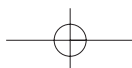
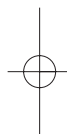
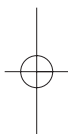
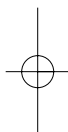




Los consensos de El Cairo
**Monitoreo como práctica
ciudadana de las mujeres**





© Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
Parque Hernán Velarde N° 42
Lima 01 – Perú
T: (51 1) 433 1457 – 433 9060
F: (51 1) 433 9500
E-mail: postmast@flora.org.pe
<http://www.flora.org.pe>

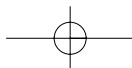
© Movimiento Manuela Ramos
Av. Juan Pablo Fernandini 1550
Lima 21 – Perú
T: (51 1) 423 8840
F: (51 1) 332 1280
E-mail: postmast@manuela.org.pe
<http://www.manuela.org.pe>

© Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC
Simón Bolívar 3798 Ñuñoa
Santiago - Chile
T: (56-2) 2237077
F: (56 -2) 2231066
E-mail: secretaria@reddesalud.org
<http://www.reddesalud.org>

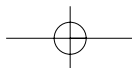
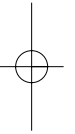
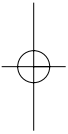
Equipo responsable: Ma. Jennie Dador Tozzini, Rossina Guerrero Vásquez, Nidia Sánchez Guerrero
Corrección de estilo y cuidado de edición: Amelia Villanueva Ramirez
Diseño y diagramación: Julissa Soriano Nunja
Fotografía: Archivo Movimiento Manuela Ramos
Impresión: R&R Artes Gráficas Asociados S.A.C.

Primera edición, noviembre 2003
Depósito Legal N° 1501162003 - 6424
ISBN N° 9972 - 763 - 26 - 9

Esta publicación cuenta con el auspicio del Fondo de Población de las Naciones Unidas - Nueva York, a través de su proyecto Seguimiento de la Implementación del Programa de Acción de la CIPD en siete países de la región: Brasil, Chile, Colombia, México, Nicaragua, Perú y Surinam, como iniciativa promovida por la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC (<http://www.koalaweb.cl/reddesalud/sitio/pagina.asp?p=10>).



5	Presentación El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres.
9	1. Violencia sexual contra las niñas. Ma. Jennie Dador Tozzini Tratamiento normativo nacional. Desarrollo de capacidades institucionales.
19	2. Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción. Fiorella Benavente Minaya / Ma. Jennie Dador Tozzini Tratamiento normativo nacional. Programas de salud y educación.
33	3. Participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión. Lisbeth Guillén Chávez Tratamiento normativo nacional. Desarrollo de capacidades institucionales. Estrategias sectoriales.
45	4. Acceso de las(os) adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva. María Raguz Zavala Tratamiento normativo nacional y programas con impacto en la salud sexual y reproductiva adolescente. Generación de opinión y capacitación desde el Estado. Realidades. Reflexiones.
61	5. Calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva. Ana Gúezmes García Tratamiento normativo nacional. Proceso de implementación y capacidad institucional. Recursos económicos. Resultados obtenidos. El impacto. Reflexiones.
79	6. Prevención y atención integral a personas afectadas por el VIH/SIDA. Ana Gúezmes García Tratamiento normativo nacional. Proceso y respuesta institucional. Recursos asignados. Resultados. Del impacto de las políticas. Reflexiones.
93	7. Acceso a la información pública. Ricardo Corcuera Molina Derecho de acceso a la información. Problemas en el acceso a la información. Conclusiones.



El monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres

La Vigilancia Social incluye el derecho a la participación ciudadana y la obligación de rendir cuentas por parte del Estado. Ambos son elementos cruciales desde un enfoque de derechos.

La vigilancia social es el derecho y la capacidad que como sociedad civil tenemos de intervenir en la gestión pública, orientando las acciones y los gastos estatales y públicos no-estatales en dirección a los intereses de la colectividad. Los mecanismos e iniciativas de vigilancia social son, al mismo tiempo, resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación de la democracia. Es de gran importancia en la

configuración de una política de respeto, protección y cumplimiento integral de los Derechos Humanos, en tanto la existencia de una ciudadanía activa va a depender de una mayor y mejor información de las personas acerca del cumplimiento de sus derechos y el manejo de la cosa pública. La doctrina de los Derechos Humanos le concede una importancia central al tema de la exigibilidad para que estos derechos no se limiten a una existencia ética y formal: la exigibilidad va a presuponer una ciudadanía con capacidad para reflexionar sobre sus necesidades, intereses y sus relaciones interpersonales y sociales, y una ciudadanía que accede a los canales administrativos, civiles y penales cuando sus derechos son vulnerados.

La realización de los derechos de las personas dependerá no sólo de su exigibilidad judicial, sino también de una debida y garantizada vigilancia sobre su promoción y cumplimiento; esta vigilancia se debe dirigir al ámbito de la aprobación y aplicación de las leyes y al seguimiento del respeto de los Derechos Humanos en el contexto mismo de las relaciones sociales. Ante ello, nos encontramos con el hecho de que la observancia de los Derechos Humanos exige una coordinación social, ya que el cumplimiento de los derechos específicos tiene como condición la existencia de los derechos generales y viceversa. Para ello, la vigilancia social puede contribuir a transformar cada incumplimiento de un hecho social y particular en un acto público; de este modo, la vigilancia de los derechos puede contribuir a fortalecer el proceso de integración social y democratización del país.

La vigilancia del cumplimiento de los Derechos Humanos debe constituir una actividad cotidiana y permanente en la sociedad civil y en las instituciones. Por ello, las redes sociales e institucionales se convierten en un mecanismo idóneo para la coordinación de la acción social de todos aquellos grupos y sectores que participan en el ejercicio del control social y la articulación de los diferentes derechos específicos.

Es en este sentido que la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, participa en el seguimiento de la implementación del Programa de Acción (PA) aprobado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD, por las Naciones Unidas en 1994 y que se llevó a cabo en El Cairo, Egipto. Para ello, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, FNUAP, ha llevado a cabo desde 1996 el Proyecto de Seguimiento de la Implementación del Programa de Acción de la CIPD en cinco países de la región: Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú. Posteriormente se incorporaron México y Surinam.

Para poder realizar este monitoreo, nos juntamos un grupo de organizaciones feministas, en conjunto con la RSMLAC, y a través de un

largo proceso hemos construido y consensuado de manera regional la Base de Datos Atenea, que contiene más de ciento ochentidós indicadores de proceso, resultado e impacto, sin olvidar los de contexto y la transparencia para el acceso a la información que son transversales a cada uno de los ejes tomados como prioridad.

El monitoreo, materia de investigación de este documento, se ha realizado precisamente sobre la base de parámetros determinados y la aplicación de indicadores relacionados con aspectos considerados clave para el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en tratados y conferencias internacionales. Para ello se definieron siete ejes temáticos a ser monitoreados:

- Violencia sexual contra las niñas.
- Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción.
- Participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión.
- Acceso de las(os) adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva.
- Calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Atención humanizada del aborto inseguro.
- Prevención y atención integral a personas afectadas por el VIH/SIDA.

Este estudio parte de la Base de Datos Atenea¹, alimentada por el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el Movimiento Manuela Ramos, instituciones feministas que trabajan de manera asociativa en este proyecto.

Atenea no pretende desarrollar una revisión exhaustiva de toda la información referida a los temas seleccionados. Complementa la información producida en el sistema de Naciones Unidas al partir de la elección de una serie de trazadores importantes desde la perspectiva feminista que permitan observar algunas tendencias en los ejes estudiados; y se sustenta principalmente en información oficial pública. Si bien existe un conjunto de investigaciones producidas por la sociedad civil, las instituciones promotoras se ratifican en el derecho de la ciudadanía a la información pública, y por tanto la ausencia de información pública estatal sobre determinados indicadores es un hallazgo importante del estudio.

¹ <http://www.ateneaproyecto.org/>

El Informe sobre Desarrollo Humano de 2000 señala que los indicadores pueden ser instrumentos para: (1) formular mejores políticas y vigilar los progresos realizados; (2) determinar los efectos no deseados de las leyes, políticas y prácticas; (3) determinar qué actores están influyendo en la realización de los derechos; (4) poner de relieve si los actores están (o no) cumpliendo con sus obligaciones; (5) advertir de antemano sobre posibles violaciones y poder adoptar medidas preventivas; (6) fortalecer el consenso social referente a decisiones difíciles que deban adoptarse frente a la limitación de recursos; y (7) sacar a la luz cuestiones que han sido desatendidas o silenciadasⁱⁱ

Se busca, adicionalmente, generar debate acerca de los resultados; promover el desarrollo de información pública y estudios que permitan llenar los vacíos de información, así como el aumento de transparencia pública y rendición de cuentas como un derecho de la ciudadanía, ya que se evidencia a lo largo de todos los ejes la problemática que existe en nuestro país cuando se trata de obtener información pública para abordar temas como los seleccionados.

El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán y el Movimiento Manuela Ramos pone a su disposición no sólo esta publicación nacional sino toda la información regional contenida en la página web de Atenea (www.ateneaproyecto.org/), que es el resultado del compromiso y trabajo de las organizaciones feministas de nuestra región: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos (Brasil); Casa de la Mujer (Colombia); Foro-Red de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Chile); APIS, Asesores para el avance social, Centro Mujeres y Red de mujeres pro derechos de educación y salud México; SI MUJER (Nicaragua); Centro de la Mujer Peruana Flora Tristánⁱⁱⁱ y Movimiento Manuela Ramos^{iv} (Perú); y Pro Health (Surinam).

Equipo responsable
Base de Datos Atenea-Perú

ⁱⁱ Informe Anual sobre el Desarrollo 2000, supra nota 1, pág 89.ⁱⁱ

ⁱⁱⁱ <http://www.flora.org.pe>

^{iv} <http://www.manuela.org.pe>

Violencia
sexual
contra
las niñas



Violencia sexual contra las niñas

Por: Ma. Jennie Dador Tozzini

El numeral 18 de la Declaración y Programa de Acción de Viena reconoce que la violencia y todas las formas de explotación sexual son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana, y deben ser eliminadas. Asimismo, sostiene que el problema de la violencia de género constituye una violación de los derechos humanos, porque atenta contra la identidad de la persona puesto que reproduce la subordinación de la mujer al varón, distorsionando su calidad de ser humano.

En los últimos años, los países latinoamericanos han puesto especial énfasis en la adopción e implementación de garantías jurídicas e institucionales dirigidas a erradicar la violencia de género. El Perú se encuentra entre los primeros países que formularon innovaciones en el plano legislativo para garantizar el derecho de las niñas a una vida libre de violencia, sea en el contexto de las relaciones familiares como de las públicas; estas innovaciones se dieron sobre la base de estándares internacionales mínimos, cuya finalidad era medir el desempeño del Estado frente a la problemática de la violencia de género, los mismos que se encuentran respaldados por instrumentos internacionales que vinculan jurídicamente a nuestro país y cuya elaboración fuera propiciada por los consensos mundiales y regionales alcanzados en la última década.

En este marco, el Perú ha ratificado cuatro Convenciones de suma importancia para la protección de los derechos de las mujeres y las niñas: la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer y su Protocolo Facultativo, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño y recientemente el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas, especialmente mujeres y niños.

De esta manera, si el Estado peruano no toma las medidas adecuadas para prevenir la violación y castigar al responsable, cualquier niña o mujer cuyos

derechos han sido violados por un miembro de su familia u otra persona, tendría la facultad de denunciar y pedir una compensación del Estado a través de algún procedimiento del sistema de derechos humanos.

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL

La Constitución Política de 1993 reconoce, en sus artículos 1º y 2º incisos 1) y 24) literal h), el derecho a la vida, a la integridad, al libre desarrollo de la personalidad así como a no ser víctima de violencia física o psíquica, ni a ser sometido a tratos inhumanos o humillantes.

A partir de la dación del Código Penal de 1991, la violación sexual se considera como un delito contra la libertad sexual, y pueden ser sujetos pasivos, los hombres y las mujeres. Además, se reconoce que la violación sexual dentro del matrimonio constituye también un delito.

Respecto al bien jurídico tutelado, el Informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre la Condición de la Mujer en las Américas, en su punto cinco, "...insta a los Estados a que ...se clasifique los delitos sexuales –hasta ahora incluidos como delitos contra la honestidad y buenas costumbres– dentro de la categoría de delitos contra la integridad personal, libertad y privacidad...". La recomendación obedece a que en algunos países de la región –como Argentina: delito contra la honestidad; Brasil: contra las costumbres; Chile: crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y contra la moralidad pública–, aún subsiste este criterio, no siendo el caso de Perú.

Bien jurídico protegido en los delitos de violación

Brasil	Crímenes y simples delitos contra el orden de las familias y la moralidad pública.
Chile	Crímenes y simples delitos.
Colombia	Atentados contra la libertad, la integridad y la formación sexuales.
México	Baja California Sur: contra la libertad sexual. Yucatán: contra la integridad física y psíquica. Distrito Federal: contra la libertad sexual y el normal desarrollo psicosexual.
Nicaragua	Contra la integridad física y psíquica.
Perú	Delitos contra la libertad sexual.
Surinam	Crímen contra la integridad física y psicológica.

Fuente: Base de Datos Atenea. Elaboración propia.

El delito de violación se configura mediante la práctica del acto sexual u otro análogo, lo que jurisprudencialmente ha sido entendido como penetración vaginal o anal.

La violación sexual se configura por:

Brasil	Sólo penetración vaginal.
Chile	Cualquier tipo de penetración. A partir de 1999.
Colombia	Cualquier tipo de penetración. A partir de 2000.
México	Cualquier tipo de penetración.
Nicaragua	Cualquier tipo de penetración.
Perú	Penetración vaginal o anal.
Surinam	Sólo penetración vaginal.

Fuente: Base de Datos Atenea. Elaboración propia.

Desde el año 2002 se ha presentado al Congreso de la República una serie de propuestas legislativas para modificar el Código Penal, estableciendo que el delito de violación sexual se configura con toda penetración, anal, bucal, vaginal o inserción de dedos u objetos en la vagina o recto de la víctima¹.

Con la aprobación de la Ley 26770, en abril de 1997, se derogó parcialmente el artículo 178º del Código Penal, que otorgaba al violador y a los coautores la posibilidad de ser eximidos de la pena correspondiente si uno de ellos se casaba con la víctima. Este dispositivo constituía un resabio de la legislación penal de 1924, que estipulaba que la violación sexual era un atentado contra el honor y las buenas costumbres, por lo que la mejor forma de resarcirlo era casar a la doncella amancebada con el violador.

El procedimiento para acceder a la justicia frente a la comisión de un delito contra la libertad sexual quedó establecido en el Código de Procedimientos Penales de 1940, mediante el ejercicio privado de la acción penal. El 15 de mayo de 1999 se promulgó la Ley 27115, que derogó las disposiciones que establecían que en los casos de violación sexual a personas mayores de 14 años, el ejercicio de la acción penal era privada, desde entonces el ejercicio de la acción penal es pública para todos los delitos contra la libertad sexual.

La legislación penal considera a las personas menores de 14 años sujetos de especial protección, incluso en aquellos casos en los que hubieran consentido en tener la relación sexual, su manifestación se considera no válida.

Subsiste en la norma penal –artículo 173º–, una valoración diferenciada del bien jurídico protegido –libertad sexual–, atendiendo a la edad de la víctima. De esta forma se han establecido tres segmentos de protección etárea: cuando la violación se comete en agravio de menores de siete años, si se trata de víctimas comprendidas entre diez y siete años, y cuando se trata de

¹Proyecto 4228 de la congresista Fabiola Morales; Proyecto 5624 de la congresista Judith de la Matta; Proyecto 5906 del congresista José Taco Llave; Proyecto 6677 de la congresista Mercedes Cabanillas; Proyecto 7400 del congresista Alcides Chamorro; y Proyecto 7608 de la congresista Dora Nuñez, entre otros.

14 . Los consensos de El Cairo **Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres**

menores comprendidos entre catorce y diez años. La relación resultante es directamente proporcional: a medida que la edad de la víctima aumenta, la desprotección también aumenta.

Sanción del delito de violación sexual diferenciada por rangos de edad

Categorías	Código Penal de 1991	Decreto Legislativo 896/897 (24 y 25.05.98)	Ley 27472 (05.06.01)	Ley 27507 (12.07.01)
Menos de 7 años.	De 20 a 25 años.	Cadena perpetua.	De 20 a 25 años.	Cadena perpetua.
De 7 a 10 años.	De 15 a 20 años.	De 25 a 30 años.	De 15 a 20 años.	De 25 a 30 años.
De 10 a 14 años.	De 10 a 15 años.	De 20 a 25 años.	De 10 a 15 años.	De 20 a 25 años.
Muerte o lesión grave de víctimas comprendidas entre los 7 y 14 años.		Cadena perpetua.	Cadena perpetua y de 25 a 30 años por lesión grave.	Cadena perpetua.

Fuente: Normas legales. Elaboración propia.

Esta discriminación entre las víctimas de un mismo hecho delictuoso –un ataque sexual no consentido– se sostiene en el arraigado prejuicio social que a medida que las mujeres vamos creciendo y dejamos de ser doncellas, vamos igualmente perdiendo nuestro valor de intercambio y por tanto de protección. En adelante, la justicia nos convierte en sospechosas, en provocadoras e incluso en seductoras de nuestros propios violadores.

La diferenciación en grupos etáreos no obedece a un criterio objetivo, pues sólo se utiliza para los delitos contra la libertad sexual; por ejemplo, la pena no se agrava por robar o asesinar a un niño en comparación con un adulto. Esta norma contraviene lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, cuyo rango de protección se extiende hasta los 18 años.

Sanción del delito de violación sexual diferenciada por rangos de edad

Brasil	Penaliza de manera diferenciada: crímenes contra menores de 14 años y entre 14 y 18 años.
Chile	Penaliza de manera diferenciada: niñas menores de 12 años y mayores de 12 años.
Colombia	Penaliza de manera diferenciada: acceso carnal con menor de 14 años, agravada cuando el menor tiene menos de 12 años.
México	Penaliza de manera diferenciada: se agrava la pena en caso de corrupción de menores de 16 años.
Nicaragua	Penaliza de manera diferenciada.
Perú	Penaliza de manera diferenciada: menores de 7 años; menores entre 10 y 7 años; menores entre 10 y 14 años; mayores de 14 años.
Surinam	Penaliza de manera diferenciada.

Fuente: Base de Datos Atenea. Elaboración propia.

En nuestro ordenamiento jurídico existe la legislación que sanciona la explotación sexual y la trata de niñas y adolescentes: así, en los artículos 179º, 181º y 182º del Código Penal, se recogen los delitos tipificados como favorecimiento a la prostitución, proxenetismo y trata de personas, respectivamente.

La Ley 27055, del 24 de enero de 1999, modifica diversos artículos del Código de los Niños y Adolescentes y del Código de Procedimientos Penales, referidos a la humanización del trato a las víctimas de violencia sexual:

- Debe ordenarse la evaluación clínica y psicológica de la víctima, para ello podrá recurrirse al Instituto de Medicina Legal, a los establecimientos de salud del Estado y a los centros de salud autorizados. Estos certificados tienen valor probatorio y su expedición y consulta son gratuitas.
- La facultad de rendir la declaración preventiva, salvo mandato del juez, solicitud del Ministerio Público o del encausado.
- La confrontación entre la víctima y el presunto violador sólo procederá si la víctima fuese mayor de 14 años de edad, si fuese menor sólo procederá a solicitud de la víctima.

