiento a los adolescentes, cuentan con un área específica en los servicios de salud para atender la violencia hacia los adolescentes y se ofrece información sobre enfermedades de transmisión sexual y métodos anticonceptivos a los jóvenes. Además, en el CMI Ollantay, la profesional entrevistada reportó que se brinda atención inclusiva a adolescentes diversas, como las lesbianas y bisexuales, y en el CMI San José, una profesional reportó que utiliza el nombre elegido por las personas trans.

"Yo voy a hablar primero con ella sola y luego voy a llamarla a usted, voy a preguntar cosas muy privadas, o se le dice también a la joven: '**Voy a hacerte preguntas muy privadas, quieres que tu mamá'**, generalmente viene con la mamá, ´**¿escuche esto?**. **Si no, ella puede esperar'** y luego después de haber conversado, ella ingresa y lo conversamos entre las tres" (Elena, 55 años, obstetra en un centro de salud de Villa El Salvador).

"Pues eso, llegan también lesbianas o bisexuales y no le podemos decir, ¿sabes qué? ¿Por qué haces esto?, ¿no? Porque haces esto, porque no te gusta tal y porque te gusta tal, no, o sea, **la idea es sencillamente respetar su decisión que tiene y ayudarle dentro de esa decisión que haya tomado. Ayudarle, digamos a liberar algunas dudas que pueda tener**, ¿no?" (Isabela, 48 años, obstetra en un centro de salud en San Juan de Miraflores).

> "**[Cuando se atiende a una persona trans] lo que pasa es que la historia puede decir Juan, pero al lado de la historia dirá, por ejemplo, Lorena.** Podrás decir Juan Martínez Pérez, ya. Pero e**ntre paréntesis dice Lorena y se le llama por ese nombre, ¿no? Porque es así.** Ya está como que identificado también" (Rafaela, 44 años, obstetra de un CMI en Villa El Salvador).

Sin embargo, debemos aclarar que esta información proviene de las profesionales de salud y, en varios casos, no coincide con lo señalado anteriormente por las personas usuarias en el capítulo sobre la discriminación hacia las poblaciones vulnerables.

En dos de los establecimientos de salud, el personal de salud informó que hay adecuada disposición para brindar atención y trato empático en casos de complicaciones por un aborto incompleto, sin criminalizar a las personas involucradas.

Por último, se ha reportado especial atención a los casos de violencia de género en dos establecimientos de salud. Estas prácticas se centran en la capacitación del personal para detectar señales de alarma, la realización de tamizaje de violencia, la coordinación con la Demuna (Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente) en casos de violencia sexual hacia menores o personas con discapacidad o condiciones de salud mental, así como la implementación de medidas integrales ante casos de violencia de género. También se destaca la disponibilidad de un kit de emergencia y la atención integral para la provisión de anticonceptivos orales de emergencia en los Centro Materno Infantil César López Silva y el San José.

Es importante resaltar que, en el caso de Sara, durante el tamizaje de violencia, destacó la forma en que se abordaron las preguntas. Comenzaron consultando sobre situaciones estresantes en la relación de pareja, sin mencionar directamente la violencia. Luego, profundizaron sobre las discusiones y los sentimientos asociados, pero sin indagar en maltratos físicos. La entrevistada apreció que las preguntas sutiles no forzaban a revelar miedo o tomar medidas drásticas, sino que buscaban comprender la dinámica y la relación de manera adecuada. En total, se realizaron aproximadamente 8 preguntas en el proceso.

> "Durante el tamizaje de violencia en el centro de salud, **encontré genial que no me preguntaran directamente sobre sufrir violencia**. Primero indagaron sobre situaciones estresantes en mi relación. Me consultaron: '¿Cómo describirías tu relación con tu pareja? ¿Estresante, poco estresante, algo estresante, bastante estresante?'. Respondí: 'A veces algo estresante'. [...]. Luego profundizaron: '¿Cómo te sientes durante las discusiones? ¿Triste, mal, enojada?'. Les conté mis sentimientos y cómo son esas discusiones, pero que no hay gritos, humillaciones o insultos. Luego me preguntaron si había sentido miedo en mi relación. Dudé, explicando mi ansiedad por el posible fin de la relación. Les pedí aclarar qué entendían por 'miedo'. Cuando mencionaron golpes, respondí 'No, no'. **Fueron preguntas sutiles y relacionadas, sin incitar a revelar**

violencia y sin exponer demasiados detalles de la situación de pareja" (Sara, 24 años, usuaria del CMI César López Silva).

En resumen, si bien no de manera generalizada en todos los establecimientos de salud o entre todas las experiencias analizadas, sí se constatan prácticas positivas que evidencian avances en la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva, a su vez, estos elementos constituyen fortalezas para implementar la Norma Técnica de Salud N° 180-2021.

8.

8. Conclusiones

La evidencia recopilada en este informe revela de manera contundente la persistencia de graves obstáculos y vulneraciones de derechos en la atención de la salud sexual y reproductiva, que afectan a adolescentes mujeres en las diferentes etapas de su desarrollo y a personas LGTBIQ+. Hemos explorado desde las experiencias de violencia de las personas usuarias, la falta de conocimiento de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 por parte del personal de salud, así como los obstáculos para poder implementarla. Estas problemáticas revelan la urgente necesidad de transformar la atención en salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud visitados en los distritos de San Juan de Miraflores y Villa El Salvador. En esta sección de conclusiones, presentaremos las principales reflexiones sobre lo observado.