Instancias judiciales de protección

No existen instancias especializadas para atender los casos de violación sexual contra niñas(os) y adolescentes. Todos los delitos sexuales, inclusive la violación sexual, son de competencia de la Justicia Penal Ordinaria. Las Fiscalías y Juzgados de Familia sólo tienen competencia para conocer de estos casos cuando el infractor es un niño o adolescente. Sin embargo, la Fiscalía de Familia está obligada a intervenir de oficio y desde la etapa policial, bajo sanción de nulidad, siempre que las víctimas de violencia sexual sean niñas(os) y adolescentes.

El Estado está obligado a brindar a través del Ministerio de Justicia, asistencia legal gratuita –DS 005-99-JUS del 09.04.99, Reglamento de la Ley del Servicio Nacional de la Defensa de Oficio–. Este servicio también es cubierto en parte por los Centros de Emergencia Mujer del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

En cuanto a la normatividad en el campo de salud, que regule la atención integral de niñas(os) víctimas de violación sexual, no existe ni ha existido anteriormente. A nivel del Ministerio de Salud se promulgó mediante Resolución Ministerial N° 455-2001-SA/DM, un Manual de Normas y procedimientos para la Prevención y Atención de la Violencia Familiar y el Maltrato Infantil; sin embargo, éste no contempla el caso de violencia

sexual. Tampoco existen normas y/o protocolos desde la perspectiva de género para la atención de niñas(os) víctimas de violencia sexual en los servicios de urgencia y/o atención primaria, en el sistema público de salud.

DESARROLLO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES

Adecuación curricular

El tema de violencia sexual contra las niñas(os), de acuerdo con los consensos internacionales y desde la perspectiva de género, no está incluido en el currículo preescolar, primaria ni secundaria de educación pública. Asimismo, no se están ejecutando programas gubernamentales de educación no formal, orientados a niñas(os), que incluyen el tema violencia sexual de acuerdo con los consensos internacionales y desde la perspectiva de género.

Ni el personal de salud de atención primaria y de servicios de urgencia, ni el personal de la administración de justicia está capacitado, desde una perspectiva de género, para acoger, tratar y referir a niñas víctimas de la violencia sexual.

Sin embargo, en el caso de los(as) operadores(as) de justicia, la capacitación se realiza a través del trabajo sostenido de algunas organizaciones no gubernamentales.

Sistema de registro

En la Policía Nacional existe un sistema de registro muy débil y descoordinado. En el caso de violencia sexual hacia niños y niñas, la policía no registra esta información según sexo ni edad. De este modo, el término "niños" indica para la policía niño y niña.

El Ministerio del Interior, a través de las trece Regiones Policiales existentes a nivel nacional, mantiene un registro incipiente de los casos de violencia entre los que se incluye el de violencia sexual; en el caso de la violencia sexual hacia niños y niñas, la policía no registra esta información según sexo ni edad. Tampoco se observa integración de los datos a nivel nacional.

También se registran datos a través del Ministerio Público, el que pone al servicio de la ciudadanía información médico legal estadística de todas las Fiscalías de los Distritos Judiciales, siendo administrados por la Gerencia de Planificación y Estadística.

Información de las 13 regiones policiales PNP sobre violencia sexual

Región / Tema	Período	Número de denuncias por violencia sexual en niñas hasta los 12 años	Total de casos de denuncia en niñas y niños hasta los 12 años	Total de denuncias por violencia sexual perpetrada por un familiar cercano	Sistema de registro con cobertura nacional
II Región	Enero - agosto 2000	178	No menciona	45	NO
III Región	Año 2000	81	68	12	NO
	Enero - mayo 2001	36	30	04	NO
VI Región	Enero - mayo 2001	38	No menciona	32	NO
VII Región	Enero - junio 2001	12	12	13	NO
IX Región	Enero - agosto 2001	48	54	9	NO
XII Región	Enero - junio 2001	03	26	---	NO
IV Región	Año 2000	32	No menciona	12	NO
	Enero - junio 2001	9	No Menciona	4	NO

Fuente: Base de Datos Atenea. Elaboración: Nidia Sánchez.

El servicio de Obstetricia y Sexología Forense del Instituto de Medicina Legal, para el año 2000 registró 11,345 atenciones por violación de la libertad sexual. De este total, 1,050 corresponde a varones y 2,673 a mujeres víctimas de violencia sexual. Es decir, que por cada niña violada habrían 0.392 niños.

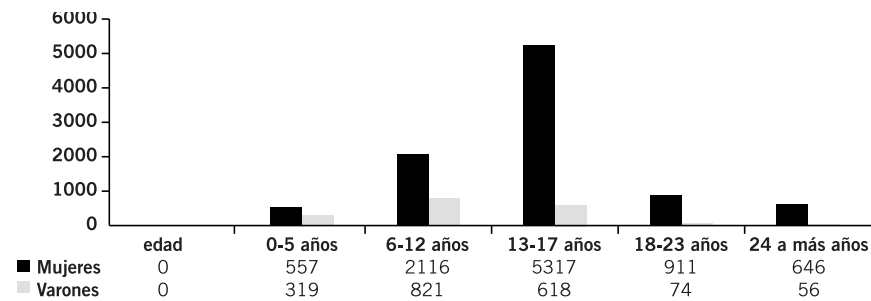
Instituto de Medicina Legal Servicios de Obstetricia y Sexología Forense - Año 2000

Violación de la libertad sexual

Edad	Femenino	Masculino
0-5 años	557	229
6-12 años	2,116	821
13-17 años	5,317	618
18-23 años	911	74
24 a más años	646	56
	9,547	1,798

Fuente: Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. Anuario Estadístico 2000. Gerencia Central de Recursos Económicos. Gerencia de Planificación y Estadística. Lima, 2001. 177p.

Violación de la libertad sexual



Fuente: Ministerio Público. Fiscalía de la Nación. Anuario Estadístico 2000. Gerencia Central de Recursos Económicos. Gerencia de Planificación y Estadística. Lima, 2001. 177p. Elaboración: Base de Datos Atenea.

Los Centros de Emergencia Mujer

En cuanto a la prestación de servicios de atención a víctimas, mediante Resolución 216-99-PROMUDEH, de fecha 5 de julio de 1999, se autoriza el funcionamiento del módulo piloto de atención contra la violencia familiar "Emergencia Mujer". Posteriormente se incluyó la atención a las víctimas de violencia sexual.

En estos módulos deben estar presentes los representantes de la Comisaría, el Instituto de Medicina Legal, la Fiscalía de Familia, el Ministerio de Justicia –con sus servicios de conciliación y asesoría legal en familia–, el Ministerio de Salud a cargo del servicio psicológico, y el MIMDES con la asesoría y defensa legal. Sin embargo, de los 36 módulos que actualmente funcionan a nivel nacional, no se ha alcanzado la cobertura y sólo unos cuantos ofrecen todo el circuito de autoridades completo, dejando desprotegidas a las mujeres de las zonas rurales.

Víctimas registradas por el programa de Violencia Familiar y Sexual del MIMDES, por violencia física por edad de la víctima y por departamentos (2002)

Departamento	Centros Emergencia Mujer	Mujeres	
		Menores de 5 años	De 6 a 11 años
Ancash	Casma	2	3
Apurímac	San Jerónimo	5	7
Apurímac	Chincheros	5	5
Arequipa	Arequipa	1	5
Ayacucho	Huanta		3
Ayacucho	Ayacucho	1	3
Cajamarca	Cajamarca	1	11
Cerro de Pasco	Oxapampa	4	22
Cusco	Cusco	6	5
Cusco	Sicuani	1	6
Huanuco	Huanuco	1	8
Ica	Ica	3	19
Junín	Huancayo	7	10
Junín	Jauja	3	3
La Libertad	Trujillo	4	15
Lambayeque	Chiclayo	1	3
Lambayeque	Lambayeque		5
Lima	Villa El Salvador	25	21
Lima	San Juan de Lurigancho	10	16
Lima	Ventanilla	6	13
Lima	Barranco	8	16
Lima	Huacho	8	20
Lima	Pamplona	9	13
Lima	Comas	1	2
Lima	Lima	2	10
Lima	Callao	5	3
Lima	San Luis	2	6
Loreto	Iquitos	3	10
Moquegua	Moquegua	1	5
Piura	Piura	2	10
Piura	Chulucanas	11	17
Puno	Puno	4	9
Puno	Juliaca	3	23
San Martín	Tarapoto	4	17
Tacna	Tacna		8
Ucayali	Pucallpa	4	5
		153	357

Fuente: MIMDES, Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual. Lima, 2003.

Responsabilidad
masculina en
sexualidad
y reproducción



Responsabilidad masculina en sexualidad y reproducción

Por: Fiorella Benavente Minaya y Ma. Jennie Dador Tozzini

Es preciso que mujeres y hombres participen e intervengan por igual en la vida productiva y reproductiva, incluida la división de responsabilidades en cuanto a la crianza de los hijos(as) y al mantenimiento del hogar. En todo el mundo, la mujer ve en peligro su vida, salud y su bienestar porque está sobrecargada de trabajo y carece de poder e influencia¹.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, en el artículo 16º inciso d), establece la obligación de los Estados partes de adoptar todas las medidas que aseguren entre hombres y mujeres los mismos derechos y responsabilidades como progenitores, cualquiera sea su estado civil, en materias relacionadas con sus hijos(as). En todos los casos, los intereses de los(as) hijos(as) serán de consideración primordial.

La Convención de los Derechos del Niño establece en el artículo 18º que los Estados partes pondrán el máximo de empeño en garantizar el reconocimiento del principio de que ambos padres tienen obligaciones comunes en lo que respecta a la crianza y el desarrollo del niño(a).

El Convenio 156 de la OIT, sobre Igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras: trabajadores con responsabilidades familiares, fue aprobado por el Congreso peruano mediante la Ley 24508 del 29 de mayo de 1986, con las siguientes reservas:

1. Reserva al párrafo 18 de la Recomendación 165, porque actualmente no es aplicable a nuestra realidad: "Debería concederse especial atención a las medidas generales para mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de vida de trabajo, incluyendo medidas destinadas a: a) Reducir progresivamente la duración de la jornada de trabajo y reducir las horas

¹ Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, 1994, El Cairo. Párrafo 4.1.



extraordinarias; b) introducir más flexibilidad en los horarios de trabajo, períodos de descanso y vacaciones...”.

2. Reserva al párrafo 22 de la Recomendación 165, subpárrafo 1 en lo que se refiere al padre, porque no se adecua a la realidad socioeconómica del Perú: “Durante un período inmediatamente posterior a la licencia de maternidad, la madre o el padre deberían tener la posibilidad de obtener una licencia (licencia parental) sin perder su empleo y conservando los derechos que se derivan de él”.
3. Reserva al párrafo 23 de la Recomendación 165, subpárrafo 2, porque la realidad del país no lo permite: “Un trabajador con responsabilidades familiares debería tener la posibilidad de obtener un permiso en caso de enfermedad de otro miembro de su familia directa que necesite su cuidado o sostén”.

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL

La legislación nacional reconoce, de manera tácita, el derecho de mujeres y hombres a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad y reproducción.

Mediante Decreto Legislativo N° 346, en el año 1985 se promulgó la Ley de Política Nacional de Población, que recoge en su articulado la obligación del Estado de promover y asegurar el derecho de las personas y parejas a tomar decisiones libres y responsables sobre el número y espaciamiento de los nacimientos. Del mismo modo, el artículo 6° de la Constitución Política de 1993 reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir sobre planificación familiar. Si bien en ambos casos se reconoce el derecho individual a tomar decisiones sobre la reproducción, se señala también de manera expresa que son derechos de la pareja y la familia, respectivamente, lo que dada la construcción de las relaciones de género en la familia peruana, equivale a reconocer que quien decidirá será en la mayoría de los casos el marido; es más, la familia como institución colectiva no tiene derechos sino que éstos corresponden a cada uno de sus integrantes.

Respecto a los países de la región, el reconocimiento de los derechos reproductivos como derechos individuales está en proceso de incorporación en la legislación interna o en el sentido jurisprudencial, lo que ha generado más de una controversia judicial, pues los hombres habían asumido que tenían derechos sobre el cuerpo de sus compañeras.

La Ley General de Salud, Ley 26842, reconoce también la obligación del Estado de asegurar el respeto al derecho del hombre y de la mujer, a obtener información sobre todos los métodos anticonceptivos, acceder a una amplia gama de ellos y a recibir atención de calidad. Respecto de la toma de decisiones, se señala que toda persona usuaria tiene derecho a decidir sobre su tratamiento o atención en salud. Mediante Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM, el Ministerio de Salud aprueba las normas relacionadas con la aplicación del Programa de Planificación Familiar.

No se puede desconocer la existencia de normatividad que reconoce el derecho de hombres y mujeres a tomar decisiones sobre planificación familiar; sin embargo, no existe legislación que reconozca explícitamente el derecho de mujeres y hombres a tomar decisiones libres e informadas sobre su sexualidad.

En cuanto a la igualdad de derechos y obligaciones de madres y padres en la crianza y desarrollo de hijas e hijos, podemos mencionar que la Constitución Política de 1993, en su artículo 6° señala que todos los hijos(as), sean matrimoniales o extramatrimoniales, tienen iguales derechos y deberes; estableciéndose la prohibición de mencionar el estado civil de los padres y la naturaleza de la filiación en los Registros Civiles y en cualquier otro documento de identidad. Del mismo modo, el Código Civil de 1984 reconoce que todos los hijos(as) tienen iguales derechos. Sin embargo, el artículo 37° del DS 015-98 establece que "cuando el reconocimiento del hijo extramatrimonial lo hiciera el padre o la madre por separado, no podrá revelar el nombre de la persona con quien hubiera tenido el hijo. El registrador queda impedido de inscribir cualquier indicación al respecto, bajo responsabilidad. De incumplirse esta disposición, la información consignada se tendrá como no puesta y será suprimida a pedido de parte". Este tipo de reglamentaciones evidencia que existe en la cabeza de los legisladores un modelo de familia, de maternidad, de paternidad, de comportamiento sexual determinado; de tal forma que se sanciona no sólo la transgresión del modelo de virtud, entendiendo que el matrimonio es el lugar ideal para la procreación, sino incluso al hijo(a) producto de esa relación, ya que deberá llevar los dos apellidos de la madre, como si fuera su hermano.

En nuestra legislación no se establece el derecho de los hombres a gozar de licencias especiales en caso de posparto inmediato de la pareja, muerte de la madre o del recién nacido, enfermedad de las y los hijos y/o término de la licencia de maternidad; pese a que desde 1995 se viene discutiendo en el Congreso diversas iniciativas legislativas vinculadas al tema de trabajadores con responsabilidades familiares².

² El 15 de octubre de 2003, la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad envió al archivo los proyectos de ley 0036, 422 y 953 sobre licencia por paternidad. Anteriormente, el 2 de abril de 2003, se archivaron en la Comisión de Trabajo. (02.04.03)

El único caso es el Decreto de Alcaldía N° 0008014, del 24 de julio de 2000, expedido por la Municipalidad Provincial del Callao, que establece el derecho de sus trabajadores –casados y convivientes– a gozar de una licencia por paternidad de tres días hábiles de descanso remunerado, contados a partir del nacimiento de su hijo(a).

Licencias por paternidad

País	Posparto inmediato de la pareja	Muerte de la madre del recién nacido	Enfermedad de los hijos(as)	Terminar licencia por maternidad
Brasil	Sí reconoce la licencia por posparto inmediato de la pareja.	2002: sí reconoce a licencia por muerte de la madre o del recién nacido.	2002: sí hay licencia por enfermedad de los hijos(as).	2002: sí reconoce el derecho de terminar la licencia por maternidad.
Chile	Licencia especial de un día por motivo del nacimiento de un hijo(a)	2001: no hay licencias	2002: sí hay licencia por enfermedad de los hijos(as).	2002: no reconoce el derecho de terminar la licencia por maternidad.
Colombia	2002: no hay licencias.	2002: no hay licencias	No se registra el dato.	No se registra el dato.
México Baja California Sur	No se menciona dentro de los días de descanso, permisos y licencias especiales.	2002: no se menciona dentro de los días de descanso, permisos y licencias especiales.	2002: no se menciona dentro de los días de descanso, permisos y licencias especiales.	2002: no se menciona dentro de los días de descanso, permisos y licencias especiales.
México Oaxaca	No se ingresó información.	2002: sí hay licencias por muerte de la madre o del recién nacido.	2002: sí hay licencias por enfermedad de los hijos(as).	2002: no hay licencias.
México D.F.	No se ingresó información.	2002: sí hay licencias.	No hay licencias.	No hay licencias.
Nicaragua	2002: no se contempla en el Código Laboral del país.	No hay licencias.	No hay licencias.	No hay licencias.
Perú	No hay licencias.	No hay licencias.	No hay licencias.	No hay licencias.
Surinam	Sí reconoce el derecho a la licencia por posparto inmediato de la pareja..	2002: sí reconoce la licencia por muerte de la madre o del recién nacido.	2002: sí reconoce la licencia por enfermedad de los hijos(as).	2002: sí reconoce el derecho de terminar la licencia por maternidad.

Fuente: Base de Datos Atenea. Elaboración propia.

El incumplimiento de las obligaciones familiares por parte del padre sí está sancionado. El artículo 149° del Código Penal de 1991 reconoce el delito de la omisión de asistencia familiar, que se configura ante el incumplimiento de la obligación alimentaria establecida mediante sentencia y/o acuerdo extrajudicial de carácter vinculante.

La omisión de la obligación alimentaria afecta a miles de niños y niñas que sufren las consecuencias de la irresponsabilidad paterna, dificultando así su adecuado desarrollo. Si bien, ambos padres tienen el deber y derecho de alimentar, educar y dar seguridad a sus hijos(as), como lo establece la Constitución Política de 1993 en su artículo 6°, y el Código Civil en su artículo 287°, la discriminación contra las mujeres en materia de acceso al empleo e igualdad salarial hace que para ellas la obtención de ingresos económicos demande mayor esfuerzo y calificación. Esta situación se evidencia en los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares de 1997, en la que se observa que el ingreso medio de la mujer peruana representa alrededor de las tres cuartas partes (74,2%) del ingreso medio del hombre; aun cuando éstas cuenten con un nivel educativo igual o superior que los hombres, la retribución económica que reciben es menor, lo que las obliga a tener que superar a los hombres en calificación para recibir similar remuneración. En ese sentido, las condiciones laborales son mucho más exigentes y menos compensatorias para las mujeres.

**Perú: ingreso promedio mensual de la mujer y del hombre,
según área de residencia y región natural, 1997
(en nuevos soles)**

Área de residencia / región natural	Sexo			% de ingreso de la mujer respecto del ingreso del hombre (ingreso hombre=100)
	Total	Hombre	Mujer	
TOTAL	618	683	507	74,2
Urbana	678	767	537	70,0
Rural	303	318	262	82,4
Región natural				
Resto Costa 1/	509	559	398	71,2
Sierra	441	488	337	69,1
Selva	477	515	398	77,3
Lima Metropolitana	789	917	622	67,8

1/ Excluye a Lima Metropolitana.

Nota: El ingreso corresponde al ingreso percibido por el trabajo dependiente.

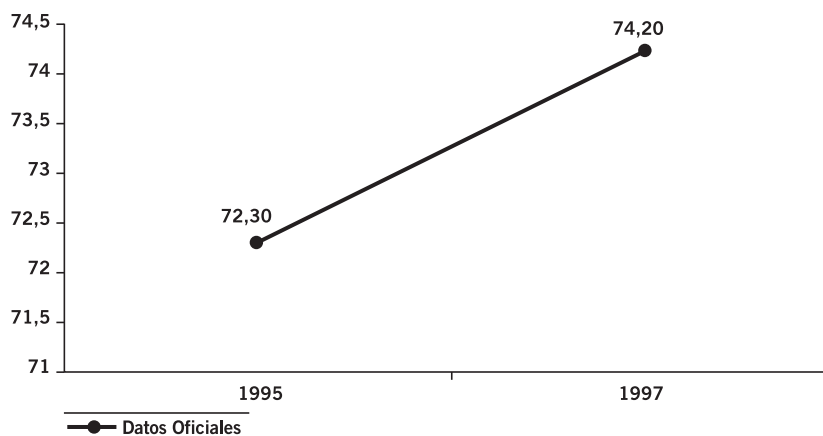
Elaboración: Género: Equidad y Disparidades: Proyecto: INEI-PROMUDEH.

Fuente: INEI - Encuesta Nacional de Hogares- IV trimestre de 1997.

Si además se considera que por la división sexual del trabajo la responsabilidad del cuidado de los hijos(as) recae fundamentalmente en las mujeres, de acuerdo con el artículo 291° del Código Civil, le correspondería al otro cónyuge la responsabilidad de provisión: "Si uno de los cónyuges se dedica exclusivamente al trabajo del hogar y al cuidado de los hijos, la obligación de sostener a la familia recae sobre el otro, sin perjuicio de la ayuda y colaboración que ambos cónyuges se deben en uno y otro campo". Con todo, no puede decirse que las mujeres se dedican únicamente a cuidar de los hijos(as), pese a las mayores exigencias que el mercado laboral requiere de ellas, la realidad demuestra que su contribución a la economía del hogar es significativa.

Contribución masculina al ingreso familiar en relación a la femenina

Indicador: Contribución masculina al ingreso familiar en relación a la femenina.



Subindicador: (Subindicador único para el indicador); (Perú. (Nivel nacional)) Tipo de valor: (Proporción)

Fuente: 1995: INEI-PNUD. Informe sobre el Desarrollo Humano del Perú. En: Perú: Informe Nacional sobre la implementación del Programa de Acción de El Cairo.

1997: INEI. Género, Equidad y disparidades. Encuesta Nacional de Hogares 1997.

En nuestro país, el incumplimiento de las obligaciones paternas alimentarias ha sido motivo para que en el Congreso de la República se presenten iniciativas legislativas incrementando las sanciones; sin embargo, la sobrecriminalización de este delito no hace que los directamente afectados logren cubrir satisfactoriamente sus necesidades.

Sobre este punto, hay quienes se han pronunciado a favor de destacar los derechos sobre los deberes, esto conduciría a elaborar estrategias de mejores

políticas salariales y laborales y más centros de atención infantil³, con lo que los hombres podrían asumir más responsabilidades. Ésta sería una de las ventajas de asumir la perspectiva de los derechos frente a la de los deberes⁴.

PROGRAMAS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Durante mucho tiempo los proyectos con perspectiva de género han estado centrados en las mujeres; el abordaje de las vivencias de los hombres y su reciente y paulatina inclusión obedece, en parte, a la comprobación de que el avance en los diferentes programas de desarrollo, en el campo de la salud y otros, es más lento si no se considera su participación.

Tradicionalmente, el diseño y la implementación de las políticas de población han estado dirigidas a las mujeres como responsables del comportamiento reproductivo y a los hombres sólo como un apoyo en la decisión de la anticoncepción.

Para el sector salud ni las necesidades ni los problemas de los hombres están incluidos en los programas de salud reproductiva. Tampoco existen protocolos que los incorporen en la atención de su pareja en la consulta prenatal y durante el parto, ni existen encuestas oficiales que nos permitan medir la fecundidad masculina, la ENDES sólo encuesta a las mujeres.

En cuanto a los servicios de salud sexual y reproductiva especiales para hombres, sólo existen algunas iniciativas de organizaciones no gubernamentales que han desarrollado este tipo de servicios a través de las clínicas para hombres, que brindan atención integral a las necesidades médico clínicas y personales de los hombres.

La masculinidad, entendida como el conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que socialmente se le atribuyen a los hombres como propias o naturales, marca las relaciones de género, imponiendo a los varones el deseo de dominación de las mujeres. Al coexistir varias formas de ser hombre en una misma sociedad, se puede hablar no de un modelo único de masculinidad sino de masculinidades.

Al tener entre sus principales mandatos la actividad sexual con diversas parejas y la continua demostración de virilidad y fuerza, la masculinidad

³ Sobre este tema, los proyectos de ley N° 42, 3255, 3633, 6076 y 6168 fueron dictaminados favorablemente en la Comisión de la Mujer y en la Comisión de Trabajo del Congreso de la República.

⁴ Artículo de Bonnie Shepard. El lado masculino de la Salud Sexual, tomado de http://www.kit.nl/ILS/exchange_content/html/2000_el_lado_masculino.asp.

hegemónica en el Perú contribuye enormemente a que los encuentros sexuales excluyan la responsabilidad de la procreación; quedando ésta relegada a las mujeres.

Es importante resaltar que los mandatos de la masculinidad hegemónica no se circunscriben al plano de la sexualidad sino que involucran todos los aspectos de la vida cotidiana; así, por ejemplo, las enfermedades adquiridas por hábitos de descuido como el exceso en el consumo de alcohol, tabaco, comida, la falta de ejercicio, o los accidentes producidos por exceso de velocidad, peleas o la no exteriorización de sentimientos y emociones, demuestran que éstos suponen para los hombres graves riesgos para su salud y su vida.

Esta idea no sólo forma parte de la mente de los varones, sino que se ha filtrado en el diseño de los servicios de salud sexual y reproductiva en el país. Gran número de los programas que desarrollan los establecimientos de salud están enfocados en los niños(as) y en consecuencia en las mujeres como madres y aquellos otros que tienen que ver con la reproducción, se dirigen unidireccionalmente a las mujeres. En una investigación de Population Council del año 1998, sobre el rol de los hombres en el cuidado de la salud, se reveló que el asistir a una consulta suele ser vivido por los varones como una confesión de debilidad⁵.

Sin embargo, los riesgos que los mandatos de la masculinidad hegemónica imponen en la vida y la salud de los hombres no traen sólo consecuencias para ellos, cosa similar ocurre con la femineidad hegemónica, que al tener como uno de sus principales valores la pasividad femenina, contribuye al desempoderamiento de las mujeres en las relaciones de género. Si para los varones asumir una vida sexual activa sin la responsabilidad de protegerse de las infecciones de transmisión sexual supone un riesgo grave para su salud, también lo supone para la salud y la vida de las mujeres, quienes siguiendo el mandato de "no tomar la iniciativa" "no pueden" o "no se atreven" a proponer el uso de preservativos por no romper con el deber ser de la conducta femenina. Así, la femineidad al igual que la masculinidad hegemónica llevan a hombres y mujeres a asumir conductas riesgosas.

A propósito de la ausencia de los varones en los servicios de salud sexual y reproductiva, se ha criticado el error de concebirlas como agentes de riesgo hacia otros hombres y mujeres y no como sujetos de derechos sexuales y reproductivos y la consecuente orientación exclusiva de los servicios de salud hacia las mujeres⁶.

⁵ Anderson, Jeanine. Tendiendo Puentes. Calidad de Atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Movimiento Manuela Ramos, 2001.

⁶ Díaz Picasso, Margarita. Masculinidad y Derechos Sexuales, una ecuación por completar.

Cabe señalar que esto también ha llevado a que hayan sido precisamente las mujeres quienes sufrieron de forma mayoritaria la violación de sus derechos sexuales y reproductivos con las políticas de planificación familiar aplicadas de manera compulsiva durante la segunda década de los noventa. Esto queda claramente demostrado cuando se analizan las cifras de anticoncepciones quirúrgicas (AQVs) en relación con el número de hombres vasectomizados.

Pese a ello, la relación entre los hombres vasectomizados y las mujeres esterilizadas no puede establecerse sólo numéricamente dejando de lado el contexto de violación de los derechos humanos en que estas políticas se aplicaron.

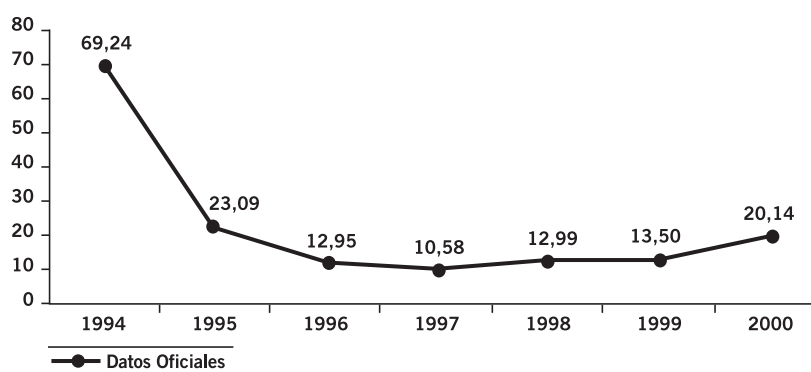
El cuadro que presentamos evidencia que entre 1996 y 1998 el número de vasectomías se incrementó considerablemente, pero ello no se debió necesariamente a una toma de conciencia por parte de los hombres sobre su papel en la reproducción y a un mayor involucramiento de las decisiones y control de su propia sexualidad, sino a la forma compulsiva en que se ejecutaron las políticas. A partir de 1999 el número de mujeres por cada varón vasectomizado comienza nuevamente a incrementarse.

Hombres vasectomizados en relación a mujeres esterilizadas

Método	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Ligaduras de Trompas	28,251	32,883	81,762	109,689	25,995	26,764	21,614
Vasectomías	408	1,424	6,313	10,367	2,001	1,983	1,073
Relación	69,242	23,09	12,95	10,58	12,99	13,496	20,14

Fuente: Base de datos Atenea. Elaboración propia.

Indicador: Hombres vasectomizados en relación a mujeres esterilizadas



Subindicador: (Subindicador único para el indicador); (Perú, (Nivel nacional)) Tipo de valor: (Razón)

Fuente: Datos Oficiales del Ministerio de Salud, Seguro Social y Fuerzas Armadas. En: Informe Final de la Comisión Especial sobre actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV). Lima, julio 2002.

Entre 1996 y el año 2000 se efectuaron 350,000 esterilizaciones quirúrgicas, de las cuales sólo un 10% correspondió a vasectomías. Una parte significativa se realizó en las "ferias" o "festivales", que garantizaban muy poco o nada el consentimiento informado y la calidad de los servicios. De las 172 denuncias registradas por la Defensoría del Pueblo, la mayor parte estuvo relacionada con la ausencia del consentimiento informado, uso de incentivos, manipulación y coacción.

Producto de la presión, tanto de la Defensoría del Pueblo, del relator especial de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y las organizaciones de mujeres, se introdujeron algunos correctivos y en setiembre de 1999 se promulgaron las nuevas Normas del Programa de Planificación Familiar, que establecieron una serie de garantías mínimas.

La ausencia de los hombres en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva no significa que la discriminación masculina reditúe a favor de las mujeres, dado que dicha inclusión está estrechamente relacionada con su rol materno y con el control de la reproducción. Sin embargo, no cabe duda que a todos favorecería la inclusión de los varones en los servicios de salud, por la salud de ellos mismos y porque esa inclusión, vía el reconocimiento de sus derechos, conduciría a que éstos asuman también como suya la responsabilidad de la reproducción.

Nos queda claro que el énfasis de la anticoncepción está colocado en las mujeres, lo cual no sólo está explicado porque la mayoría de métodos están dirigidos a ellas sino por la orientación de los propios servicios que tienden a marginar a los varones del ejercicio del derecho del control de su fecundidad, justificándose en la supuesta reticencia de éstos. Sin embargo, tales resistencias no son tan diferentes a las que inicialmente tuvieron que trabajarse con las mujeres.

El tema de la responsabilidad de los hombres en materia de sexualidad y/o reproducción no está incorporado en el currículo educativo de ninguno de los niveles. Sólo en el segundo y tercer año de secundaria se trabaja una unidad sobre paternidad responsable. En segundo año se enfoca únicamente en el embarazo adolescente y de manera general se da como uno de los contenidos la maternidad y paternidad responsable. En el tercer año el énfasis está puesto en el matrimonio, los hijos deseados y los métodos de anticoncepción. Sin embargo, en ninguno de los casos se trabaja la responsabilidad específica de los hombres.

De esta manera podríamos decir que los servicios de salud reproductiva y los programas educativos, como propuesta de intervención, lejos de promover la participación activa de los varones, reproducen y perpetúan las brechas entre hombres y mujeres.

Proporción del grupo de usuarias de anticoncepción de responsabilidad masculina, por grupos de edad

El uso de preservativos no es una práctica generalizada en la población sexualmente activa, las resistencias que éstos generan se deben básicamente a la “disminución del placer sexual” que su uso origina.

Conocer las verdaderas percepciones de los hombres respecto al uso del condón no es una tarea sencilla, las actitudes positivas de su uso pueden estar influenciadas por el discurso públicamente aceptado de “la responsabilidad sexual”⁷. La distancia entre lo que se dice y lo que se hace en materia de salud sexual se debe, en parte, a la pluralidad de mensajes divergentes respecto de su validez, no sólo como método anticonceptivo sino como método de protección de ITS y VIH/SIDA. El respaldo científico que tiene el uso de condones ha sido cuestionado por la Iglesia Católica y por sectores conservadores de las autoridades públicas en materia de salud, así como algunas iniciativas legislativas, quienes han objetado y puesto en duda su eficacia, sólo porque su uso promovería la actividad sexual.

El uso de preservativos sólo en encuentros sexuales casuales no garantiza la salud sexual, ya que cada vez, con más frecuencia, este tipo de infecciones se contraen también dentro de las relaciones “monógamas”.

Evitar las conductas sexuales de riesgo es una responsabilidad que le compete tanto a hombres como a mujeres. No obstante, pese a ser el preservativo un método de responsabilidad masculina, cada vez son más las mujeres que a mayor edad usan condones; sin embargo, el cuestionamiento infundado de su eficacia podría tener efectos nocivos en la consolidación de este cauteloso comportamiento.

Uso de métodos anticonceptivos modernos. Uso del condón

Característica Edades / años	Todas las mujeres		
	1992	1996	2000
15 - 19	0.5	1.0	0.9
20 - 24	1.5	3.2	3.3
25 - 29	2.3	4.6	6.4
30 - 34	3.2	4.2	5.2
35 - 39	2.7	4.3	4.9
40 - 44	2.6	3.0	5.0
45 - 49	1.8	1.7	3.5
Total	1.9	3.1	4.0

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 1991/92, 1996, 2000.

⁷ Cáceres, Carlos. La Reconfiguración del Deseo Sexual, cultura(s) sexual(es) y salud sexual entre los jóvenes de Lima a vuelta de Milenio. UPCH y Redess Jóvenes. 1999.

32 . Los consensos de El Cairo **Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres**

Característica Edades / años	Mujeres en unión		
	1992	1996	2000
15 - 19	0.7	4.0	3.0
20 - 24	1.9	4.4	4.2
25 - 29	2.7	5.2	7.2
30 - 34	4.0	4.8	6.0
35 - 39	3.0	5.2	5.8
40 - 44	3.2	3.7	6.0
45 - 49	2.2	2.1	4.3
Total	2.5	4.4	5.6

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
ENDES 1991/92, 1996, 2000.

Características Edades / años	1992*	Mujeres sexualmente activas (no unidas)		
		1996	edades	2000
15-19		19.7	15-19	14.7
20-24		20.6	20-24	19.6
25+		13.7	25-29	27.6
Total		17.0	30-34	9.5
			35-39	9.0
			40-44	7.4
			45-49	1.7
			Total	16.5

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 1991/92, 1996, 2000.
* No se incluyó la pregunta.

**Participación de
las organizaciones
de mujeres
en instancias
de decisión**



Participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión

Por: Lisbeth Guillén Chávez

“Los Estados Partes tomarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la vida política y pública del país, y, en particular, garantizarán a las mujeres, en igualdad de condiciones con los hombres, el derecho a:

b) Participar en la formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas, y ocupar cargos públicos y ejercer todas las funciones públicas en todos los planos gubernamentales”.

(Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 7°)

“En todo el mundo, la mujer ve en peligro su vida, su salud y su bienestar porque está sobrecargada de trabajo y carece de poder e influencia”.

(Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Punto 4, A, 4.1)

El período materia de comparación y análisis es el correspondiente a 1994 hasta 2002. Ocho años de singular importancia para la historia política y social de nuestro país por la cantidad de hechos y cambios operados en materia normativa, recuperación de la democracia, descentralización, reforma constitucional, que en medio de marchas y contramarchas han demandado una mayor presencia de las organizaciones de mujeres no cabalmente reconocidas en su rol de actrices en el diseño y adopción de políticas que afectan la vida cotidiana de hombres y mujeres.

En 1994 gobernaba el Perú Alberto Fujimori, que luego del autogolpe del 5 de abril de 1992 disolvió el Congreso y logró aprobar una nueva Constitución en referéndum de dudoso resultado –52% a favor frente a un 48% en contra–. Entre fines de 1996 y 1997, como parte de los compromisos asumidos por el Estado peruano en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), se crearon instancias de atención como el Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano¹ (PROMUDEH), ente rector al más alto nivel del Ejecutivo de políticas en materia de equidad de género. Se creó también dentro de la estructura de la Defensoría de Pueblo, la Defensoría Especializada en los Derechos de la Mujer²; y en el Congreso de la República en Comisión Ordinaria de Trabajo a la par que la instancia en el Ejecutivo. En este período se produjeron tres elecciones generales, tres elecciones municipales y una regional.

Acuerdo Nacional

Se ha formulado y suscrito un pacto de gobernabilidad llamado Acuerdo Nacional que contiene 29 políticas de Estado para un período de 20 años. Los objetivos que debe atender este acuerdo vinculante, firmado por las principales fuerzas políticas, instituciones de la sociedad civil y por el gobierno, son: democracia y Estado de Derecho, equidad y justicia social, competitividad del país y Estado eficiente, transparente y descentralizado. La Política décimo primera del Acuerdo Nacional sobre promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, establece como una obligación del Estado fortalecer la participación de las mujeres como sujetos sociales y políticos que dialogan y conciertan con el Estado y la sociedad y que fortalecerá al más alto nivel una institución como ente rector de políticas y programas para la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, con equidad de género.

También se establece el compromiso de promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud –Política décimo tercera sobre acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social–.

Descentralización y Regionalización

El proceso de descentralización se inició bajo el modelo de la regionalización y fortalecimiento de los gobiernos locales –municipalidades provinciales y distritales–. En ese sentido, la ley de bases de la descentralización señala

¹ En julio de 2002, el PROMUDEH fue renombrado como Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, MIMDES.

² Hoy Defensoría Adjunta para los Derechos de la Mujer.

a la participación ciudadana como un principio fundamental del proceso, combinando con los de la inclusión, equidad, transparencia y competitividad. De esta manera se da comienzo al desarrollo del marco normativo que hará posible la descentralización, y el establecimiento de tres niveles de gobierno.

En el marco del proceso de descentralización se han institucionalizado espacios consultivos y de concertación con la participación de la sociedad civil a nivel de los gobiernos regionales y locales. Esto se presenta como una oportunidad y a la vez un reto para las organizaciones de mujeres, cuya atención debe enmarcarse en un desarrollo que haga realidad los principios de igualdad de oportunidades, no discriminación, transparencia, eficiencia; en suma, un desarrollo sostenible para todas y todos respetando la diversidad y la interculturalidad.