A. La prestación adecuada de los servicios de salud sexual y reproductiva se ve perjudicada por las arraigadas creencias machistas y heterocisnormativas presentes en el personal de salud. Estas creencias llevan a culpar, juzgar y estigmatizar las decisiones reproductivas de las usuarias, considerando el cuerpo femenino como objeto de escrutinio público. Esto genera un entorno hostil para la atención y es la base para que se perpetúen situaciones de violencia de género en los EESS.

La violencia de género en el ámbito de los servicios de salud sexual y reproductiva se ve influenciada por los estereotipos de género arraigados y las creencias machistas presentes en el personal de salud. Estos elementos se reflejan en la responsabilización y culpabilización de las usuarias por las circunstancias que enfrentan, como embarazos a temprana edad, el número de hijos o la falta de una pareja. Estas actitudes son la base de juicios y críticas sobre sus decisiones reproductivas. Además, se observan comentarios y juicios negativos dirigidos hacia las usuarias, junto con una falta de empatía por parte del personal de salud hacia su sufrimiento, incluso llegando a negarles la atención y ejercer violencia contra ellas. Como resultado, la calidad de la atención que reciben las usuarias se ve afectada por las expectativas y prejuicios de género que el personal de salud posee, lo que se traduce en un trato diferenciado y discriminatorio hacia aquellas que no se ajustan a estos estereotipos. Estas actitudes estereotipadas pueden limitar el acceso a servicios adecuados y dificultar la capacidad de tomar decisiones autónomas en relación con su salud sexual y reproductiva.

B. La violencia obstétrica es un problema generalizado y poco advertido en los centros de salud. Las principales manifestaciones de violencia obstétrica identificadas en este estudio incluyen desinterés y maltrato por parte del personal de salud hacia las usuarias, evidenciado en gritos, humillaciones y condicionamiento de la atención. También se menciona la intimidación mediante el uso inadecuado de la Ley Nº 31333, así como la realización de prácticas inadecuadas contrarias a la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021. Además, se destaca la amenaza de denuncia hacia las usuarias que acuden por complicaciones por aborto incompleto en un contexto de criminalización del aborto. Se reportan también comentarios ofensivos y falta de cuidado durante el examen ginecológico.

En el presente estudio, en cuanto a la violencia obstétrica, se ha encontrado desinterés y maltrato hacia las usuarias por parte del personal de salud, incluso en las situaciones de emergencia. Esto se manifiesta en gritos y humillaciones en la sala de partos, que se condicione la atención a la compra de implementos, intimidación a las gestantes haciendo un uso inadecuado de la Ley Nº 31333, ley que penaliza la agresión contra los médicos y cualquier personal de salud; y, por último, la realización de prácticas inadecuadas como la maniobra de Kristeller, episiotomías, procedimientos sin anestesia, las que contravienen lo establecido por la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021.

En cuanto a las usuarias que se acercan a los establecimientos por complicaciones por aborto incompleto, se ha encontrado que pueden ser amenazadas con ser denunciadas a la policía por parte del personal de salud. A esta problemática se le suma la criminalización legal y social del aborto en nuestro país, que deriva en que las usuarias no acudan al establecimiento de salud de manera oportuna y en general no reporten su situación con el personal de salud por temor a la criminalización.

Además, la atención ginecológica se caracteriza por la falta de calidez y empatía por parte del servicio de ginecología durante el examen de Papanicolaou, manifestándose en los comentarios ofensivos y la falta de cuidado durante el examen, que generaron dolor y angustia en la paciente.

C. Se identifican como poblaciones que enfrentan mayores obstáculos para acceder a una atención de salud de calidad a las adolescentes, población LGBTIQ+ y migrantes venezolanas. Se destaca la presencia de creencias adultocentristas, homobitransfóbicas y xenófobas entre el personal de salud, las cuales influyen negativamente en la calidad de atención que reciben estos grupos, llegando a aumentar su riesgo a experimentar tratos hostiles, discriminación y violencia.

La atención dirigida a las y los adolescentes se caracteriza por un enfoque adultocentrista que subestima su capacidad para comprender y tomar decisiones informadas sobre su salud sexual y reproductiva. Esto se refleja en la falta de espacios y atención diferenciada, a pesar de estar especificados en las normas

correspondientes. Además, se condiciona su atención a la presencia de adultos sin fundamento normativo, y se evidencian tratos humillantes por parte del personal de salud y promotores. La falta de atención diferenciada para los adolescentes limita su acceso a información precisa y oportuna, así como a servicios adaptados a sus necesidades específicas. Al menospreciar su autonomía, se obstaculiza su empoderamiento y se perpetúa su vulnerabilidad a la violencia sexual y embarazos tempranos.

En relación con la población LGBTIQ+, se observa que la atención médica se caracteriza por la aversión y la cisheteronormatividad, lo cual se refleja en diversas barreras, experiencias negativas y actos discriminatorios. Los adolescentes LGBTIQ+ se enfrentan a cuestionamientos sobre su orientación sexual, carecen de campañas, personal y servicios capacitados para abordar sus necesidades específicas en salud sexual y reproductiva. En el caso de las personas trans, sufren discriminación y burlas tanto por parte del personal de salud como de otras personas usuarias, además de que a menudo se les llama por su nombre asignado al nacer en lugar del nombre que les identifica, lo que contribuye a su marginación y exclusión. Estas experiencias negativas suelen llevar a que esta población retrase la búsqueda de atención médica debido a experiencias previas negativas, dificultades para obtener citas y para evitar conflictos con los proveedores de salud. Asimismo, la discriminación en los centros de salud se manifiesta a través de prejuicios relacionados con el VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS), transfobia, tratos despectivos e incluso intentos de conversión. En general, se evidencia una falta de sensibilización y comprensión hacia la diversidad sexual y de género por parte del personal de salud, quienes reportan no haber recibido capacitación alguna sobre este tema.