Si bien el eje es de participación de las organizaciones de mujeres en instancias de decisión y la mayoría de indicadores darán cuenta de respuestas negativas, se debe señalar que a partir del inicio del proceso de descentralización se han adoptado normas que consideran la participación de la sociedad civil en la estructura del gobierno regional y local como instancias consultivas y de concertación. Se abre una posibilidad para la participación de las mujeres en representación de sus organizaciones, para lo cual tienen que remontar vallas que la ley ha señalado como requisitos para el registro de las organizaciones y estar expeditas para tal fin.

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL

Sobre la participación de las organizaciones de mujeres en las instancias de decisión, se ha dado la ley sobre el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud³, SNCDS, que establece en el artículo 2° su conformación por representantes del Ministerio de Salud, el seguro social, los servicios de salud de las municipalidades, la sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, los servicios de salud del sector privado, las universidades, y la sociedad civil organizada. Instancia que tiene la finalidad de coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud. El Sistema está organizado en tres niveles: nacional, regional y local, constituyéndose a su vez en cada uno de éstos los Consejos nacional, regional y provincial como instancias de coordinación y concertación debiendo, según los niveles, proponer la política nacional de salud y el Plan Nacional de Salud, así como las prioridades nacionales en salud y una distribución equitativa y racional de los recursos.

³ Ley N° 27813 (13.08.02) reglamentada por DS N° 04-2003-SA (13-02.03).

Se considera que esta norma favorece la participación de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a la salud y en especial de las mujeres, por cuanto entre los requisitos establecidos por el reglamento de la ley para la elección de la representación de la sociedad civil ante el Consejo Nacional de Salud, los comités nacionales y los consejos regionales y provinciales de salud, respectivamente, se ha considerado estar inscrito en el padrón según el nivel que corresponda, adjuntando una declaración jurada que contenga su identificación, actividad, número de miembros, sede, año de creación y personero(a). Los(as) representantes son elegidos(as) por un año con posibilidad de ser reelegidos(as) por un período más como máximo.

Las acciones afirmativas que existen no promueven la participación de las organizaciones de mujeres como colectivo en instancias de decisión. En el marco normativo vigente –constitucional, electoral y de descentralización– se ha incorporado acciones afirmativas de promoción de la participación de las mujeres en los cargos por elección popular⁴ y se ha institucionalizado la participación de la sociedad civil en general en los gobiernos regionales y locales a través de los consejos de coordinación regional y local.

En cuanto a la adopción de acciones afirmativas de promoción de la participación de las mujeres en cargos por elección popular, la Constitución Política en su artículo 191° reformado⁵ dispone que para hacer accesible la representación de género, deberá establecerse por ley de porcentajes mínimos. Antes, en 1997, ya se había incorporado en la legislación electoral –leyes Orgánica de Elecciones Generales, y de Municipalidades– la cuota de género de 25% en las listas de candidatas a congresistas y a regidores(as) municipales. Luego, para las elecciones generales de 2001 y municipales 2002, este porcentaje se incrementó a 30%, adoptándose también la cuota de 15% para pueblos indígenas para el caso de la ley de elecciones municipales. La ley de Elecciones Regionales, siguiendo el mismo criterio incorporó también la cuota de género de 30% y de 15% para pueblos indígenas. Cabe señalar que la redacción del texto, pese a que durante el debate se fundamentó como una medida de acción positiva para mejorar la participación de mujeres en los cargos por elección popular, como en el resto de países que han adoptado la medida (ver cuadro), el texto quedó formulado en el sentido de garantizar la participación en el porcentaje establecido como mínimo, de hombres o mujeres.

Por otro lado, a nivel de los operadores electorales, como el Jurado Nacional de Elecciones, se han seguido varios criterios y en algunos casos

⁴ La Ley de Partidos Políticos (Ley N° 28094), recientemente promulgada, considera en su artículo 26° la participación de hombres y mujeres en las elecciones del partido, sea para los cargos de dirección partidaria como para los cargos por elección popular. Se ha previsto un mínimo de 30% respecto del total de candidatos.

⁵ El capítulo constitucional correspondiente a la descentralización fue reformado ratificándose por Ley N° 27860 (07.03.2002).

contradictorios en la aplicación de la medida en las elecciones generales de 2001 y en las municipales y regionales de 2002. La aplicación contraria a la ley por el Jurado Nacional de Elecciones, que determinó porcentajes inferiores al 30% en tres distritos electorales, motivó la presentación de una demanda por la Defensoría del Pueblo y el Movimiento Manuela Ramos ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, CIDH, la que se encuentra actualmente en trámite.

Países de América Latina que cuentan con normas de cuotas o cupos

País	Año de adopción	%	Funcionamiento / Observaciones
Argentina	1991	30%	30% de mujeres para cargos por elección. La lista no sólo debe incluir un porcentaje de mujeres sino ubicarlas en proporciones con posibilidades de resultar electas. Esta sólo se aplicó en la cámara de Diputados. El Presidente de La Rúa emitió en el año 2000 un Decreto estableciendo cupos para las elecciones senatoriales.
Bolivia	1997	30%	Contiene también mandato de ubicación. Uno de cada tres puestos de la lista debe estar ocupado por una mujer.
Brasil	1997	30%	25% de mujeres para 1998 y 30% de mujeres a partir del año 2000 para las elecciones municipales. 30% como mínimo y 70% como máximo reservado para candidatos de cada sexo en las elecciones de diputados, Cámara Legislativa, Asambleas Legislativas y Cámaras Municipales.
Costa Rica	1996	40%	Obligación de los partidos políticos para conformar sus delegaciones de las asambleas distritales, cantonales y provinciales con al menos 40% de mujeres.
Ecuador	1997	30%	En 1997 se aprobó el 20%. En 2000 se incrementó a 30% como mínimo de mujeres en las listas de titulares y de suplentes para las elecciones pluripersonales en forma alternada. En cada elección se incrementará en 5% hasta llegar a la igualdad en la representación. Considera también cupo en un mínimo de 20% de mujeres en cargos de jueces, notarios, registradores, ministros y demás curules.
Paraguay	1996	20%	Para cargos electivos un porcentaje de mujeres no inferior al 20%. Una candidata mujer por cada cinco cargos a elegir. Considera cupo para el nombramiento de mujeres en cargos públicos de decisión.
Perú	1997	30%	En 1997 se aprobó la cuota de 25% para varones o mujeres en las listas de candidatos al Congreso y a las regidurías municipales. En 2000 se incrementó a 30% para las elecciones congresales. En 2002 se incorporó la cuota de 30% para las elecciones regionales y se incrementó a 30% para las municipales. Asimismo, se adoptó la cuota de 15% para pueblos originarios y comunidades nativas para cargos regionales y municipales.
Venezuela	1997	30%	Para cuerpos deliberantes nacionales, estatales, municipales y parroquiales, el 30% de mujeres. No se aplica a candidaturas uninominales.
Colombia	2000	30%	Establece cupo de 30% mínimo de los cargos de máximo poder decisorio que serán desempeñados por mujeres y 30% de otros niveles decisorios también serán desempeñados por mujeres.

Fuente: Legislaciones de los países. Elaboración: Programa de Participación Política y Ciudadanía del Movimiento Manuela Ramos. Abril, 2003.

Veamos el impacto de la cuota electoral para mujeres:

Regidores y regidoras (provinciales y distritales). Nivel nacional

CARGO	Año de Elección							
	1983		1995		1998*		2002**	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Regidores	8,812	94	10,074	92	8,954	76	7,526	74
Regidoras	589	6	933	8	2,826	24	2,682	26

Fuente: Perú Compendio Estadístico 2001. INEI, 2001. JNE, febrero 2003. Elaboración propia
 Notas: * Se aplicó por primera vez la cuota electoral de género de 25% en las listas de candidatas a regidores.
 ** Se aplicó la cuota electoral de género de 30% en las listas de candidatas a regidores.

Consejeras y consejeros regionales 2003-2006

CARGO	N°	%
Consejeros	178	78
Consejeras	50	22
TOTAL	228	100

Nota: Se aplicó la cuota de género de 30%.

Respecto a la participación de la sociedad civil en instancias de gobiernos regionales y locales, el mismo artículo constitucional 191° establece que la sociedad civil integra en un 40% los consejos de coordinación regional como instancias consultivas y de coordinación. La norma que desarrolla este artículo –Ley Orgánica de Gobiernos Regionales–, luego de un primer intento de desconocer esta participación⁶, ha señalado requisitos generales y únicos para el registro de las organizaciones, que no es cumplido por la mayoría de organizaciones de mujeres por no estar formalizadas. Igualmente han sido previstos para la participación de la sociedad civil en los consejos de coordinación local. Además, para el caso de los Consejos de Coordinación Regional se ha previsto que al menos la tercera parte de la representación de la sociedad civil deberá corresponder a instituciones de empresarios y productores. De esta manera se ha establecido cuota para estos sectores y no así para las organizaciones de mujeres.

Se considera que la ley debe ser revisada en este punto y establecer requisitos acordes con la diversidad, y que a la vez garanticen la representatividad y legitimidad de la sociedad civil.

Cabe señalar también el marco normativo respecto a la participación de las organizaciones de mujeres en la gestión, administración y fiscalización de los programas de apoyo alimentario.

⁶ La Ley Orgánica de Gobiernos Regionales N° 27867 (18.11.02) no consideró a los Consejos de Coordinación Regional, CCR, y por tanto cerró las puertas a la participación de sociedad civil. Luego, por Ley N° 27902 (01.01.03) se incorpora a esta instancia y se reconoce a la sociedad civil en un 40% como integrante del CCR.

Las normas de administración del Programa Municipal del Vaso de Leche⁷ han previsto la participación de las organizaciones con tres representantes elegidas democráticamente por sus bases por un período de dos años. El comité donde participan las representantes de la organización es el responsable de la selección de los insumos alimenticios.

A su vez, la Ley 25307 (1991) que declara de prioritario interés nacional la labor que realizan los clubes de madres, comités del vaso de leche, comedores populares autogestionarios y demás organizaciones de apoyo alimentario, reconociéndolas como organizaciones sociales de base, ha previsto la participación de éstas en el Comité de Gestión del Programa. En su reglamento de fecha 26 de mayo de 2002, dispone que el comité de gestión se organiza en tres niveles, nacional, regional y local y en cada uno de éstos participan las organizaciones de mujeres con tres representantes por el plazo de dos años.

Este mismo reglamento ha establecido la participación de las organizaciones sociales de base en la gestión y fiscalización de los programas de apoyo alimentario a cargo del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, PRONAA. Las representantes participan con voz y voto en los órganos administrativos centrales y desconcentrados. Igualmente, se ha previsto la participación de tres representantes, con voz pero sin voto, en los Comités Especiales Permanentes y en las Comisiones de Adquisiciones del PRONAA.

Por su parte, la ley sobre la participación de los Clubes de Madres y Comedores Populares Autogestionarios en los Programas de Apoyo Alimentario⁸, refuerza lo previsto en la ley antes mencionada, dando participación a las organizaciones vinculadas al apoyo alimentario en la fiscalización de los programas.

Del recuento normativo realizado se puede concluir que a nivel normativo hay avances significativos para promover la participación de las mujeres en las esferas del poder formal. El reconocimiento a la participación de la sociedad civil en instancias del gobierno regional y local abre las puertas para la participación de las mujeres; aunque lo más recomendable, y si de acciones afirmativas se trata, debería especificarse una cuota o garantizar la presencia de éstas en los diferentes espacios de participación y en todos los niveles.

DESARROLLO DE CAPACIDADES INSTITUCIONALES

Uno de los componentes importantes para construir relaciones más equitativas y democráticas debe ser la educación no sexista, la que tendría que traducirse en

⁷ Ley N° 27470 (03.06.01)

⁸ Ley N° 27731 (25.05.2002) reglamentada por DS 06-2003-MIMDES (12.04.03).

los contenidos curriculares de manera expresa porque su práctica reproduce la discriminación afectando los derechos humanos y el principio de igualdad.

En este punto está vigente la ley que establece la política educativa en materia de derechos humanos⁹ por la cual en la educación estatal debe enseñarse de manera obligatoria los principios de derecho a la vida, a la libertad, al honor e igualdad ante la ley contenidos en la Constitución; así también los derechos humanos y el derecho internacional humanitario. Estos temas deben impartirse en las universidades, centros de educación superior, institutos de formación militar y policial armados.

Asimismo, se requiere que desde el Sector Mujer y Desarrollo Social –ente rector en políticas de equidad de género–, en coordinación con Educación, se supervise los contenidos del currículo escolar y de los propios materiales para que respondan a una política educativa que forme ciudadanos y ciudadanas del mundo global, afirmados y enriquecidos en su diversidad local.

ESTRATEGIAS SECTORIALES

Respecto a la existencia de instancias y/o mecanismos nacionales de participación ciudadana bi o tripartita en Salud Sexual y reproductiva y Derechos Sexuales y Reproductivos, en los que están incorporadas las organizaciones de mujeres, se señala la experiencia de la Mesa Tripartita en Salud como un compromiso de la CIPD. Desde esta instancia se da seguimiento a la implementación de las políticas públicas en materia de salud sexual y reproductiva. Cabe relieves el rol de esta instancia para la presentación y discusión de situaciones de vulneración de derechos fundamentales vinculados a la salud de hombres y de mujeres; sin embargo, debe anotarse también que su impulso y protagonismo reposa en gran medida en las organizaciones no gubernamentales, en las instituciones de cooperación y en la disposición y transparencia de la gestión gubernamental de turno.

En cuanto a la existencia de mecanismos para la incorporación de las organizaciones de mujeres en la elaboración de informes de seguimiento ante organismos internacionales:

a) Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD

Esta experiencia resulta muy aleccionadora por hacer confluir miradas y evaluaciones intersectoriales sobre la implementación de las políticas y programas en materia de salud y en especial sobre derechos sexuales, derechos reproductivos y en materia de atención y acceso a servicios para adolescentes. Sin embargo, cabe observar que siendo el rol de la

⁹ Ley N° 27741 (29.05.2002).

sociedad civil fiscalizar y proponer, podría en algunas coyunturas mediatizarse este rol por la necesidad de que el Estado cumpla con la entrega del informe, y la mirada de éste siempre será de cumplimiento. En el peor de los casos, el incumplimiento se justificará en razón del presupuesto, lo que esconde muchas veces la falta de voluntad política, primacía de dogmas que sustituyen a una gestión bajo los principios de la ética de la función pública que tiene como mandato fundamental tomar decisiones libre de estereotipos, dogmas o confesiones religiosas y en atención al bien común.

b) Cumbre Social

En el marco de la reforma del Poder Ejecutivo y del inicio del proceso de descentralización, en julio de 2002 se desactivó el Ministerio de la Presidencia, que presidía la Comisión encargada de la formulación, supervisión, seguimiento y evaluación del Plan de Lucha contra la Pobreza. No se cuenta con información sobre el Sector que ha asumido esta responsabilidad, se entendería que es el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, por tener también como mandato la lucha contra la pobreza. Sin embargo, debe aclararse si también lo conforman los presidentes y presidentas regionales –que se articulan a través del Consejo Nacional de Descentralización– ya que anteriormente lo integraban los presidentes de los Consejos Transitorios de Administración Regional, también desactivados. Esta instancia no tenía participación de la sociedad civil.

c) Conferencia Mundial de la Mujer

En la IV Conferencia Mundial de la Mujer (1995) participaron representantes de los Estados y paralelamente se llevó a cabo el Foro de ONGs con la participación masiva de mujeres líderes de todo el mundo, entre ellas de las organizaciones y movimientos de mujeres peruanas.

En la reunión de Beijing +5 (junio 2000), donde se analizó el cumplimiento en la implementación de la Plataforma de Beijing, una de las conclusiones fue que “la representación real de mujeres en los niveles más altos de los ámbitos nacional e internacional de adopción de decisiones no ha cambiado significativamente desde que se celebró en 1995 la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer” (Párrafo 23).

d) Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Desde la sociedad civil se presenta un informe sombra que da cuenta de los avances, retrocesos o estancamiento de los derechos de las mujeres. El informe oficial y el de la sociedad civil, “informe sombra”, es evaluado por el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Esta instancia, en su período extraordinario de sesiones, realizado desde el

5 hasta el 23 de agosto de 2002, emitió una serie de preocupaciones y recomendaciones¹⁰ como:

(j) "Alienta al Estado peruano a continuar fortaleciendo el papel del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social como organismo rector y normativo, dotado de presupuesto suficiente, así como a asignarle los recursos financieros necesarios para la formulación y desarrollo de políticas y programas dirigidos a la igualdad de género".

(l) "Recomienda que se continúe el proceso de revisión y consultas para la elaboración de un nuevo plan, incluyendo a la sociedad civil y en particular a las organizaciones de mujeres".

(s) "Preocupa al Comité que si bien se observan avances en la composición del Congreso y en el gobierno local como resultado de la normativa aprobada, aún parezca insuficiente la participación de las mujeres en el Congreso, en el ámbito judicial y en los niveles superiores de la dirección política y administrativa del país".

(t) "Recomienda que se adopten estrategias dirigidas a lograr un aumento del número de mujeres que intervienen en la adopción de decisiones a todos los niveles, incluyendo a través de la adopción de medidas especiales de carácter temporal (...) que se refuercen las actividades encaminadas a promover a mujeres a cargos de dirección, tanto en el sector público como en el privado, con programas de capacitación especiales y campañas de sensibilización sobre la importancia de la participación de la mujer en la planificación del desarrollo y la toma de decisiones".

(u) "Preocupa al Comité la situación de la salud de la mujer, en particular su salud reproductiva".

e) Convención de los Derechos del Niño

El Plan Nacional de Acción por la Infancia 2002-2010 señala como uno de sus principios rectores la igualdad de oportunidades para todos, lo que se debe traducir en respeto de la diversidad, no discriminación de género, generacional, étnica, religiosa o de cualquier otro tipo.

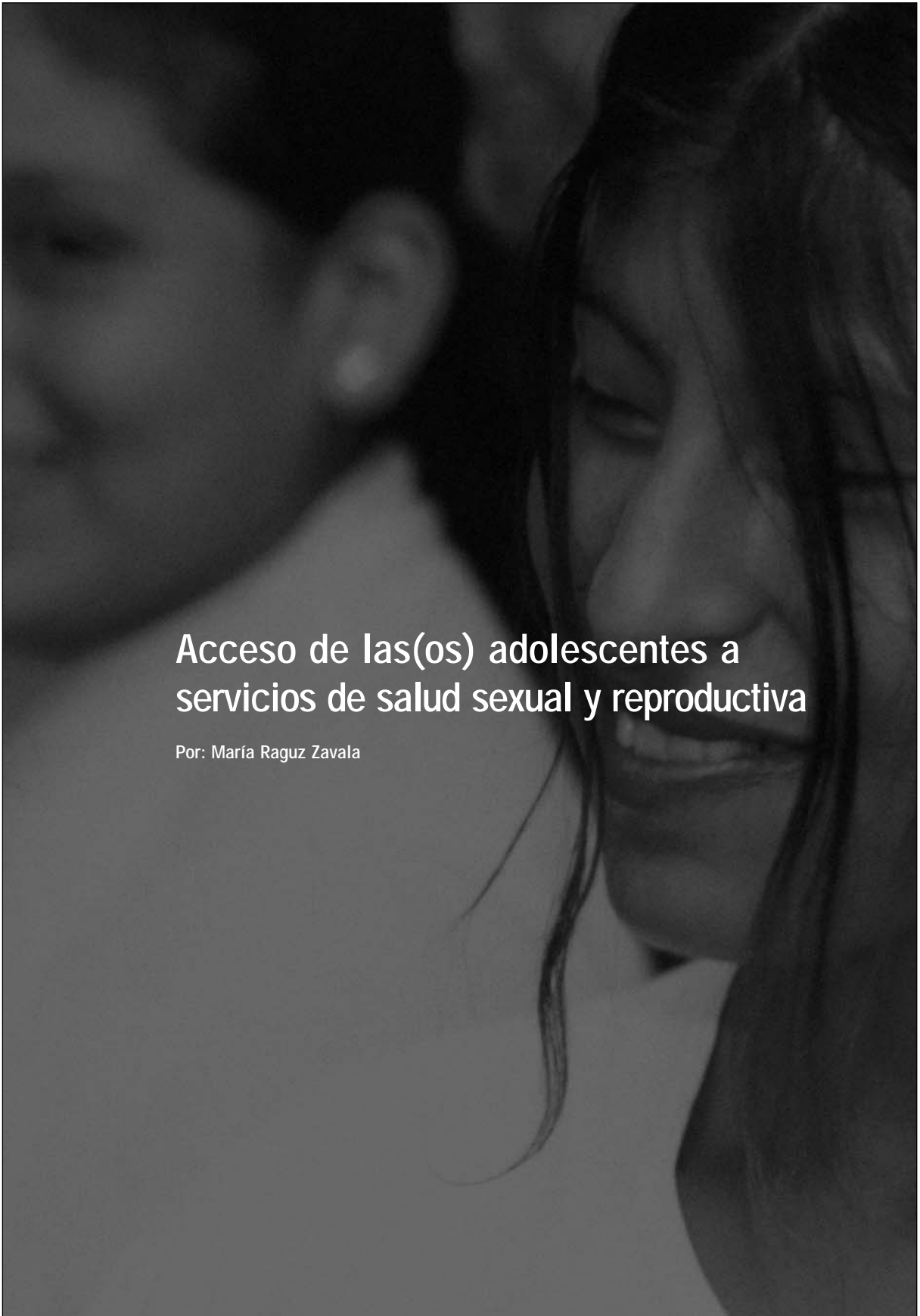
Igualmente, considera como un objetivo estratégico la creación de espacios de participación para los y las adolescentes.

Cabe señalar también que se ha creado el Consejo Nacional de la Juventud¹¹ como un espacio de participación y coordinación entre Estado, sociedad y juventud. Para tal fin, estos tres actores coordinarán lineamientos, planes y programas para el diseño e implementación de las políticas en esta materia que contribuyan a la promoción socioeconómica, cultural y política de la juventud.

¹⁰ Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, "Examen de Informes de los Estados parte, Perú". Agosto, 2002.

¹¹ Ley N° 27802 (29.07.2002), reglamentada por DS N° 106-2002-PCM (23.10.2002).

**Acceso de las(os)
adolescentes
a servicios
de salud sexual
y reproductiva**



Acceso de las(os) adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva

Por: María Raguz Zavala

El acceso de las(os) adolescentes a servicios de salud sexual y reproductiva está refrendado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo en 1994, al reconocerse el derecho universal de todas las personas a la salud reproductiva y los servicios de planificación familiar. Más explícitamente, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometen a “proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de salud reproductiva, y a reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes” (párrafo 7,46). Es más, se reconocen “los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta” y los Estados asumen el deber de proteger estos derechos (párrafo 7,45).

Los compromisos internacionales asumidos en la CIPD, con relación a los derechos sexuales y reproductivos adolescentes, se vieron reforzados por la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en Beijing, en 1995. A partir de El Cairo y Beijing los marcos legales y normativos en nuestro país, así como las políticas y los programas nacionales y sectoriales de los años 90, adoptaron el lenguaje de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para adolescentes.

El Plan Nacional de Población 1991-1995 reconocía estos derechos en adolescentes y buscaba reducir el embarazo, la mortalidad materna, las ITS y el SIDA en este sector de la población. La Ley General de Salud de 1997 reconocía el derecho de toda persona a estar debida y oportunamente informada sobre medidas y prácticas de salud reproductiva. Igualmente, el Plan Nacional de Población 1998-2002, aseguraba el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva; y contempla la educación sexual y servicios diferenciados de salud con orientación sexual y reproductiva para adolescentes y jóvenes. Es así que desde mediados del 1995 se diseñaron e implementaron el Programa Nacional de Educación Sexual, el Programa de Salud Escolar y del Adolescente, PSEA, y el Programa PROJOVEN, y se dio una serie de normativas a nivel sectorial e intersectorial.

Un importante reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos lo constituyó el Plan Nacional de Acción por la Infancia 1996-2000, que reconoció explícitamente los derechos sexuales y reproductivos de las(los) adolescentes, la necesidad de educación sexual en secundaria, y de orientación y servicios para quienes son sexualmente activos. En la década de los 90, a nivel congresal, se crearon Comisiones que incluyeron en su agenda temas sobre los derechos sexuales y reproductivos, mujer, juventud; así como las Defensorías del Niño y Adolescente y el Sistema Integral de Atención al Niño y Adolescente. En 1999 se aprobó el Plan Nacional de Acción Mujer y Desarrollo 1998-2000, y en el año 2000 los Comités Multisectoriales por los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes, junto con defensorías comunales y redes de líderes para capacitar a adolescentes en el autocuidado de su salud sexual y reproductiva. Ese año también se dio el nuevo Código de Niños y Adolescentes, que no sólo releva el interés superior del niño(a) sino que asegura la educación de las adolescentes embarazadas, la atención de la salud integral, incluyendo a la adolescente embarazada, y la prevención del abuso sexual.

A inicios del nuevo milenio, las Normas de Planificación Familiar 2000 del sector Salud reconocían los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas a lo largo de su vida. La Carta Social 2001-2006 adoptada luego por el Acuerdo Nacional, como instrumento orientador del Gobierno de Transición y el actual, señalaba el compromiso con los temas de equidad de género, mortalidad materna, planificación familiar, sexo seguro y educación sexual.

Aunque evaluaciones de avances y obstáculos conocidos como Cairo +5 y Beijing +5 de fines de la década de los 90 determinaron que a nivel

internacional seguía sin atenderse suficientemente las necesidades de los(las) adolescentes, que el acceso a la educación, información y servicios de salud sexual y reproductiva era aún limitado, y que sus derechos no se respetaban, Perú fue uno de los países de reconocido avance en la materia, liderando el Grupo de los 77 y luego el Grupo de Río.

Cuando en el año 2000 se dan las sesiones preparatorias de la Sesión Especial sobre la Infancia de la Asamblea General de las Naciones Unidas, el Perú fue uno de los países en reclamar que el documento base de UNICEF no contemplaba el tema de la salud sexual y reproductiva adolescente ni el lenguaje de El Cairo. Se reformuló el documento, pero en el proceso de avance de las negociaciones, al asumir la Administración Bush, cambiaron los pesos políticos y se advirtió un endurecimiento del lenguaje con el acceso de las(os) adolescentes a los servicios de salud reproductiva, pasando a ser, sino el tema más álgido, uno de los más sensibles en el debate.

Durante los años 90 e inicios de 2000, la cooperación internacional apoyó a nivel de gobierno y sociedad civil el trabajo en el área de la salud sexual y reproductiva adolescente. Se generaron instancias intersectoriales y tripartitas entre el gobierno y la sociedad civil, incluyendo a la cooperación internacional, como la Mesa Tripartita de Seguimiento a El Cairo. Complementariamente, los movimientos de mujeres habían logrado medidas para el avance de la mujer y la adopción de la perspectiva de género en políticas y programas y en la legislación nacional; se trabajaban temas como la violencia contra la mujer, la discriminación de la niña y la mujer y la disminución de las inequidades de género; se creó el Programa Nacional de Violencia contra la Mujer y su respectivo Plan, así como el Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres.

Finalmente, con el gobierno actual, en mayo de 2002 se firma el Plan de Acción de la Sesión Especial a favor de la Infancia¹, asumiendo el Perú los compromisos respecto a la educación sexual, la salud sexual y reproductiva adolescente, la planificación familiar y otros temas. Los Estados Miembros se comprometen a 2015, a haber dado acceso a servicios de salud reproductiva a todas las personas en edad apropiada, reduciendo la mortalidad materna de adolescentes embarazadas con acceso a servicios de salud materna con personal calificado, asistencia de urgencias obstétricas, y a planificación familiar (párrafo 37,1). Igualmente, promover una vida sana para todas las personas de edad apropiada,

¹ UNICEF, Un Mundo Apropiado para los Niños y las Niñas. New York: UNICEF, 2003.

incluyendo su salud reproductiva y sexual, en consonancia con los compromisos internacionales de El Cairo y Beijing y otros (párrafo 37,3). Adopta el compromiso de diseñar e implementar programas para que las adolescentes embarazadas y madres no descontinúen su educación (párrafo 40,10). Asimismo, a elaborar estrategias para reducir las repercusiones del VIH/SIDA en las escuelas y alumnos (párrafo 40,19).

Con el actual gobierno se aprobó el Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2010, que releva la falta de servicios de planificación familiar para adolescentes, por lo que plantea no sólo la educación sexual y campañas de IEC, sino programas de paternidad responsable para adolescentes, así como la ampliación de cobertura de los servicios de prevención y atención para el ejercicio responsable de los derechos y obligaciones sexuales y reproductivas de las(os) adolescentes. Igualmente, releva la maternidad saludable y segura en adolescentes. Se creó el Consejo Nacional de Juventud, que entre sus líneas de acción contempla la salud integral de adolescentes y jóvenes.

Sin embargo, entre julio de 2001 y junio de 2003, el país experimentó un retroceso en la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos, particularmente en los derechos de las mujeres y de las(los) adolescentes. Esto lo denuncia el Informe de sociedad civil Cairo +10 y lo reconoce el Informe Oficial de Perú Cairo +10, habiéndose retrocedido a una etapa pre Cairo en la legislación, las normativas, las políticas y programas cuando están por cumplirse los diez años de Cairo '94. Esta situación coincide con la de otros países, en buena medida reforzados por las posiciones conservadoras a nivel mundial. Ello determina la discontinuidad del Programa Nacional de Educación Sexual, aunque ya exista un Manual aprobado; la reestructuración del Ministerio de Salud y la desactivación del Programa de Salud Escolar y Adolescente, habiéndose retomado el Programa Madre-Niño. El Programa de Control de Enfermedades Transmisibles y SIDA también estuvo desactivado hasta el 2003 y el Programa de Planificación Familiar dejó de tener un enfoque integral y de derechos de salud sexual y reproductiva, adoptándose, en la prevención, un lenguaje de énfasis en la abstinencia sexual hasta el momento del matrimonio, de fidelidad y de evitamiento de conductas promiscuas para prevenir un embarazo no deseado, la maternidad adolescente, las ITS y el SIDA. Los derechos sexuales y reproductivos dejaron de ser reconocidos como una prioridad del sector; se reemplazó el enfoque o perspectiva de género y el lenguaje de equidad de género por la igualdad de oportunidades, sin adopción de acciones afirmativas de la mujer, adolescente y niña.

En la elaboración de las matrices del Acuerdo Nacional sobre la Política de Acceso Universal a los Servicios de Salud y la Seguridad Social, y la

Política de Fortalecimiento de la Familia y Promoción de la Niñez, Adolescencia y Juventud, lideradas por la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza durante 2002-2003, tuvo una importante participación la Conferencia Episcopal de la Iglesia Católica y el Concilio Ecuménico, así como representantes de la Presidencia del Consejo de Ministros y el Ministerio de Salud, quienes adoptaron posiciones conservadoras, sino fundamentalistas, en los niveles más altos de gobierno. De esta manera, las propuestas desde la sociedad civil organizada encontraron un rechazo al lenguaje de los derechos sexuales y reproductivos y la salud sexual. Las Matrices de las Políticas fueron aprobadas a nivel Comisión a inicios de 2003, pero aún no han sido refrendadas al máximo nivel.

En lo concerniente a la salud sexual y reproductiva adolescente, la Política de Servicios de Salud plantea un cien por ciento de población en edad reproductiva debidamente informada en métodos de planificación familiar, pero no habla de acceso a servicios, a consejería, a métodos anticonceptivos. Plantea entre sus propuestas normativas que sólo son opcionales una política multisectorial para la reducción de la maternidad adolescente y garantiza sólo la disponibilidad de servicios de planificación familiar, aunque sin mayor especificidad.

La Política de Fortalecimiento de la Familia habla de paternidad y maternidad responsables y de mujeres y hombres que planifican su familia y participan en programas formativos de sexualidad responsable; así como de orientación familiar de parejas jóvenes, pero no especifica si ello incluye a adolescentes. Aunque plantea una educación sexual en todos los niveles educativos, la enmarca en el respeto a los derechos de los padres de brindar la educación particular que crean más conveniente para sus hijos(as); y propone un Programa Nacional de Educación Sexual orientado al fortalecimiento personal, familiar y social, y al desarrollo de una sexualidad responsable, con valores. Sí plantea la atención integral en salud, la educación y capacitación de la adolescente embarazada.

A estos retrocesos en políticas de salud sexual y reproductiva adolescente se suman proyectos legislativos de corte conservador. Por ejemplo, el proyecto de Ley General de Salud durante la gestión del ministro Carbone eliminaba el tema de la salud reproductiva; ahora está siendo reformulado. Igualmente, del Congreso surgieron propuestas conservadoras como considerar abortivos no sólo la AOE sino los dispositivos intrauterinos, y a todo método considerado dañino desde la concepción.

A raíz de estos retrocesos en los derechos humanos en salud, organizaciones y profesionales de la sociedad civil se han expresado

y formado foros, coaliciones y mesas de vigilancia social. En la mayoría de estas instancias se ha incorporado en la agenda el tema de la salud reproductiva y, en particular, los derechos de las(los) adolescentes.

Como reconoce en el Informe oficial de país Cairo +10, con el nuevo gabinete ministerial de julio de 2003 se expresa la voluntad política de retomar a los más altos niveles los temas de salud reproductiva y equidad de género pero, a la fecha, no se concretan cambios significativos.

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL Y PROGRAMAS CON IMPACTO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA ADOLESCENTE

Educación sexual

En cuanto a la normatividad que regula el derecho de las(los) adolescentes a la educación sexual, ya desde la Ley de Política Nacional de Población, DL 346, Artículo 16º, de 1985, señalaba la responsabilidad del sector Educación para diseñar programas y materiales de apoyo para docentes y alumnos, relacionados con la sexualidad, la vida familiar y la dinámica poblacional, así como el desarrollo de programas de educación familiar y sexual dirigidos a los padres y madres de familia. La Política Nacional de Población 1991-1995 y 1998-2002, también reconocen el derecho de las(los) adolescentes a la educación sexual.

Se aprobó el Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000, a través de la Directiva 003-99-VMGP-OCU/PPI, en el que se abordaban los temas de derechos sexuales y reproductivos, opción sexual, métodos anticonceptivos o aborto, aunque la perspectiva de género no era transversal en este Programa.

En cuanto a PROJOVEN del Ministerio de Trabajo, dirigido a jóvenes en pobreza capacitados para el trabajo, tenía también un componente de educación e información en salud reproductiva, según el Informe Beijing +5; aunque evaluaciones realizadas por la OIJ, UNFPA y el Ministerio de Educación, muestran la necesidad de trabajar más con estos jóvenes en capacitación laboral el tema de los derechos sexuales y reproductivos y sistemas de referencia a servicios de salud.

No está disponible la información sobre fondos gubernamentales y fondos provenientes de la cooperación internacional que fueron asignados a la

Educación Sexual formal e informal entre los años 1994 y 1999. Lo que sí es conocido es que oficialmente en el año 2000 el Estado asignó a este Programa 643,266 dólares americanos y la cooperación internacional 168,162 dólares. En 2001 las cifras aumentaron a 997,719 dólares por parte del gobierno, y la cooperación internacional bajó a 60,198 dólares.

A la fecha no existe un programa de Educación Sexual en implementación, aunque sí un Manual aprobado en 2002 que contempla temas de salud reproductiva y género.

Deserción de la escolar embarazada

En el caso de la niña o adolescente embarazada o madre, el Artículo 14º del Código de Niños y Adolescentes del año 2000 asegura su derecho a no ser impedida de iniciar o continuar sus estudios, siendo responsabilidad de la autoridad educativa evitar su discriminación. Cabe señalar, también que el Código iguala la edad mínima de matrimonio a los dieciséis años para mujeres y varones –Ley 27291 de noviembre de 1999–, ya que el Código Civil de 1984 establecía 14 años para mujeres y 16 para varones.

Servicios de salud sexual y reproductiva

El Plan Nacional de Población de 1991-1995 y la Política Nacional de Población 1998-2002 contemplaban el tema de atención de la salud reproductiva adolescente. A nivel sectorial, el Ministerio de Salud creó en 1995 el Programa de Salud Escolar y del Adolescente, PSEA, con servicios de referencia a otros programas de Planificación Familiar o de Control de ITS. El PSEA tenía centros diferenciados de salud reproductiva adolescente –CESRAS– con referencia a servicios de los Programas de Planificación Familiar y de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA, incluyendo la consejería y el acceso a métodos anticonceptivos y al condón que, para el año 2000, tenían una cobertura del 40% a nivel nacional, según estimados oficiales. Sin embargo, la Ley General de Salud aún vigente, que garantiza el acceso universal a consejería, educación y acceso a métodos de barrera, en la práctica limita el acceso a servicios a mayores de 12 años en riesgo de embarazo no deseado. Asimismo, ambigüedades en el texto llevan a que se pueda interpretar el acceso a métodos de planificación familiar fuera del condón, como “tratamiento médico” y no como prevención, requiriendo así, permiso del padre o tutor. También una prueba de descarté de infección VIH requiere permiso del padre para los(las) menores de edad. Esto se debe a que nuestra legislación considera al adolescente como incapaz relativo.

En 1995 el MINSA normó la educación sexual –RD 365-DG-IMP-95– en los servicios de salud, promoviendo en los individuos una sexualidad responsable y adecuada, evitando la promiscuidad sexual, reduciendo las ITS, abortos criminales, abandono familiar y madres solteras. Desde un enfoque médico y de riesgo se normó la obligatoriedad de dar información y educación sobre sexualidad a todos los pacientes, con énfasis en los considerados de alto riesgo reproductivo. Es rol del gineco-obstetra prevenir los problemas sexuales “con respeto y criterio médico” y “elaborar los instrumentos educativos para evaluar la sexualidad de la población atendida”, aunque con apoyo de equipos multidisciplinarios “para un mejor enfoque de la educación sexual” con charlas informativas, folletos, guías, afiches y videos. Asimismo, el médico hace consejería en aspectos de educación sexual, participa en estudios de investigación sobre sexualidad humana, en sus aspectos biológicos, sociales, económicos y otros pertinentes. Uno de los problemas durante los 90 fue la falta de coordinación entre el MINSA y el Ministerio de Educación para no duplicar sus acciones.

Las Guías Nacionales de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva pautaban el manejo de problemas de la sexualidad: temores y dudas del adolescente, conflictos de identidad sexual y refiere las disfunciones a profesional especializado. En casos de conflictos en la elección de la pareja sexual, pauta el análisis de la preferencia sexual homosexual, bisexual o heterosexual, “recordando al adolescente que comportamientos homo o bisexuales en la adolescencia no son determinantes” y dando orientación o derivando al profesional especializado.

En general, a partir de 1999 se dieron normas legales que promovían el derecho de las(los) adolescentes a la información y servicios para adolescentes, pero con restricciones, aunque éstas no fueran específicas a la salud sexual y reproductiva. Como ya se ha señalado, en los servicios de salud las restricciones dependían de la interpretación hecha por las autoridades de salud del término “tratamiento médico”.