La atención a la población migrante venezolana en los servicios de salud sexual y reproductiva se caracteriza por el sometimiento y la xenofobia. Esto se evidencia en la desigualdad en la atención y falta de reconocimiento de los derechos y necesidades específicas de esta población. Estas dinámicas de poder se manifiestan a través de un trato discriminatorio hacia las usuarias migrantes venezolanas, que se refleja en la demora en la atención de urgencias, la desestimación de sus pedidos de ayuda, la minimización de su dolor (“eres una exagerada”), irritabilidad en el trato y la culpabilización por las circunstancias que atraviesan. Estas dinámicas de sometimiento se suman a las múltiples barreras en el acceso a la salud que enfrenta esta población, como el estatus migratorio y la falta de conocimiento sobre el sistema de salud peruano. Además, se presentan actitudes prejuiciosas, comentarios humillantes y situaciones de violencia por parte del personal de salud y promotoras/es, lo que contribuye a la situación de exclusión estructural que enfrentan.

D. En los centros de salud, se observa un trato impersonal y frío hacia las usuarias, que se caracteriza por procesos burocráticos y obstáculos en la atención. Esto se manifiesta en dificultades para obtener citas, demoras en la atención de situaciones urgentes y falta de orientación adecuada frente a las consultas de las usuarias. En respuesta a estas situaciones, las usuarias demandan la implementación de entornos seguros, libres de prejuicios y respetuosos hacia la diversidad de los pacientes.

En el estudio, resalta la contraposición entre la calidad de los servicios actuales de salud sexual y reproductiva, y la expectativa que poseen las usuarias acerca de lo que implica una buena atención. Las pacientes señalan la importancia de generar un sistema de salud centrado en sus usuarias, que promueva entornos seguros para la atención de la salud sexual y reproductiva y priorice un trato cálido, empático y humanizado. Es importante mencionar que esta problemática no puede ser atribuida únicamente al personal de salud como actores individuales, sino que se requiere ampliar el análisis a factores institucionales como la responsabilidad del Estado como garante del derecho a la salud de las usuarias y como empleador de los servidores y servidoras públicas.

A continuación, se presenta un cuadro comparativo entre sus expectativas y la situación actual:

Servicio de citas	
Atención actual	Expectativa de las usuarias
Obstáculos para obtener citas • Brechas digitales (en algunos establecimientos, las citas solo se brindan por WhatsApp) • Largos tiempos de espera para obtener citas (2 a 3 meses) • Falta de orientación previa para la atención en ciertos servicios. Por ejemplo, no se les informa sobre los requisitos necesarios para ser atendidas en planificación familiar, tales como acudir menstruando para aplicarse métodos anticonceptivos. • Barreras burocráticas y prácticas de corrupción ("contactos") como características del servicio de citas.	*Mejoras para el servicio de citas* • Ampliar el horario de atención. Esto brindará a las usuarias mayores oportunidades para reserva de citas, con la flexibilidad de horarios suficientes para no comprometer sus responsabilidades laborales, de cuidado o académicas. • Comunicar de manera clara y concisa los requisitos y procesos de atención de los distintos servicios, evitando confusiones y visitas innecesarias al centro médico. Esto contribuirá a mejorar la calidad y la eficiencia del servicio ofrecido.

Atención de partos y emergencias	
Atención actual	Expectativa de las usuarias
Falta de atención oportuna en situaciones de urgencia Frente a emergencia obstétrica, solicitud de AOE y partos, se observa una atención lenta o insuficiente (no se brinda la AOE). Esta demora pone en riesgo la salud de las usuarias y de los recién nacidos, postergando la atención de pacientes con dolores persistentes y reportándose partos en la sala de espera. En aquellos casos donde el motivo de consulta supera la capacidad de atención del centro, se evidencian obstáculos para el traslado efectivo a otros establecimientos, como falta de referencias o falta de orientación.	**Implementación de otros procedimientos en los CMI** Las usuarias recomiendan la incorporación del personal y equipos necesarios para realizar cesáreas y atender otras complicaciones obstétricas en más centros de salud, sobre todo, en centros materno infantiles. Asimismo, demandan la incorporación de profesionales en anestesiología para la atención de puérperas y usuarias con dolores intensos, dolores que se presentan incluso cuando se trata de partos “sin complicaciones”.

Calidad del trato	
Atención actual	Expectativa de las usuarias
Desinterés en la atención • Malos tratos en la admisión del centro de salud. • Negación de la atención con base en el juicio del personal de seguridad sobre la situación que presenta la usuaria (si lo considera una emergencia o no). • Atención acelerada e impersonal. Reportan recibir respuestas genéricas, no acorde a sus consultas • Orientación insuficiente o errónea en servicios de planificación familiar, sobre todo en consejería a poblaciones vulnerables (adolescente, comunidad LGBTIQ+). • En general, el trato poco empático del personal genera una sensación de inseguridad y desamparo entre las usuarias, sobre todo durante situaciones apremiantes (emergencias obstétricas, partos, solicitud de AOE, etc.).	*Trato cálido, empático y humanizado* • Orientación clara, detallada y basada en evidencia, que logre responder a sus inquietudes con información veraz y libre de prejuicios. Esto les proporcionará una visión más completa sobre su salud sexual y reproductiva, permitiéndoles comprender sus opciones y tomar decisiones informadas. • Entornos seguros y respetuosos a la diversidad, donde sientan la confianza de expresar sus inquietudes sin ser juzgadas. • Reconocer las diferencias individuales, acoger a cada usuaria con cortesía y brindar un ambiente seguro donde puedan expresar sus necesidades particulares.

E. Se ha constatado la falta de conocimiento e implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 entre el personal de salud, lo cual puede afectar la calidad de los servicios. Solo se ha reportado una acción de difusión, la cual es bastante limitada en su efectividad y alcance. Se identifica un enfoque limitado en la violencia intrafamiliar y obstáculos en la entrega de kits de emergencia en casos de violencia sexual. Además, se ha observado incumplimiento en diversos aspectos de la norma, como la atención a personas con complicaciones derivadas de un aborto, la violencia obstétrica y la falta de servicios diferenciados para adolescentes. También se reporta discriminación y falta de conocimientos necesarios para la atención de la población LGBTIQ+.

Se ha constatado la falta de conocimiento y capacitación sobre la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 entre el personal de salud, lo cual afecta negativamente la calidad de los servicios brindados. Además, las acciones de difusión del Ministerio de Salud han sido limitadas en su eficacia y alcance, basándose únicamente en un video en YouTube, sin implementar estrategias adicionales. Incluso entre aquellos con conocimiento superficial de la norma, se observa un enfoque limitado en la violencia intrafamiliar y obstáculos para la entrega de kits de emergencia en casos de violencia sexual, sin abordar integralmente las necesidades de las personas usuarias. También se reporta falta de capacitación en la respuesta a la violencia basada en género, desconociendo la violencia de género en la atención de salud a pesar de su relevancia en casos de violencia y discriminación hacia poblaciones vulnerables. Asimismo, la atención en los distintos servicios de salud sexual y reproductiva cuenta con diferentes instrumentos normativos, los cuales no han sido adecuadamente articulados y comunicados al personal de salud, lo que deviene en mayor confusión.

En relación a aspectos más específicos, se han identificado los siguientes incumplimientos de la norma en los establecimientos de salud:

- Incumplimiento en la implementación de medidas de prevención de la violencia en los servicios de salud sexual y reproducwtiva, como la sensibilización del personal en enfoque de género, derechos humanos, interculturalidad e interseccionalidad.
- Ausencia de capacitaciones en la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 y en los aspectos específicos que dicha normativa aborda.
- Ausencia de reuniones entre el personal de salud para abordar la prevención de la violencia en la atención de salud sexual y reproductiva.
- Situaciones de violencia obstétrica en los servicios de atención prenatal y durante los partos.
- Incumplimiento de medidas como la posibilidad de acompañamiento durante el parto, promoción de la deambulación, disponibilidad de analgesia epidural a solicitud y aplicación de prácticas que contravienen a la normativa, como la episiotomía y la maniobra de Kristeller.

- Ausencia de servicios diferenciados de salud sexual y reproductiva dirigidos a adolescentes.
- Condicionamiento de la atención en planificación familiar a las y los adolescentes a que estos acudan con una persona adulta.
- Discriminación y falta de seguimiento de los lineamientos establecidos por la normativa en la atención a la población LGBTI, como el respeto a pronombres y nombre social, tratamientos acordes a las necesidades particulares, prevención de enfermedades de transmisión sexual y prohibición de comentarios sobre la sexualidad de la persona.

F. Se han identificado desafíos para la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, los cuales están asociados a diversos obstáculos. Entre estos se destacan los siguientes: factores culturales de opresión; carencia de programas formativos; falta de recursos materiales, de infraestructura y de recursos humanos; altos niveles de estrés entre el personal de salud; y desvalorización de la labor de las promotoras de salud.

A nivel estructural y social, se enfatiza la presencia de factores culturales opresores en las comunidades y centros de salud, tales como creencias machistas, prejuicios cisheteronormativos, percepción de superioridad por parte del personal médico y criminalización del aborto. Estos elementos generan conductas desfavorables y obstaculizantes para el cuidado de la salud sexual y reproductiva. Entre ellas se destacan sentimientos de vergüenza en las usuarias al acudir a los centros de salud, oposición por parte de las parejas y cuidadores al uso de métodos anticonceptivos, trato discriminatorio hacia la comunidad LGBTIQ+, negativa de las personas en situación de aborto a comunicar su estado (debido al miedo de ser perseguidas por este crimen), entre otras.

A nivel del sector salud, se evidencia falta de programas formativos adecuados y efectivos en temas de género y diversidad sexual y de género. El personal de salud, en general, evidencia limitado conocimiento sobre la identificación, abordaje y tamizaje de casos de violencia. Desde una perspectiva protocolar, esta falta de formación también se refleja en el desconocimiento y las deficiencias en la aplicación de una ruta de acción pertinente para la atención de víctimas de violencia sexual. Además, se observa una falta de articulación y comunicación adecuada de los instrumentos normativos que regulan los distintos servicios de salud sexual y reproductiva, lo que contribuye a generar mayor confusión. Es importante mencionar que el personal de salud expresa su interés en recibir capacitación sobre violencia de género y diversidad sexual, y es necesario aprovechar este interés mediante la facilitación de capacitaciones respaldadas por evidencia y actualizadas por parte del Estado.