En cuanto al manejo de aspectos ginecológicos adolescentes, la normatividad de 1995 contemplaba la atención de alteraciones funcionales y/o patológicas del aparato genital en adolescentes mujeres entre los 10 y 18 años de edad. Esta normatividad traslucía evaluaciones morales hechas cuando los problemas se asociaban al ejercicio de la sexualidad o a infecciones de transmisión sexual. En 1996 el Ministerio de Salud difundió las normas técnico-administrativas para la atención integral de la salud reproductiva de adolescentes, incluyendo atención integral prenatal, natal y posnatal.

Para los casos de abuso sexual en adolescentes, las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva de 1995 señalan pautas específicas para casos de reporte de actividades sexuales en contra de la voluntad, incluyendo "acoso, manoseo, violación u otras".

Hoy, a nivel programático sectorial, no hay programas de atención y asesoría en salud sexual y reproductiva, abuso sexual o ITS/VIH/SIDA, especiales para adolescentes. Tampoco estrategias gubernamentales de distribución de condones en lugares públicos, más allá de los servicios de salud y con restricciones en la oferta.

GENERACIÓN DE OPINIÓN Y CAPACITACIÓN DESDE EL ESTADO

En cuanto a la generación de opinión con campañas y acciones públicas que promuevan los derechos sexuales y reproductivos de las(los) adolescentes, durante la década de los 90 el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación y el PROMUDEH realizaron campañas y acciones puntuales para generar opinión sobre embarazo adolescente, violencia contra la mujer, SIDA e, incluso, los derechos sexuales y reproductivos, pero no se trató de acciones sostenibles de gran cobertura e impacto.

El PROMUDEH, con apoyo de UNFPA, desarrolló un proyecto de capacitación en salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos a 450 adolescentes de distritos de Lima Metropolitana –Breña, San Luis, El Agustino, Los Olivos, El Cercado y el Callao– de la Red de Líderes de este sector, elaborando y validando el manual Descubriendo juntos nuestra Sexualidad.

El Ministerio de Defensa, a través del Comité de Prevención y Control del VIH/SIDA de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, y con el apoyo de UNFPA, ha venido realizando capacitaciones del personal e incluso en 2002 publicó un texto sobre los instrumentos internacionales en la temática de salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos.

Con la colaboración de diversas ONGS se han desarrollado talleres, conferencias, foros y reuniones de juventud; así como un trabajo sostenido de ONGS que trabajan esa línea, con decisiones políticas y actores clave, en actividades tipo ferias juveniles, donde se incorporaba el tema de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. Esto se ha dado casi exclusivamente en Lima; lamentablemente la cobertura de la población juvenil fue escasa.

REALIDADES

¿Cuál es la realidad de la salud sexual y reproductiva adolescente en el país?

Fecundidad y maternidad adolescente

La tasa de fecundidad adolescente ha descendido lenta pero significativamente de una adolescente madre por cada nueve adolescentes a inicios de los 90, a una de cada doce en 2000. Igualmente, la tasa de fecundidad ha disminuido de 74 por mil a inicios de los 90, a 66 por mil en el año 2000, proyectándose a 55 por mil para el quinquenio 2000-2005². Las diferencias se aprecian a nivel urbano-rural, ya que entre 1994 y 1997 la fecundidad adolescente rural era de 139 por mil, y la urbana de 55 por mil. A partir de 1998 y hasta el año 2000, la tasa de fecundidad adolescente urbana bajó a 45 por mil, pero la rural mostró una disminución mucho mayor, a 118 por mil.

Tasa de fecundidad de mujeres adolescentes, por tipo de localidad rural/urbana

	1991-2	1996	2000	2001
Nacional	74	75	66	55
Rural	141	139	118	-
Urbana	41	55	45	-

Fuente: INEI y UNFPA, Estado de la Población Peruana 2003.

Las diferencias urbano-rurales en fecundidad adolescente se grafican en el hecho de que un 13,1% de las adolescentes urbanas son madres o están gestando, en comparación con 24,8% de las adolescentes rurales³.

La ENDES 2000 muestra que el 89% de las adolescentes de 15 a 19 años no tienen hijos; 9,5% tienen un hijo; un 1,1% tiene dos hijos y un 0,1%, dos hijos. En localidades urbanas un 91,8% de las adolescentes no tiene hijos, 7,5% tiene un hijo y 0,7%, dos hijos, mientras que en localidades rurales baja a 78,9% el porcentaje de las adolescentes que no son madres y sube a 18,4% el porcentaje que tiene un hijo, con 2,4% adicional teniendo dos hijos y 0,2%, tres hijos⁴.

² INEI y UNFPA (2003), Estado de la Población Peruana, Lima, octubre.

³ Fecundidad Adolescente en el Perú: Determinantes e Implicancias Socioeconómicas. Investigación a partir de los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 1998 - II Trimestre). Lima: Lima: INEI, 2000. 61.

⁴ CONAJU (2003), Juventud Peruana en Cifras 2002. Lima: CONAJU, 2003.

Un re-análisis de la ENDES 2000⁵ evidenció que un 22% de las adolescentes con bajo nivel educativo y analfabetas, frecuentemente de la Selva y localidades rurales, se habían iniciado sexualmente. Si bien la maternidad adolescente es de 13,5%, un 61% de las adolescentes sexualmente activas son madres o estaban gestando. Se apreció mayor proporción de maternidad temprana –antes de los 16 años–, mayor número de hijos(as) más seguidos en adolescentes de la Selva, sobre todo de la Selva Baja. Sin embargo, un 64% de las adolescentes gestantes no desea esa gestación actual. Se aprecian elevados porcentajes de embarazos no deseados. La ENDES 2000 evidencia también que sólo un 25% de las adolescentes de 15 a 19 años y otro tanto de las jóvenes de 20 a 25 años, desea por lo menos ser madre alguna vez, teniendo el número ideal de uno a dos hijos. La gran mayoría consideró ideal no tener hijos en los próximos tres años. Esto se da en la mayoría de adolescentes, al margen de su nivel educativo o grado de alfabetismo, y si son urbanas o rurales. Igualmente, el embarazo no deseado caracteriza a la mayoría de adolescentes gestantes, sin diferencias educativas, por literacidad o urbano-rurales.

Uso de métodos anticonceptivos

Analizando solamente a las adolescentes en unión, un 55,7% ha usado alguna vez métodos modernos, mayormente la inyección; esto baja a 51,7% en las adolescentes sexualmente activas pero no unidas, habiendo hecho uso la mayoría de veces del condón⁶.

Según la ENDES 2000, un 89% de todas las adolescentes no usan método anticonceptivo alguno. El uso actual de métodos modernos es de 7,2%, pero es mayor en adolescentes rurales que en urbanas. Adicionalmente, un 3,6% usan métodos tradicionales o folclóricos, más en el ámbito rural.

Uso actual de métodos anticonceptivos en adolescentes (distribución porcentual)

	No uso	Métodos modernos	Métodos tradicionales	Métodos folclóricos
Total nacional	89,3	7,2	3,3	0,3
Adolescentes urbanas	91,2	5,9	2,9	0,1
Adolescentes rurales	86,1	9,4	4,0	0,7

Fuente: CONAJU, 2003 en base a ENDES 2000.

⁵ Raguz, María (2002), Salud sexual y reproductiva adolescente y juvenil: Condicionantes sociodemográficos e implicancias para políticas, planes, programas e intervenciones. Lima: INEI/DHS Macro Internacional, Investigaciones N° 6, octubre.

⁶ CONAJU op cit.

Un dato adicional es que el uso actual de cualquier método en adolescentes unidas es de 51,6%, no habiendo mayores diferencias urbano-rurales en el porcentaje de uso, pero sí diferenciándose en el tipo de método usado⁷.

Preocupa que el segundo método más usado en las adolescentes sea el ritmo, especialmente cuando un 77% de ellas no sea capaz de identificar su ciclo fértil. Hay, por ende, no sólo altas tasas de discontinuación de métodos por efectos colaterales sino, también, por embarazo –tanto no deseado como deseado–, siendo el embarazo adolescente una de las principales causas de la deserción escolar⁸. En un estudio con mujeres en edad fértil y unidas, se encuentra que hay altas tasas de embarazo mientras se usan métodos anticonceptivos, que se explica por la falta de conocimientos adecuados sobre el ciclo fértil y por no seguir las instrucciones de uso de los métodos modernos⁹. El mismo estudio señala que más de la mitad de las adolescentes de 15 a 19 años, que nunca han usado métodos anticonceptivos, han tenido acceso a servicios de salud públicos y privados, pero no se diferencia a las sexualmente iniciadas y sexualmente activas del resto, lo que dificulta las conclusiones.

En lo referente al uso del condón, de protección tanto anticonceptiva como contra el VIH y otras ITS, las ENDES 96 y 2000 mostraban que el uso del condón en todas las adolescentes se mantiene en 1%, sin datos sobre brechas urbano-rurales, pero sí se relevan diferencias a nivel unión, ya que el porcentaje sube a 4% en adolescentes sexualmente activas en unión y a 57% en aquellas sexualmente activas no unidas. Es importante señalar que alguna vez usaron condón 15,4% de las adolescentes sexualmente activas unidas y 33,5% de las no unidas¹⁰, lo que evidencia discontinuación de uso o de método.

Mortalidad materna adolescente

A pesar de las dificultades en la estimación de la mortalidad materna, según la ENDES 1996, la tasa de mortalidad materna adolescente era de 28,6 por 100 mil, y morían 362 madres adolescentes por cada 100 mil nacidos vivos, evidenciando que la mortalidad materna en adolescentes era mucho mayor que en mujeres entre 20 y 35 años.

⁷ Raguz, M. op cit

⁸ Raguz, M. op cit

⁹ Ramos, Virgilio (2002), La perspectiva sociocultural en la segmentación de la demanda de servicios de salud reproductiva Perú 1991-2000. Lima: INEI y DHS/Macro International.

¹⁰ CONAJU op cit., p. 95

Perú: tasas de mortalidad materna, según grupos de edad, 1996 (base Atenea)

Grupos de edad	Tasa de mortalidad materna por 100,000 mujeres	Tasa de mortalidad materna por 100,000 nacimientos
15-19	28,6	362
20-24	30,4	163
25-29	21,9	125
30-34	25,7	172
35-39	44,8	407
40-44	52,6	1031
45-49	23,4	2925

*Nota.- Tasa estimada para el período de 7 años antes de la encuesta.
FUENTE: INEI.- Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, 1996.*

Un estudio secundario de las ENDES¹¹ encontró menos controles prenatales en mujeres adolescentes (85%) que en adultas jóvenes, especialmente en el caso de adolescentes de menor nivel educativo, no unidas, en las que no usaban métodos anticonceptivos y en las que desconocían su ciclo menstrual. Las adolescentes tendían más a hacerse controles en puestos y centros de Salud del MINSA, habiendo aumentado la asistencia entre 1996 y 2000. Sin embargo, sólo 52% tuvo parto institucional, ligeramente más que el 48% de los años 1996.

REFLEXIONES

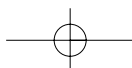
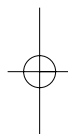
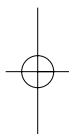
La realidad de la salud sexual y reproductiva adolescente en el contexto peruano actual se ve afectada no sólo por la violencia sexual, el abuso sexual y las inequidades de género y sociales, incluyendo la pobreza y exclusión, sino también por los obstáculos legales, normativos, sociales y culturales a la autodeterminación, el autocuidado de su salud sexual y reproductiva y la ciudadanía.

La salud sexual y reproductiva de las adolescentes en el país, en especial la de aquellas en mayor exclusión, está lejos de ser un derecho en ejercicio. Junto con el acceso a la información y educación necesarias, el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad

¹¹ Aliaga, Max (2002), Factores de riesgo, características y tendencias de la salud materno-infantil en madres de 15 a 19 y de 25 a 29 años, Lima: INEI y DHS Macro Internacional, documento 14.



y que efectivamente respondan a las necesidades de los y, sobre todo, las adolescentes, es imprescindible para el logro del máximo grado posible de salud y desarrollo. Como señala la CIPD: "Los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes" (párrafo 7,45).



Calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva



Calidad de la atención de los servicios de salud sexual y reproductiva

Por: Ana Gúezmes García

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia... [La atención de la salud reproductiva] incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”

(Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo).¹

“El concepto de calidad que manejamos los seres humanos en cualquier compartimiento de nuestras vidas guarda relación con la experiencia social anterior que tenemos. El nuevo abordaje de la calidad enfatiza los derechos de los y las usuarias de los servicios y su libre decisión de permanecer como tales, bajo condiciones en que sus necesidades y demandas son efectivamente satisfechas. En el fondo de este enfoque está una significativa transferencia de poder e iniciativa desde las autoridades y profesionales de la salud hacia la población usuaria

(Jeanine Anderson).²

¹ Capítulo VII, Párrafo 7.2, Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo 1994.

² Anderson, Jeanine. Tendiendo Puentes. Calidad de Atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud. Lima: Movimiento Manuela Ramos, marzo de 2001.

El derecho a la salud no sólo comprende el cuidado de la salud en forma oportuna y apropiada, sino que también depende de los factores que la influyen, tales como el acceso al agua potable y segura, las condiciones sanitarias y ambientales adecuadas, la salud ocupacional, el acceso a la educación e información, así como la salud reproductiva y sexual.

Los Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 – 2012³ del Ministerio de Salud consideran, entre otros, la universalidad, la equidad, la integralidad y la calidad como principios que los servicios de salud deben cumplir para hacer realidad el derecho a la salud para las mujeres y los hombres; junto a la construcción de entornos y comunidades saludables.

Si bien estos principios han sido parte de las políticas de salud en la última década, y algunos de los derechos de las personas usuarias de los servicios han sido reconocidos en la Ley General de Salud, Ley 26842, vigente desde 1997, los estudios poblacionales evidencian una realidad excluyente para gran parte de la población. Así, la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV), en el año 2000 muestra que sólo el 49.3% de las personas que declararon enfermedad o malestar lograron acceder a una consulta efectuada por un profesional de la salud, y el 25.6% no recibió atención alguna. La brecha entre la necesidad y la utilización de servicios se debe a diversos factores vinculados a la percepción de enfermedad, a las barreras económicas para el acceso, a la distancia cultural entre la población y los servicios, a la calidad de los mismos y a los costos de acceso que comprende las distancias y tiempos de espera. La pobreza acompañada de la ausencia de gratuidad de los servicios se constituye en la primera razón identificada por los hogares para no lograr el acceso. Incluso, alrededor del 35% de las personas que lo lograron reporta no haber podido adquirir en forma completa los medicamentos prescritos⁴.

La insatisfacción de la población con los prestadores de servicios se debe tanto a factores de discriminación, derivados de distancias de orden cultural con la población andina y amazónica y de maltrato a personas de menor ingreso, como a factores restrictivos de la oferta debido a su inadecuada organización que se expresan en las denominadas “colas”, tiempos de espera y carencia de servicios y/o recursos especializados, insumos estratégicos y sobre todo de una adecuada referencia para la atención. El parto es un evento en el cual se expresa con mayor fuerza los factores aludidos, de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar –ENDES IV–: dos tercios de las mujeres gestantes rurales no acuden a los servicios de

³ El derecho a la salud es explícito en la política de salud generada durante el gobierno de transición y hace parte del Acuerdo Nacional de julio de 2002.

⁴ Vargas Girón M. “Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú”. En: Arroyo J. (ed.) La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de Política. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social. DFID. Proyecto Policy. 2002.



salud para la atención del parto y optan por ser atendidas por parteras o familiares. Es importante señalar que las diversas causas de insatisfacción no sólo afectan el ingreso de las personas al sistema, sino también la calidad y efectividad del proceso de atención⁵.

La misma encuesta señala también que más de 8 de cada 10 mujeres tienen problemas para buscar consejería o tratamiento relacionados con la atención prenatal. El problema más mencionado alude a la dificultad para conseguir dinero para el tratamiento, pero en conjunto son más frecuentes los elementos vinculados a la confianza en el servicio o en el proveedor (no querer ir sola o no hay personal femenino).

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL

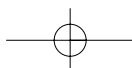
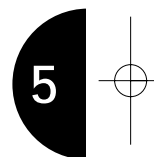
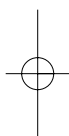
Los indicadores seleccionados han sido clasificados para identificar el reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, y las garantías para su ejercicio.

Del reconocimiento de derechos

Las metas demográficas son resultados que una política se propone con relación al tamaño de la población, incidiendo principalmente sobre la fecundidad de las mujeres. En sus versiones pronatalistas –destinadas al aumento de la población– o controlistas –destinadas a la reducción de la población–, las políticas con metas demográficas vulneran los derechos reproductivos, al intentar influir en diferentes formas, incluida la coerción –como mostró la realidad peruana en los 90– sobre la decisión de las personas.

La Ley Nacional de Población, promulgada en 1985, no contenía metas demográficas, siendo pionera en la visión de derechos en América Latina, y destacaba en el artículo 28º que “queda excluido todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar”. En ese mismo sentido, la Ley General de Salud, Ley 26842, estableció en su artículo 6º que “toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar”.

⁵ Ministerio de Salud. Por un país saludable. Propuesta de políticas para la salud. Lima: Ministerio de Salud, julio de 2001.



Sin embargo, los programas desarrollados por el Ministerio de Salud contuvieron metas demográficas⁶. El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, aun siendo posterior a la CIPD consideró como meta general para el año 2000 "habiendo alcanzado la prevalencia de uso de métodos modernos y seguros necesaria para asegurar una Tasa de Fecundidad de 2,5 hijos por mujer". Incluía también como logro que "el 100% de las pacientes con atención institucional del parto o aborto egresen iniciando algún método anticonceptivo seguro luego de haber recibido consejería individual".

Después de las acciones de denuncia de las organizaciones de mujeres, y de las diferentes recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, las Resoluciones Ministeriales N° 076-98-SA/DM y N° 089-98-SA/DM, modificaron las Normas del Programa de Planificación Familiar, que originalmente contenía metas respecto al uso de anticonceptivos por mujeres en edad fértil.

En cuanto a la necesidad de contar con autorización de la pareja para optar por un método anticonceptivo, hasta el año 1998 la normatividad jurídica no lo señalaba expresamente en los servicios; y principalmente en lo referido a la anticoncepción quirúrgica, el pedir consentimiento del esposo –sólo en el caso de anticoncepción femenina– era una práctica común. Posteriormente, mediante Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM – Normas del Programa de Planificación Familiar, se estableció que la usuaria no requiere autorización de su pareja para optar por un método anticonceptivo: "b) Para optar por un método anticonceptivo, incluso los definitivos, basta la decisión informada y personal de la usuaria o usuario, luego de orientación y consejería adecuada. No es necesaria la autorización de la pareja".

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad no estaba garantizado legalmente. Recién en 1998, a partir de la promulgación de la Ley General de la Persona con Discapacidad, Ley 27050, y su Reglamento⁷, el Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Social y el Consejo Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad, reconocen estos derechos a dichas personas. Sin embargo, no se ha encontrado a nivel ministerial directiva alguna que sea contrapartida de esta norma.

⁶ Programa Nacional de Población 1991-1997, Programa Nacional de Atención a la Salud Reproductiva de la Familia 1991-1995 y Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000.

⁷ Artículos 3°, 15°, 16° y 17°. Artículo 16°: "La persona con discapacidad tiene derecho al acceso a los servicios de salud del Ministerio de Salud. El personal médico, profesional, auxiliar y administrativo les brindan una atención especial en base a capacitación y actualización en la comunicación, orientación y conducción que faciliten su asistencia y tratamiento".

De las garantías y mecanismos para su ejercicio

El acceso de las personas –cuyos derechos han sido vulnerados– a un recurso efectivo, además de constituir un derecho humano, es de especial importancia para evaluar la protección jurídica para prevenir, sancionar y erradicar patrones de violencia y discriminación.