A nivel de recursos, se han identificado carencias en la infraestructura y los recursos materiales y humanos de los establecimientos de salud. Se han detectado carencias en recursos, personal y equipos necesarios para brindar una atención óptima durante el trabajo de parto, incluyendo la falta de anestesia epidural, lo

que resulta en la necesidad de trasladar a las pacientes a centros de salud privados en los alrededores del establecimiento de salud público, poniendo en riesgo la salud de la gestante. Además, se ha informado sobre la escasez de elementos esenciales para atender emergencias obstétricas debido a la falta de personal en el servicio de ginecología, siendo los establecimientos denominados "centro materno infantil". Destaca también el acceso limitado y la falta de disponibilidad del kit de emergencia para casos de violencia sexual, comprometiendo la atención oportuna y adecuada de las personas que han sufrido abuso sexual.

Por otra parte, en los centros de salud, se observa una cultura laboral caracterizada por altos niveles de estrés y falta de atención a la salud mental. La sobrecarga de trabajo, la alta demanda de pacientes y la presión a la que se enfrentan las y los profesionales de la salud tienen un impacto negativo tanto en su bienestar personal como en la calidad de los servicios que brindan. Es importante resaltar que la falta de intervención en las secuelas psicosociales derivadas de la pandemia de la covid-19, como las pérdidas personales (de colegas, pacientes y familiares), los duelos no resueltos y los síntomas de ansiedad, constituye uno de los principales factores que afectan la salud mental y ocupacional del personal de salud.

Finalmente, se ha identificado que las promotoras de salud no reciben el reconocimiento ni el respaldo adecuado por parte de los establecimientos de salud y su personal, a pesar de desempeñar un papel crucial en la orientación a los usuarios y en la difusión de acciones. Esta falta de valoración se traduce en la subestimación de su labor y la ausencia de mecanismos de respaldo, lo que genera un ambiente desmotivador y puede disminuir la calidad y eficacia de sus acciones. Además, se reporta la falta de recursos o financiamiento para realizar su labor, lo que contribuye a la subvaloración de su trabajo y puede afectar su motivación y posibilidades de llevar a cabo su labor.

9.

9. Recomendaciones

Las conclusiones obtenidas a través de este estudio revelan hallazgos significativos que requieren una atención inmediata y una acción concertada para abordar la problemática de la violencia basada en género en los servicios de salud sexual y reproductiva. Estos hallazgos son relevantes tanto para las mujeres en diferentes etapas de vida como para las personas LGTBIQ+. A continuación, se presentan las recomendaciones clave que surgieron del análisis de los datos recopilados, las observaciones en los establecimientos de salud y las perspectivas de las personas usuarias, el personal de salud y las promotoras. Estas recomendaciones se consideran fundamentales para enfrentar y resolver los desafíos identificados en relación con la violencia de género en los servicios de salud sexual y reproductiva.

- **Difusión de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021**

Uno de los principales hallazgos del presente estudio es que el desconocimiento de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 es generalizado, y que la acción de difusión de la misma ha sido limitada en eficacia y alcance. Entonces, resulta imperativo, como un primer paso para su implementación, difundir la Norma Técnica de Salud para la Prevención y Eliminación de la Violencia de Género en los Establecimientos de Salud que brinden Servicios de Salud Sexual y Reproductiva. Para ello, se recomiendan las siguientes acciones:

A. Elaborar guías accionables para el personal de salud que contengan explicaciones prácticas y proporcionen ejemplos y casos prácticos que ejemplifiquen cómo aplicar los aspectos clave de la norma en situaciones reales y frecuentes.

B. Articular la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 con la demás normativa del ámbito de la atención en salud sexual y reproductiva, de modo que el personal de salud pueda tener claridad sobre qué disposiciones se encuentran vigentes y cuáles no, considerando además que, en los últimos años, durante la pandemia por covid-19, varias normativas fueron ajustadas al contexto de emergencia.

C. Utilizar canales de comunicación interna, como el correo electrónico o la intranet, para enviar actualizaciones y recordatorios periódicos sobre la norma, manteniendo al personal informado y recordándoles la importancia de cumplir con las disposiciones establecidas.

D. Implementar estrategias externas de difusión, como campañas de sensibilización dirigidas a la población en general para concientizar sobre la violencia de género en los servicios de salud sexual y reproductiva, sus derechos como usuarias y usuarios de servicios de salud sexual y reproductiva, y los canales para denunciar.

E. Realizar charlas y talleres en comunidades locales, centros educativos o grupos de interés, impartidos

por personal de salud capacitado, para informar sobre la norma y sus implicaciones. Para mayor efectividad y alcance, establecer alianzas con organizaciones locales, líderes comunitarios y grupos de defensa de los derechos de la mujer para difundir la norma y trabajar juntos en la promoción de la igualdad de género y la prevención de la violencia.

F. Organizar sesiones de capacitación interna y talleres donde se presenten y expliquen los aspectos relevantes de la norma, incluyendo presentaciones, discusiones, casos prácticos, y preguntas y respuestas.

G. Fomentar la creación de grupos de discusión o comités internos donde el personal de salud pueda compartir experiencias, plantear preguntas y brindar retroalimentación sobre la implementación de la norma, promoviendo un ambiente de aprendizaje y colaboración.

H. Implementar programas de sensibilización, como talleres y otras estrategias, en consonancia con las directrices establecidas por la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, para fortalecer las buenas prácticas y abordar los desafíos que persisten en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Esto implica promover la sensibilización y concientización sobre la diversidad sexual y de género, así como la importancia de brindar una atención inclusiva y libre de discriminación, trabajando en la eliminación de estereotipos y prejuicios que puedan afectar la calidad de la atención y el trato hacia las personas usuarias.

- **Capacitación en derechos humanos, género, autonomía, diversidad sexual y violencia obstétrica**

Para que la implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021 sea efectiva es necesario que el personal de salud pueda recibir capacitación en, por lo menos, los siguientes temas:

A. **Derechos humanos:** la capacitación en derechos humanos promueve una atención médica integral, sensible y respetuosa hacia todas las personas, tratándolas con empatía y dignidad, ayudando a comprender las diversas realidades de cada persona y garantizando la privacidad, confidencialidad y no discriminación, empoderando a las personas usuarias para tomar decisiones informadas sobre su salud.

B. **Género:** se deben brindar capacitaciones sobre los conceptos fundamentales relacionados con el género, incluyendo la comprensión de las diferencias entre sexo y género, los roles de género y las expectativas asociadas, así como la importancia de abordar la desigualdad de género en la atención de salud.

C. **Diversidad sexual y de género:** es necesario proporcionar capacitación sobre la diversidad sexual y las diferentes identidades y orientaciones sexuales. Esto implica sensibilizar al personal de salud sobre la diversidad de las experiencias sexuales y de género, la situación social de discriminación, y las necesidades específicas de las personas LGBTIQ+ en la atención de salud.

D. **Autonomía femenina:** se debe capacitar al personal de salud en la importancia de respetar y promover la autonomía de las mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva. Esto implica superar estereotipos y prejuicios que puedan limitar la toma de decisiones informadas por parte de las mujeres.

E. **Violencia obstétrica:** al ser un concepto relativamente "nuevo" en la normativa vigente, es importante que el personal de salud comprenda en qué consiste este tipo de violencia, cuáles son sus principales manifestaciones y reconozcan que las usuarias requieren ser atendidas libres de violencia obstétrica.

Para ello, algunas pautas metodológicas que se pueden recomendar, considerando las características y necesidades del personal de salud, incluyen:

- **Capacitación interna:** se deben organizar sesiones de capacitación donde se presenten y expliquen los aspectos relevantes de la norma. Estas sesiones pueden incluir presentaciones, discusiones, casos prácticos, y preguntas y respuestas. Asimismo, es importante fomentar la creación de grupos de discusión o comités internos donde el personal de salud pueda compartir experiencias, plantear preguntas y brindar retroalimentación sobre la implementación de la norma. Esto promoverá un ambiente de aprendizaje y colaboración.

- **Metodologías asincrónicas:** para facilitar el aprendizaje del personal de salud, se sugiere emplear metodologías asincrónicas, como materiales de capacitación en línea, que permitan a los profesionales acceder al contenido en su propio tiempo y ritmo, teniendo en cuenta su carga de trabajo y responsabilidades.

- **Talleres:** además de las sesiones de capacitación, se pueden realizar talleres interactivos para abordar los temas de género, diversidad sexual y autonomía femenina. Estos talleres pueden permitir la participación activa del personal de salud, el intercambio de experiencias y la discusión de casos reales.

- **Material informativo adecuado:** se recomienda proporcionar material informativo adecuado, como guías accionables, que contengan explicaciones prácticas, ejemplos y casos prácticos para ayudar al personal de salud a comprender cómo implementar la norma de manera efectiva.

- **Atención del bienestar del personal de salud**

El Estado, como empleador de las y los servidores que proveen el servicio de salud en los establecimientos, tiene el deber de garantizar condiciones laborales mínimas y atender el alto estrés laboral que se ha identificado entre este personal. Para ello, algunas recomendaciones son:

1. **Proporcionar condiciones materiales adecuadas:** el Estado debe asegurar que el personal de salud cuente con las condiciones materiales necesarias para desempeñar su labor, incluyendo recursos suficientes, equipos de protección personal y un entorno de trabajo seguro. Esto implica brindar los recursos necesarios para cumplir con su trabajo de manera efectiva y garantizar su seguridad y bienestar.

2. **Atención y cuidado de la salud mental:** el Estado debe asumir un papel activo en la atención y cuidado de la salud mental del personal de salud. Esto se puede lograr mediante intervenciones en salud ocupacional que abordan el estrés laboral y la sobrecarga emocional. Es importante proporcionar apoyo y estrategias para el procesamiento de duelos y pérdidas, especialmente durante situaciones de crisis, como la pandemia de covid-19 cuyas secuelas, a la fecha del estudio, siguen existiendo según las personas entrevistadas.

3. **Establecer espacios de contención y bienestar:** el Estado debe garantizar la existencia de espacios de contención y eventos de esparcimiento para el personal de salud. Estos espacios permiten que las y los trabajadores se desconecten del estrés laboral, fortalezcan su bienestar emocional y promueven la resiliencia. Además, se deben crear áreas destinadas al bienestar del personal dentro de los centros de salud, donde puedan descansar y recargar energías.

4. **Colaboración con centros de salud mental comunitaria:** es fundamental promover la colaboración con los centros de salud mental comunitaria para generar conciencia sobre la importancia del cuidado de la salud mental. Esto puede incluir la realización de campañas de sensibilización, capacitaciones y programas de apoyo psicológico para el personal de salud. La colaboración con expertos en salud mental puede brindar recursos adicionales y especializados para abordar las necesidades emocionales del personal.

- **Supervisión y monitoreo de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021**

Para la adecuada implementación de la NTS Nº 180-MINSA/DGIESP-2021, es importante establecer un sistema de supervisión y monitoreo permanente, que permita identificar las necesidades de los actores involucrados y las brechas para una implementación eficaz. De esta manera, se busca asegurar el cumplimiento de las

acciones establecidas, identificar brechas y realizar los ajustes necesarios. Un adecuado monitoreo proporciona información objetiva para la toma de decisiones informadas, promueve el aprendizaje continuo y, en última instancia, mejora la calidad de la atención en salud sexual y reproductiva.