Las personas cuentan, de acuerdo a nuestro ordenamiento jurídico, con el derecho a efectuar reclamos ante la autoridad administrativa⁸, a formular demandas en la vía civil y a denunciar delitos en la vía penal. Igualmente pueden presentar quejas ante la Defensoría del Pueblo; sin embargo, los procedimientos ante la autoridad administrativa no se encuentran reglamentados.

Desde 1999, en que se aprobaron las Normas del Programa de Planificación Familiar, mediante la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM, existe normatividad jurídica que garantiza el consentimiento informado para la anticoncepción quirúrgica femenina. La misión del Programa es “contribuir a elevar la calidad de vida de mujeres y hombres del Perú en las diferentes etapas de su vida mediante el ejercicio de sus derechos reproductivos, lo que les permitirá alcanzar sus ideales reproductivos y mejorar su salud”.

La norma establece que antes de cualquier intervención debe cumplirse con los requisitos: 1) La usuaria debe haber recibido dos sesiones de consejería previa para entender el significado del consentimiento informado; 2) el consentimiento de la usuaria debe ser otorgado por escrito; y 3) mayoría de edad. “Sin embargo, no se recomienda operar a usuarias menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo, por riesgo alto de arrepentimiento”.

Adicionalmente, entre el consentimiento y el momento de la intervención, debe transcurrir un plazo mínimo de reflexión de 72 horas, a fin de que la usuaria confirme su decisión o desista de ella y elija otra opción anticonceptiva.

El 28 de enero de 2000 la Resolución Defensorial 03-DP-2000 se compromete a mantener el sistema de vigilancia y seguimiento de quejas. Este sistema ha permitido determinar que, durante el período comprendido

⁸ La Oficina Ejecutiva de la Defensoría de la Salud del Ministerio de Salud, establecida en el año 2002, es prácticamente desconocida y no cuenta hasta la fecha con un reglamento que haga explícito los procedimientos para atender y procesar las quejas. Como ejemplo crítico, y a pesar de las comisiones investigadoras del Congreso y del Ministerio de Salud sobre las actividades en anticoncepción quirúrgica durante el gobierno de Fujimori, no se ha iniciado ninguna estrategia de reparación desde el Ministerio de Salud para las mujeres cuyos derechos fueron vulnerados.

entre junio de 1999 y setiembre de 2002, en los servicios de planificación familiar de diferentes establecimientos del Ministerio de Salud, subsisten y han surgido problemas que atentan contra los derechos reproductivos de las(os) usuarias(os), de los cuales han sido recogidos 773 casos.

A pesar de las graves violaciones que se dieron en el Perú hace aproximadamente cinco años, la esterilización forzada no se encuentra tipificada como delito en nuestra legislación penal.

Otro de los problemas detectados ha sido la gestación por falla del método de anticoncepción quirúrgica cuando la persona usuaria ha cumplido con las indicaciones posoperatorias. En estos casos, el Programa de Planificación Familiar asumirá en forma solidaria los costos del control prenatal y la atención del parto y del recién nacido en los establecimientos del Ministerio de Salud. No se considera la alternativa de aborto legal bajo las causales que establece la ley peruana.

Calidad de atención

La calidad de atención en los servicios de salud sexual y reproductiva se encuentra regulada por la Ley General de Salud y la Resolución Ministerial N° 465-99-SA/DM – Normas del Programa de Planificación Familiar⁹.

La política de la calidad fue uno de los aspectos centrales del discurso del nuevo gobierno. Para desarrollar esta política, la Dirección de Calidad de la Dirección General de Salud de las Personas, DGSP, elaboró el documento "Sistema de gestión de la calidad" ¹⁰, que define el sistema de gestión y los procesos de planificación, organización, garantía y mejoramiento de la calidad, así como el sistema de información; además se establece un plan de acciones prioritarias. Una limitación de la estrategia que se ha escogido es que ha estado centrada en proyectos de mejoramiento continuo de la calidad, más que en los procesos de habilitación, categorización y acreditación de servicios. Las acciones aisladas de mejoramiento, sin tener los elementos y condiciones estructurales para su desarrollo, generalmente conducen al desgaste y el desprestigio de su gestión. Otra limitación es que este plan no está articulado al desarrollo del Seguro Integral de Salud.

⁹ Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización. Asimismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le presten para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

¹⁰ Ministerio de Salud / Dirección General de Salud de las Personas: Sistema de gestión de la calidad en salud. Resolución Ministerial N° 768-2001-SA/DM. Lima, 20 de diciembre de 2001.



Es así que los procedimientos como la acreditación de establecimientos de salud, la certificación de profesionales, son aspectos con muy limitado desarrollo. La elaboración de estándares –modelos de atención, protocolos, y calidad de atención– para los diversos subsectores de salud, son limitados y no se cuenta con un sistema de auditoría con participación social que monitoree su cumplimiento.

PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN Y CAPACIDAD INSTITUCIONAL

Las normas y/o protocolos del sistema de salud sobre atención del parto no contemplan técnicas de atención acordes a las necesidades de las usuarias y su diversidad cultural.

En las Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud¹¹, se considera desde 1997 la preparación psicoprofiláctica de la gestante, que no incluye a las parejas, sin que se proponga un enfoque de diálogo intercultural y con contenidos básicamente dirigidos desde la oferta. Los objetivos que se plantean son: 1) Capacitar a la gestante, teórica, física y psicológicamente, brindándole orientación y entrenamiento para que logre **erradicar el desconocimiento y el conocimiento inapropiado**¹² acerca de la gestación, parto y posparto. 2) Captar el mayor número de gestantes que acudan al control prenatal, motivándolas sobre la importancia de su evaluación periódica, paralela a una buena preparación psicoprofiláctica obstétrica. 3) Desarrollar actividades específicas por grupos de gestantes, considerando factores como edad, paridad y situaciones especiales. 4) Estimular la participación activa de la gestante durante el trabajo de parto, disminuyendo así los casos complicados. 5) Fomentar y comprometer la participación de la pareja durante la gestación, parto y posparto. 6) Desarrollar sesiones de gimnasia obstétrica, acorde a los factores de riesgo. 7) Capacitar a las gestantes para el cuidado adecuado del recién nacido. 8) Promover la elección de un método de planificación familiar posparto.

En 1995 no se permitía el ingreso de la pareja, salvo en el trabajo de parto, si éste es “normal”¹³. En 1999 se señala acerca del “esposo y la familia... Participar activamente durante el parto para brindar apoyo psicológico a la madre...”¹⁴. Sin

¹¹ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Guías Nacionales de Atención a la Salud Reproductiva, aprobada mediante RM 495-97-SA/DM. Lima: MINSA, 1997.

¹² El texto en negrilla es un énfasis de la autora para mostrar el enfoque vertical.

¹³ Instituto Materno Perinatal Maternidad de Lima. Normas y Procedimientos en la atención obstétrica. Lima: MINSA, 1995.

¹⁴ Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Procedimientos y Protocolos de Atención en Salud de la Mujer. Lima, 1999.

embargo, estos protocolos no han sido aprobados por norma ministerial, y se encuentran en preparación los nuevos estándares sobre salud de la mujer en el gobierno actual; por tanto, hasta ahora la participación de acompañantes es discrecional de acuerdo a la decisión de los servicios, y no ha sido reconocida explícitamente como un derecho que asiste a la mujer como la titular del acto médico en el momento del parto. Hay otros elementos que son parte de la atención obstétrica biomédica –pese a que los estudios recientes muestran su escasa validez científica–, que generan incomodidad a las mujeres, como son la depilación del pubis –tricotomía–, la episiotomía obligatoria y el enema rectal, y siguen siendo prescriptivos, sobre todo en los protocolos clínicos¹⁵: las excepciones son mínimas y en ningún caso contemplan la propia decisión de la mujer.

Con relación a la preferencia cultural en la atención del parto, aparece en las normas del Ministerio de Salud desde 1999¹⁶: “Brindar atención de calidad, respetando las costumbres y prácticas culturales de las parturientas y su familia”. Sin embargo, no se explicita cuál debe ser el proceso de información en la consulta y el proceso de toma de decisiones acerca del tipo de parto en comparación con los aspectos clínicos que están sumamente detallados. El parto en posición vertical o en cuclillas, entra así en el enfoque de “costumbres de las parturientas”, principalmente en las mujeres rurales y no es presentada como la más adecuada para todas las mujeres con parto normal que deberían ser informadas para decidir acerca de éstos y otros aspectos como la necesidad o no de anestesia y los procedimientos arriba reseñados de “preparación del parto”. Otro limitante para hacer realidad este derecho es la ausencia de camillas para parto vertical o salas adecuadas en hospitales y centros de salud que permitan llevar a la práctica esta opción.

RECURSOS ECONÓMICOS

Los datos económicos se encuentran a menudo en exceso agregados, o las fuentes acerca de financiamientos o inversiones tan fragmentadas haciendo prácticamente imposible un adecuado monitoreo. Se solicitó al Ministerio de Salud, y no se obtuvo respuesta, ni se encontró documentación al respecto acerca de indicadores elegidos por Atenea como: gasto per cápita para adquisición de anticonceptivos diferenciados por sexo; proporción del gasto en salud destinado a capacitación del personal de salud en calidad de la

¹⁵ Ministerio de Salud. Instituto Materno Perinatal - Maternidad de Lima. Normas y procedimientos en la atención obstétrica (1995); Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Manual de Decisiones Salud de la Mujer (1998); Dirección General de Salud de las Personas. Procedimientos y Protocolos de atención en salud de la mujer (1999).

¹⁶ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Procedimientos y Protocolos de atención en salud de la mujer. Lima, 1999.

atención con perspectiva de género; ni acerca de cotizaciones desagregadas por sexo en los seguros privados¹⁷.

Con respecto a la relación entre los fondos estatales y los provenientes de la cooperación internacional ejecutados en Programas de salud reproductiva, se pudo explorar a partir de la información secundaria del estudio de Baffigo¹⁸ –que considera únicamente en forma detallada por años¹⁹ el presupuesto del Programa Nacional de Planificación Familiar–, donde se muestra un compromiso mayor del Estado a partir de 1996, y un preocupante decrecimiento a partir de 1997 en ambas fuentes.

Fondos asignados por el Estado y la Cooperación Internacional al Programa Nacional de Planificación Familiar

Fondos asignados por el Estado		Fondos asignados por la Cooperación Internacional	
Año	Dólares	Año	Dólares
1994	91.817	1994	1.677.886
1995	1.183.184	1995	6.946.185
1996	9.600.000	1996	9470.641
1997	14.000.000	1997	7.284.416
1998	13.578.066	1998	3.002.042
1999	11.744.966	1999	3.002.042

Fuente: Baffigo, Virginia. *Inversiones en salud, población y nutrición en el Perú 1994-2005*. Lima.: USAID 2000.

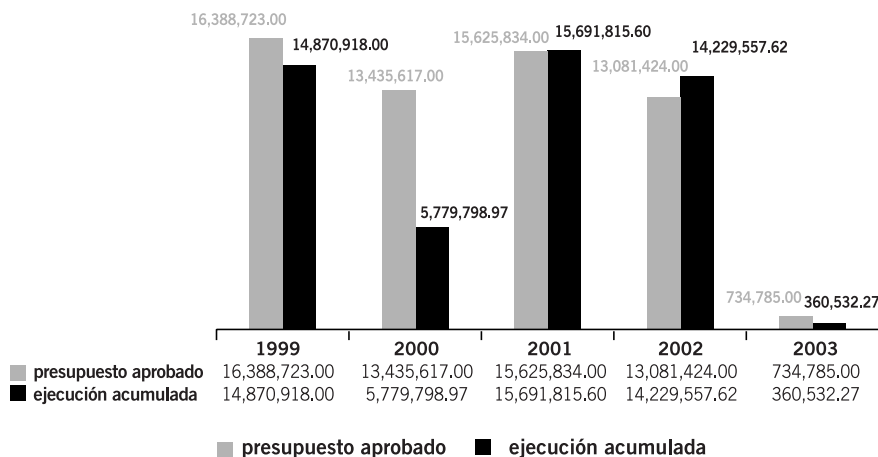
Otra fuente de información es el presupuesto y la ejecución del Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud. Como se observa en el cuadro adjunto, existen tres problemas: a) Un progreso inadecuado en el presupuesto, que es regresivo, siendo especialmente preocupante la situación en los años 2002 y 2003; 2) brecha entre el presupuesto aprobado y el ejecutado, con excepción del año 2001; y 3) problemas de ineficiencia en la planificación del presupuesto, en la ejecución, o debido a elementos externos como políticas de austeridad. Al igual que en el estudio de Baffigo, preocupa una tendencia regresiva en la inversión en planificación familiar, no acorde con las necesidades no satisfechas recogidas en las encuestas de demografía y salud, donde de acuerdo a las necesidades, la tendencia debería ser inversa.

¹⁷ Como opción de monitoreo, no se ha realizado investigación específica para buscar respuesta a los indicadores propuestos, ya que se considera que debe ser parte de la información que produzca el Estado.

¹⁸ Aunque Baffigo menciona en el estudio que se han considerado los proyectos más importantes, no son la totalidad. Baffigo, Virginia. *Inversiones en salud, población y nutrición en el Perú 1994-2005*. Lima: USAID, 2000.

¹⁹ En el anexo 2 del estudio cuya fuente es el MINSA.

**Ministerio de Salud. Presupuesto aprobado y ejecución acumulada en Planificación Familiar (en soles)
Años 1999 - 2003**



Fuente: Portal Transparencia Económica. Ministerio de Economía y Finanzas.
<http://transparencia-economica.mef.gob.pe/> [Consulta: 11 julio 2003].

Sin embargo, estos datos para el año 1999 no coinciden con los datos de Baffigo para la misma fuente. Por ejemplo, al consultar la base de transparencia económica del SIAF el 31 de julio de este año, el rubro de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (100534), aparecía con un presupuesto anual de 13,544,710. nuevos soles, con diferencia a la información del 11 de julio. Al revisar el portal el 14 de noviembre de 2003, la información consignada era de 44,979,482 nuevos soles. Estas diferencias para el año 1999 son a todas luces inexplicables.

RESULTADOS OBTENIDOS

Uso de métodos

La ENDES 2000, a partir de las mujeres como informantes, muestra que el uso de métodos modernos en las mujeres ha aumentado entre 1996 y 2000 del 64% al 69% entre las mujeres unidas o sus parejas y que el 76,4% de las mujeres no unidas y sexualmente activas usan algún método. Sin embargo, al explorar el uso de métodos modernos, sólo el 50% de las unidas y el 45% de las no unidas usan algún método moderno –y sólo el 40,1%

y 26,6%, respectivamente, en el caso de adolescentes activas sexualmente–, aunque es preciso señalar que la tendencia del uso de métodos modernos es creciente en términos históricos en relación a los métodos tradicionales.

La principal fuente de métodos es la pública (83%), siendo los servicios del MINSA los principales proveedores, y desde 1996 una gama amplia²⁰ de métodos anticonceptivos son suministrados gratuitamente²¹ de acuerdo a la normativa del Ministerio de Salud. La mezcla del uso de anticonceptivos es bastante variable en cada departamento, siendo el inyectable (depoprovera) y la anticoncepción quirúrgica los métodos más usados. No existen encuestas –desde 1996– que informen del uso de anticonceptivos de parte de los hombres –siendo ellos los informantes–, por lo que se sigue pensando, tanto desde las políticas como en las encuestas, que la anticoncepción es un asunto de mujeres. Un dato preocupante es que estos datos de mezcla anticonceptiva que arroja la ENDES como encuesta poblacional no coinciden con los datos que presenta el MINSA, que es el principal proveedor de métodos de acuerdo a la encuesta. Esta inconsistencia hace dudar de la calidad de los registros que maneja el Ministerio de Salud. Una posible explicación es el inadecuado registro de las usuarias de métodos tradicionales. Un aspecto de especial preocupación es el descenso en la provisión de tabletas vaginales y métodos definitivos que pudiera estar ocurriendo por una restricción en la oferta, más que por un cambio de comportamiento en la demanda.

Proporción de usuarias(os) de métodos anticonceptivos modernos entre todas las mujeres según tipo de método suministrado

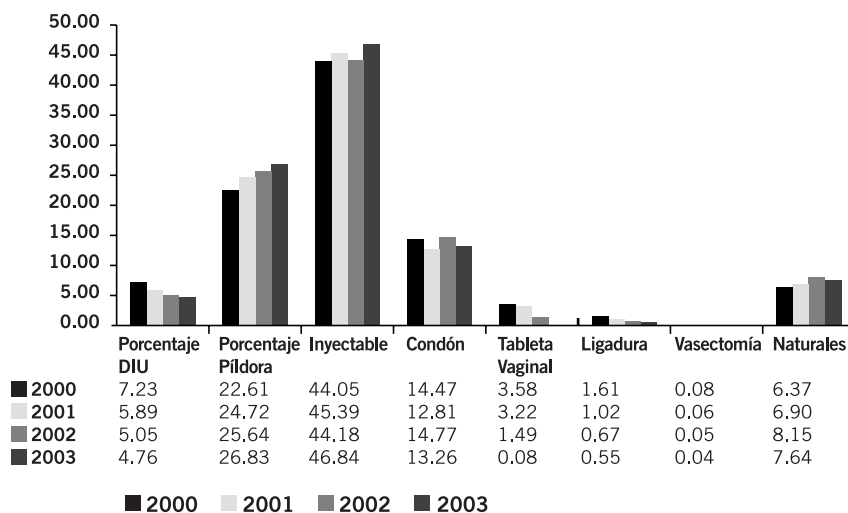
Subindicador Atenea	ENDES 1991-92	ENDES 1996	ENDES 2000
Cualquier método moderno.	19.9	26.4	32.0
Barrera femenino (óvulos vaginales).	0.6	0.5	0.4
Anticoncepción definitiva masculina (vasectomía).	0.1	0.2	0.3
Barrera masculino (condones).	1.9	3.1	4.0
DIU.	7.8	7.6	5.8
Anticoncepción definitiva femenina (ligadura de trompas).	4.7	4.7	7.5
Implante hormonal (NORPLANT)		0.2	0.1
Hormonales orales (píldora)	3.6	4.0	4.3
Hormonales inyectables	1.1	5.0	9.1

Fuente: INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 1991-1992, 1996 y 2000.

²⁰ No incluye condón femenino, diafragma, ni la diversidad de anticonceptivos en cada una de las opciones que sí se encuentran en el sector privado. Desde julio de 2001 se incluye la anticoncepción oral de emergencia sin que hasta la actualidad se haya reglamentado su oferta.

²¹ El Informe Defensorial N° 69 ha registrado denuncias de cobros indebidos de métodos anticonceptivos durante 2002.

Porcentaje de Producción de Servicios (Parejas protegidas)
Período: 2000 – marzo 2003



Fuente: Ministerio de Salud. Programa Nacional de Planificación Familiar.

El papanicolaou: una oportunidad para las mujeres

La única fuente disponible es la Encuesta Nacional de Hogares (1998 - II trimestre), y no existe dato para mujeres mayores de 50 años. A pesar de que el cáncer de cuello uterino es el más frecuente entre las mujeres en Perú y el papanicolaou una prueba sencilla y altamente costo-efectiva para detectarlo en sus etapas tempranas, sólo la cuarta parte refiere haberse realizado dicha prueba, siendo las mujeres sin educación y las que viven en el área rural las de menor acceso. Este indicador es sensible para revisar si los programas de salud reproductiva integran una serie de medidas de atención primaria como se señala en los compromisos asumidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (1994) y en los Objetivos de Desarrollo Global para el Milenio (2000).