- **Mecanismos de reclamos, quejas y denuncias**

Garantizar que las personas usuarias de servicios de salud sexual y reproductiva estén informadas sobre sus derechos y tengan acceso a canales efectivos de denuncia es fundamental para fortalecer su participación activa y su empoderamiento en la toma de decisiones sobre su propia salud y bienestar. Además, denunciar problemas en la atención médica ayuda a mejorar la calidad de los servicios y garantiza que se respeten los derechos de todos los usuarios.

Para esto, las personas deben conocer los canales de denuncia a los que pueden acudir en caso de enfrentar violaciones de sus derechos o preocupaciones sobre la calidad de la atención recibida. Estos canales pueden incluir el Libro de Reclamaciones presente en los centros de salud, así como el virtual que se encuentra en la página del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL), la Defensoría del Pueblo, el Ministerio de Salud, y organizaciones de la sociedad civil y ONG que trabajen en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

- **Fomentar una revisión de servicios centrado en las personas usuarias**

Para fomentar una mejora significativa de los servicios sexuales y reproductivos, se sugiere realizar una revisión exhaustiva con un enfoque centrado en las personas usuarias. Esto implica repensar el sistema de salud desde la perspectiva de las personas usuarias, considerando sus necesidades y preferencias como elementos fundamentales en la planificación y ejecución de estrategias. Es esencial involucrar a las usuarias en el proceso de validación y evaluación de las estrategias implementadas, asegurando que se reevalúen aquellas que puedan afectar negativamente su experiencia y calidad de atención. Por ejemplo, sería recomendable evaluar el sistema de citas actual, con el fin de generar sistemas acordes a las características y necesidades de las usuarias (alfabetización digital, disponibilidad de tiempo, entre otros). Al adoptar esta perspectiva orientada a las personas usuarias, se podrá alcanzar servicios de salud sexual y reproductiva más efectivos, integrales y satisfactorios para todas las partes involucradas.

- **Descriminalización social y legal del aborto**

A lo largo de este estudio hemos constatado la limitada capacidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para abordar de manera efectiva y segura las situaciones relacionadas con las complicaciones por abortos incompletos. En ese sentido, es importante que se capacite al personal de salud en el manejo adecuado de las complicaciones y la provisión de servicios de atención integral posaborto, que abarquen tanto los aspectos

médicos como los psicosociales, libres de estigmatización de las usuarias. Además, siguiendo la recomendación de la Organización Mundial de la Salud de que los países revisen y reformen sus leyes y políticas relacionadas con el aborto, es importante, desde criterios de salud pública, plantear la descriminalización social y legal del aborto. Esto permitirá que se desarrollen protocolos y directrices basados en evidencia científica para abordar de manera segura y efectiva las situaciones relacionadas con el aborto.

- **Establecer un sistema de reconocimiento y estímulos**

Es importante generar una cultura de reconocimiento y promoción de las buenas prácticas del personal de salud, para ello se pueden establecer diferentes mecanismos como resoluciones, documentos de felicitación, entre otros.

10. Bibliografía

Bellón, S. (2015). La violencia obstétrica desde los aportes de la crítica feminista y la biopolítica. Dilemata, Año 7, Núm. 18, pp. 93-111.

Castro, R. y Erviti, J. (2014). 25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México.

Revista Conamed, 19(1), 37-42.

Cuasés, G. (2019). Desafíos para el ejercicio de los derechos sexuales de los estudiantes de bachillerato (N° de Publicación T-2985) [Tesis de Maestría, Universidad Andina Simón Bolívar]. Repositorio Institucional del Organismo de la Comunidad Andina (UASB-Digital). https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6911/1/T2985-MDH-Cuases-Desafios.pdf

Congreso de la República (7 de junio, 2017). Plan Nacional contra la Trata de Personas 2017-2021. https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-plan-nacional-contra-la-trata-decreto-supremo-n-017-2017-in-1530366-1/

Crenshaw, K. (2017). *On Intersectionality: Essential Writings*. The New Press.

Espinoza, E. (2021). Violencia Obstétrica: Análisis Jurídico del caso Eulogia Guzmán vs. Perú ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos [Tesis para obtener el grado de Licenciada en Abogacía]. Repositorio Académico de la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/657532

Faundez, A. y Weinstein, M. (2013). Ampliando la Mirada: La Integración de los Enfoques de Género, Interculturalidad y Derechos Humanos. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Gherardi, N. (2016). Otras formas de violencia contra las mujeres que reconocer, nombrar y visibilizar. Naciones Unidas. https://hdl.handle.net/11362/40754

Guerrero, R., Ramírez, S., y González, M. (2019). Relatos de mujeres. Experiencias de embarazos con malformaciones incompatibles con la vida. Promsex. https://promsex.org/wp-content/uploads/2019/06/RelatosDeMujeres.pdf

Guevara Ríos, E. (2022). Violencia obstétrica. Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal, 10(4), 7–8. https://doi.org/10.33421/inmp.2021251

Hernández, A.; Vargas, R., Rojas, C.; y Bendezú, G. (2019). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en inmigrantes venezolanos en Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública [online]. 2019, 36 (4), pp. 583-591. ISSN 1726-4634. http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.360.4654

Huarino, S. y Choque, O. (2021). Violencia obstétrica en mujeres atendidas en un hospital público. https://doi.org/10.33326/26176068.2021.3.115

INEI (2020). Planos Estratificados de Lima Metropolitana a Nivel de Manzanas según Ingreso Per Cápita del Hogar. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1744/libro.pdf

Iparraguirre, M.; Mendoza, J.; Cóndor, M.; y Muñoz, R. (2023) La Violencia Obstétrica Como Biopoder: A propósito de la dignidad de la mujer. Encuentros: Revista de Ciencias Humanas, Teoría Social y Pensamiento Crítico. (p.415). http://www.encuentros.unermb.web.ve/index.php/encuentros/article/view/407/359

Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. Revista de Derecho de Familia y de las Personas (4). Buenos Aires [en línea] http://bit.ly/UjH62l.

MIMP (2022). Marco Conceptual para la prevención de la Violencia de género contra las Mujeres. https://www.gob.pe/institucion/mimp/informes-publicaciones/2842546-el-marco-conceptual-para-la-prevencion-de-la-violencia-de-genero-contra-las-mujeres

MIMP (2022a). XV Informe de los avances en el cumplimiento de la Ley Nº 28983 de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres - Período 2021. https://www.gob.pe/institucion/mimp/informes-publicaciones/3316719-xv-informe-de-los-avances-en-el-cumplimiento-de-la-ley-n-28983-de-igualdad-de-oportunidades-entre-mujeres-y-hombres-periodo-2021

MINSA (2019). Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer (CEM) y los Establecimientos de Salud (EESS.) para la atención a las víctimas de violencia. Versión amigable. http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4881.pdf

Moreno-Garrido, Z. (2019). Percepción de violencia obstétrica en pacientes atendidas en un Hospital Docente de Lima - Perú, 2018. Revista Internacional de Salud Materno Fetal, 4. http://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/125

OECD (2022). Brechas de género en el Perú: Una comparación internacional y subnacional. En Igualdad

de género en el Perú: Hacia una mejor distribución del trabajo remunerado y no remunerado. OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/554ac7c8-es.

OMS (1996). Cuidado en el parto normal. Una guía práctica. Departamento de Investigación y salud sexual reproductiva.

Pereira, C.; Domínguez, A.; y Toro, J. (2015). Violencia obstétrica desde la perspectiva de la paciente. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 75(2), 81-90.

PROMSEX y Movimiento Manuela Ramos (2022). Encuesta Nacional Urbano-Rural: Sexualidad, Reproducción y Desigualdades de Género. https://promsex.org/wp-content/uploads/2023/03/Sexualidad-reproduccion-y-desigualdad-de-genero-Encuesta-2022.pdf

PROMSEX (2021). Informe Anual: Situación de los Derechos Humanos de las personas LGBTI. https://promsex.org/publicaciones/informe-anual-2021-situacion-de-los-derechos-humanos-de-las-personas-lgbti/

Quattrocchi, P. (2018). Violencia Obstétrica. Aportes desde América Latina. Revista Gênero & Direito, 7(01), 20-46. https://doi.org/10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n1.38974

Romaní, L.; Ladera, K.; y Quiñones, M. (2021). Factores asociados a la no utilización de servicios de salud en personas LGBTI de Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 38 (2), abril - junio de 2021. https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.382.6149

Saldivia, L. (2010). Reexaminando la construcción binaria de la sexualidad. En Alegre, M. et al. Derecho y sexualidades. Seminario en Latinoamérica de Teoría Constitucional y Política (SELA 2009) (pp. 98-119). Buenos Aires.

Salinero, S. y Cárdenas, M. (2021). Violencia ginecológica y silencio al interior del Modelo Médico en Chile. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela, 81 (3), pp. 226-238. https://doi.org/10.51288/00810306

Távara, L. (2022). Violencia contra la mujer en el entorno de la atención obstétrica. Revista Peruana de Ginecología Obstétrica, 68(4), 1-4. https://doi.org/10.31403/rpgo.v68i2469

Tubino, F. (2009). No una sino muchas ciudadanías: una reflexión desde el Perú y América Latina. Revista Electrónica Construyendo Nuestra Interculturalidad, 6(10), pp. 170-180. https://www.redalyc.org/pdf/552/55261010.pdf

UNICEF (2013). Superando el adultocentrismo (Cuadernillo N°4). https://www.imageneseducativas.com/wp-content/uploads/2019/02/Superando-el-Adultocentrismo.pdf

Vela Coral, G. (2015). Percepción de la paciente sobre la atención del parto humanizado en el Servicio de Centro Obstétrico del Instituto Nacional Materno Perinatal durante el periodo marzo-abril de 2015. https://cybertesis.un-msm.edu.pe/handle/20.500.12672/42787

Wayka (2022). La violencia obstétrica sigue invisible ante la ley. https://wayka.pe/la-violencia-obstetrica-sigue-invisible-ante-la-ley/

Zelada, C. (2018). Cuerpxs indisciplinadxs: hacia una mirada cuir (queer) (cuy-r) de la regulación jurídica de las sexualidades disidentes. En R. Farfán, S. Mariani, & C. O'Neill (eds.). Repensando las reglas de juego: caminos para evitar el colapso institucional y social. Universidad del Pacífico, Fondo Editorial.

FLORA TRISTÁN
CENTRO DE LA MUJER PERUANA

Manuela Ramos
Caminando por la igualdad

ISBN: 978-9972-763-72-4

medicusmundi
gipuzkoa

EMBAJADA DE ESPAÑA EN PERÚ
Cooperación Española

medicusmundi
álava • araba