Mujeres de 15 a 49 años con la prueba de papanicolaou en los últimos 12 meses, según características seleccionadas

Características	SÍ	NO	Total
Lugar de residencia:			
Costa urbana	23.5	76.5	100.0
Costa rural	19.1	80.9	100.0
Sierra urbana	21.8	78.2	100.0
Sierra rural	13.0	87.0	100.0
Selva urbana	21.4	78.6	100.0
Selva rural	15.0	85.0	100.0
Lima Metropolitana	30.4	69.6	100.0
Nivel de educación:			
Sin educación	9.2	90.8	100.0
Educación Primaria	21.1	78.9	100.0
Educación Secundaria	21.8	78.2	100.0
Educación Superior no Universitaria	29.9	70.1	100.0
Educación Superior Universitaria	32.1	67.9	100.0
Edad de la mujer:			
15 - 19 años	3.0	97.0	100.0
20 - 29 años	23.1	76.9	100.0
30 - 39 años	31.8	68.2	100.0
40 y 49 años	28.9	71.1	100.0
Estado conyugal:			
Casada / conviviente	32.5	67.5	100.0
Viuda / divorciada / separada	28.4	71.6	100.0
Soltera	5.2	94.8	100.0
Total	22.7	77.3	100.0

Fuente: INEI - ENAHO-98 II Trimestre.

EL IMPACTO

En la actualidad, muchos de los aspectos denominados como "problemas de salud pública" son considerados cada vez con mayor fuerza como temas de derechos humanos de responsabilidad estatal; así, la mortalidad materna es un potente indicador del compromiso de los Estados con la salud de las mujeres. Las cifras de mortalidad materna en la región son altas, en particular en el Perú, situación grave si nos detenemos a pensar que la mayoría de estos casos son evitables. En relación a los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, siguiendo a Cook, podríamos mencionar los siguientes²²:

- El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. Estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante.

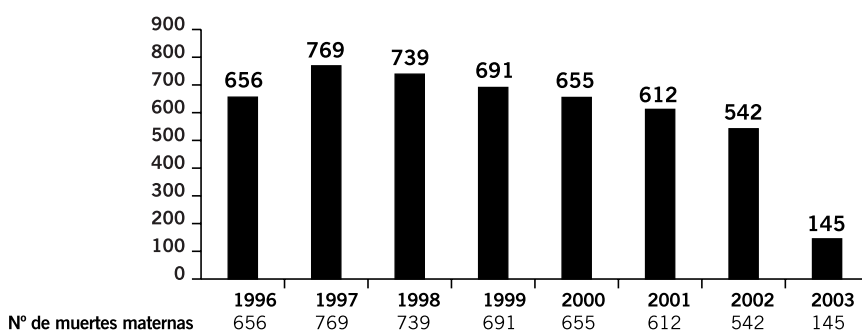
²² Huaita, Marcela. El derecho a la salud de las mujeres. Lima 2000. Ponencia presentada en VI Curso Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres

76 . Los consensos de El Cairo **Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres**

- ▶ El derecho a fundar una familia y a tener vida de familia. La mortalidad materna impide que la vida familiar se desarrolle y pone en riesgo a otros miembros de la familia.
- ▶ El derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico. La evolución técnica muestra que existen los medios para salvar las vidas maternas, pero la negligencia institucional, la del personal especializado y la desinformación de las mujeres son los principales factores de riesgo.
- ▶ Los derechos relacionados a la igualdad y a la no discriminación. El estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna porque no acceden a educación, porque los servicios y las propias comunidades no les dan la importancia que merecen, porque coexisten varias discriminaciones, como la racial-étnica y la de la pobreza, las que se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes.

La **mortalidad materna** es uno de los indicadores que ha permanecido casi invariable en el Perú por décadas. La ENDES 2000 refiere una tasa de 185 muertes maternas x 100,000 nacimientos respecto a la ENDES 1996, que fue de 265 muertes maternas x 100,000 nacimientos²³. La otra fuente con la que se cuenta en el Perú es la notificación obligatoria a través del MINSA. En el año 2000 se notificaron 656 muertes, el 50% de lo que indica la ENDES 2000 para el mismo año. Entre estas muertes se notificaron el 54% de ellas como producidas en el domicilio, y el 39% en los establecimientos de salud²⁴.

**Número de muertes maternas según años
1996 – Primer trimestre 2003**



Fuente: Página Web del Ministerio de Salud <http://www.minsa.gob.pe>

²³ Sin embargo, el "método de las hermanas" es impreciso por ser el fenómeno a estudiar relativamente infrecuente en la muestra utilizada, por lo que el intervalo de confianza es muy grande y se solapa entre ambas mediciones, que no se puede asegurar en términos estadísticos que haya disminuido la muerte materna en el Perú. Durante la gestión del ministro Carbone se usó la misma fuente y además se alegó que la disminución obedecía a su intervención.



En el Perú muchas mujeres no tienen derecho al acceso universal a los servicios de salud. Según la ENDES 2000, sólo el 58% de los partos en el país son atendidos en establecimientos de salud y la cifra baja al 24% en el área rural. Las mayores diferencias se observan por área de residencia, nivel de autonomía de la mujer y nivel educativo.

REFLEXIONES

En la década de los 90, la garantía de los derechos sociales fue recortada bajo el paradigma de la reforma neoliberal en los servicios de salud. La Constitución de 1993 y la Ley de Salud General de 1997 no garantizaban el derecho a la salud ni el acceso universal a los servicios de salud. Este enfoque empieza a cambiar al final de la década de los 90, sin lograr avances significativos y sosteniblemente progresivos en la universalidad y en la equidad en salud. El proceso de reforma mejoró muy poco los aspectos básicos de los derechos, tales como la disponibilidad de servicios en una base no discriminatoria y equitativa, la accesibilidad (geográfica, económica y cultural de información), la aceptabilidad cultural o la calidad de los servicios, los que constituyen elementos esenciales del derecho a la salud. Las reformas tampoco fomentaron la participación ciudadana o mecanismos de rendición de cuentas; los cuales son parte de las obligaciones del Perú.

La calidad es una apuesta explícita desde 1996 por parte del Ministerio de Salud; sin embargo, persisten serios problemas de capacidad resolutive como lo muestran las elevadas cifras de mortalidad materna. Las tensiones vividas en torno a los correctivos del Ministerio de Salud con relación a las AQVs y la dificultad de reconocer los derechos reproductivos y los derechos sexuales, muestran la dificultad de cambiar paradigmas en la atención de salud. El gobierno de Toledo en sus dos primeras gestiones ministeriales mostró la vulnerabilidad de estos avances una vez instalados.

La calidad de atención ha sido abordada más desde un principio de "calidez" que desde una lógica de derechos humanos que impulse la participación activa de la sociedad, y desarrolle la promoción de la salud y la calidad de vida como un esfuerzo articulado en pro de la preservación y desarrollo de la autonomía de las personas y las comunidades. En las políticas y protocolos revisados se encuentra un detalle grande de los procedimientos médicos en contrapeso a las medidas sobre procesos de información, decisión y consentimiento informado, opciones en las prestaciones, etc. Las diferentes

²⁴ Guzmán, Alfredo. Para mejorar la salud reproductiva. En: La salud peruana en el siglo XXI. CIES, DFID y The Policy Project. Lima: 2002.

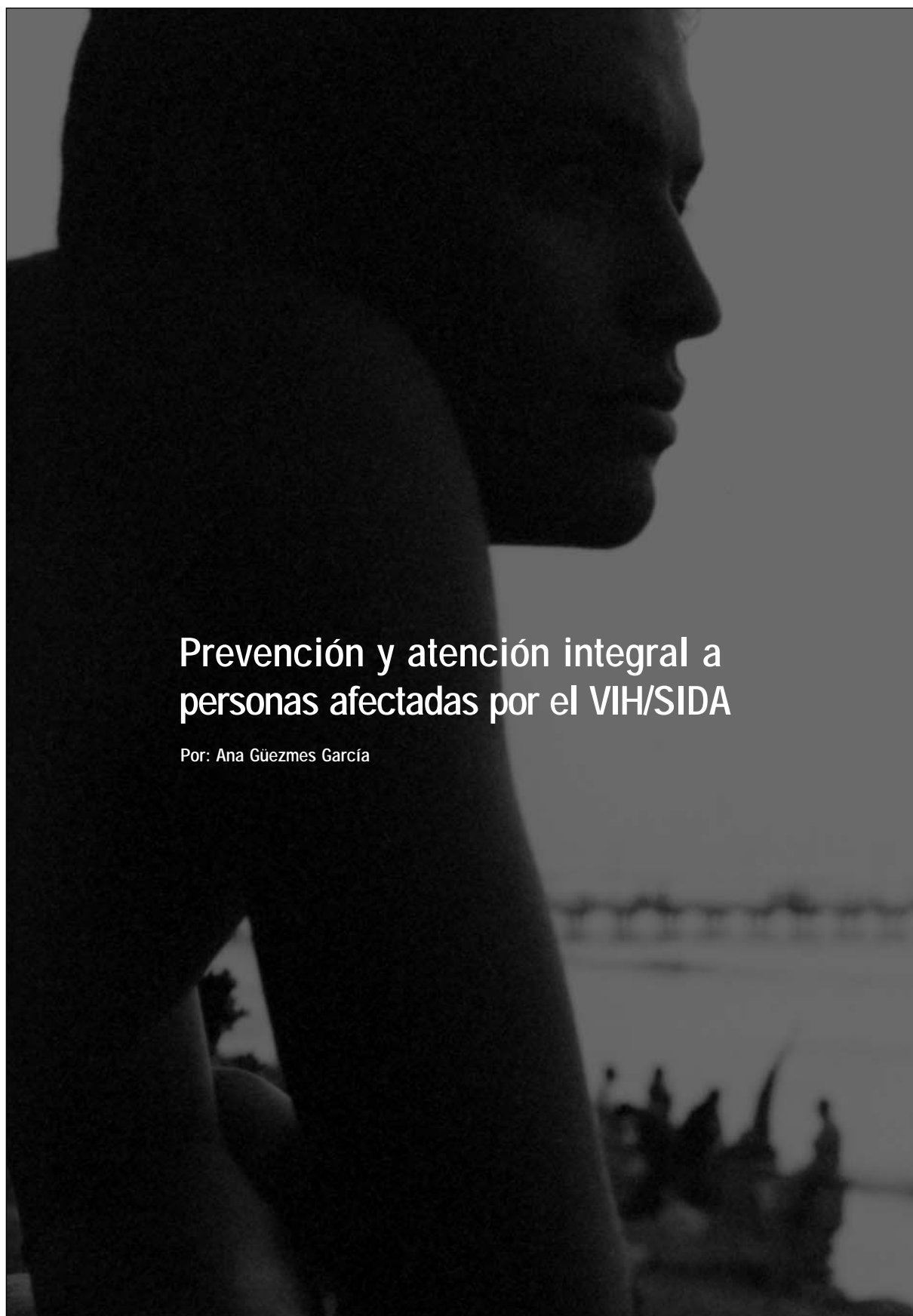
formas de ver la salud siguen siendo consideradas como parte de las “costumbres” bajo un paradigma médico-céntrico dispuesto sólo a hacer algunas concesiones de “adaptación cultural de los servicios”. La desconfianza y las barreras culturales aparecen como segunda barrera de acceso a la atención de salud; sin embargo, el enfoque actual del Seguro Integral de Salud se dirige principalmente a las barreras económicas. Se requiere definir mecanismos que permitan la construcción de una sociedad basada en relaciones de diálogo intercultural, equidad de género y abordaje del ciclo de vida. El grado de indiferencia a estos aspectos, donde la mujer es a menudo la principal afectada, no es simplemente una cuestión de preferencias, sino principalmente una violación de los derechos humanos.

Con relación a la integralidad, los indicadores revisados y las políticas de salud muestran que aún no hay un enfoque de ciclo de vida en la atención, y que predomina el enfoque en enfermedades y problemas. La atención reproductiva se centra principalmente en las mujeres, y existe poca información oficial acerca de la salud y la atención a los hombres y adolescentes de ambos sexos en estas esferas. La postergación de temas como el despistaje de cáncer de cuello uterino, las infecciones de transmisión sexual o la no existencia de protocolos para la violencia sexual, indican la omisión de graves problemas de salud pública en la prestación de servicios; así como un enfoque reduccionista de la salud de la mujer a la prestación llamada materno-infantil o a la planificación familiar. Aun así, los datos de impacto, tanto en mortalidad materna como en embarazos no deseados nos muestran una realidad que requiere de una revisión urgente de las políticas y los enfoques que se han usado en los últimos años.

Luego de más de cinco décadas de debate acerca de la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos; después de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), podríamos esperar que las políticas relacionadas con las decisiones en materia reproductiva, incluyendo acceso universal a la información y servicios de salud reproductiva y sexual de alta calidad, estén finalmente establecidos.

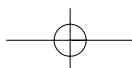
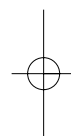
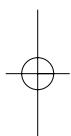
El nuevo paradigma que se establece en El Cairo: centrado en la autonomía de las personas para las decisiones sexuales y reproductivas (derechos reproductivos), y en la obligación de los Estados para hacer que los recursos educativos, los servicios y las condiciones adecuadas de vida estén al alcance de la población, en especial la más excluida, ha sido defendido por la sociedad civil –principalmente por las organizaciones de mujeres– y algunos sectores del Estado, pero aún está pendiente que se refleje en el conjunto de políticas públicas.

Prevención
y atención
integral
a personas
afectadas por
el VIH/SIDA



Prevención y atención integral a personas afectadas por el VIH/SIDA

Por: Ana Gúezmes García





“Si queremos tomarnos verdaderamente en serio los derechos y necesidades de la mujer, no basta con la reforma lenta y parcial que hemos visto en el pasado. La igualdad en todos los campos: la salud, la educación, el medio ambiente y la economía es fundamental para que la mujer pueda protegerse a sí misma frente al VIH y el SIDA”.

Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, 2000¹

“...Más allá del examen de la situación de ventaja o desventaja de las mujeres o los hombres, es necesario analizar el contraste entre 1) los esfuerzos y los sacrificios hechos por mujeres y hombres, y 2) las compensaciones y los beneficios que unas y otros obtienen. Establecer este contraste es importante para una mejor comprensión de la injusticia de género en el mundo contemporáneo. La naturaleza altamente demandante de los esfuerzos y las contribuciones de las mujeres, sin recompensas proporcionales, es un tema particularmente importante de identificar y explorar”.

Sudhir Anand y Amartya Sen, 1995²

La pandemia de SIDA está afectando la vida y la dignidad de millones de personas en el mundo; y se considera un creciente problema de salud pública, de justicia social y de derechos humanos. Dada su magnitud, es también abordado como un problema global por el impacto demográfico,

¹ Peter Piot, Director Ejecutivo de ONUSIDA, en discurso ante la Asamblea General de la ONU en aplicación de las resoluciones de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Nueva York, junio de 2000.

² Anand, Sudhir y Sen, Amartya, (1995) Gender inequality in human development: Theories and Measurement. New York, Human Development Report Office, Occasional Papers, N° 19, p.2.
<http://www.undp.org/hdro/oc19a.htm>

económico y en la vida de las personas. La expansión de la pandemia de SIDA se alimenta de la exclusión, del no acceso a la información y a servicios de salud o a tratamientos adecuados y, sobre todo, de la desigualdad social.

La pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo contribuyen a la propagación del VIH/SIDA, y en países como el nuestro, donde los costos de la atención recaen principalmente en las personas afectadas, vivir con VIH representa una catástrofe económica agravando mucho más la condición de pobreza. El estigma, la discriminación y la vulneración de derechos en general son elementos que contribuyen aún más a las condiciones de exclusión social en que vive la mayoría de la población afectada. Además, los sistemas discriminatorios de género, edad, orientación sexual, posición socioeconómica y etnia configuran una estructura social que produce y reproduce vulnerabilidad en la mayoría de su población. La idea de vulnerabilidad social, supera la idea del “riesgo conductual” que responsabiliza a las personas y que ha sido el enfoque inicial desde la epidemiología. La perspectiva de derechos humanos permite abordar los procesos de la salud en el marco de las estructuras sociales y políticas nacionales e internacionales –como lo muestra la lucha contra los derechos de patente de los medicamentos antirretrovirales–.

TRATAMIENTO NORMATIVO NACIONAL

A partir de la promulgación de la Ley N° 26626 del 19 de junio de 1996, en el país se cuenta con una ley marco que regula la implementación de estrategias nacionales de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. De acuerdo a lo establecido en dicha norma, el Ministerio de Salud es la instancia encargada de la elaboración del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Humana, el SIDA y las enfermedades de transmisión sexual, CONTRASIDA.

El Decreto Supremo N° 004-97-SA, reconoce el derecho a la no marginación de las personas afectadas por VIH y SIDA y los de sus familiares, garantizándose además la voluntariedad de las pruebas diagnósticas de VIH/SIDA³.

La Ley N° 26626 y su reglamento señalan que se debe dar atención médica integral a las personas afectadas por VIH y SIDA, pero no se establece la

³ Artículo 2°.- El presente Reglamento contiene normas que permiten el logro de los objetivos del Plan Nacional de Lucha contra el Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), denominado CONTRASIDA; y normas que garanticen la consejería pre y pos pruebas diagnósticas de infección por VIH, la voluntariedad y la confidencialidad de las mismas, el reporte de casos de infección VIH/SIDA, el acceso a salud de las personas infectadas por el VIH y sus derechos laborales y sociales

Artículo 11°.- Las pruebas diagnósticas de infección por VIH sólo podrán realizarse luego de la consejería y autorización escrita de la persona.



gratuidad de dicha atención, por lo que no existe normatividad jurídica que obligue a los establecimientos públicos de salud, de segundo y tercer nivel, a realizar las pruebas ELISA y WESTER BLOT gratuitamente. Hasta el año 2001 no se menciona en las normas la gratuidad de las pruebas, ni tampoco en las guías para grupos de elevada prevalencia de ETS⁴. La Guía Nacional de Atención Integral del paciente con infección VIH/SIDA recomienda en su capítulo II la prueba de tamizaje para la infección por VIH a las personas con “diversos comportamientos de riesgo”, pero no menciona la gratuidad.

La confidencialidad de los resultados de las pruebas diagnósticas para VIH/SIDA y la información sobre la causa cierta o probable de contagio, se establece en el artículo 5º de la Ley 26626. El artículo 16º de su reglamento reconoce dos excepciones a la regla de confidencialidad: 1) Cuando sean usados por el personal de salud tratante, exclusivamente para brindar atención a la persona infectada; y 2) Cuando sean solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial si fueren indispensables para la denuncia o acusación Fiscal o para el proceso penal por delito contra la salud pública, en cualquiera de sus etapas.

La exigencia de la prueba diagnóstica de VIH/SIDA, como condición para iniciar o mantener una relación laboral, está prohibida por la misma ley. La prueba de diagnóstico de VIH no podrá ser exigida para este caso, con excepción de lo establecido en el Decreto Supremo N° 011-73-CCFF y los Decretos Supremos N° 005-85-CCFF y N° 072-94-DE/CCFF⁵.

La Ley N° 26626 y su Reglamento no contienen disposiciones que garanticen la no discriminación en la atención de personas VIH positivas y con SIDA, en función de su orientación sexual, nacionalidad, edad y actividad sexual.

PROCESO Y RESPUESTA INSTITUCIONAL

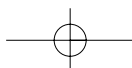
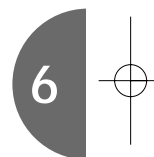
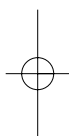
De acuerdo al Ministerio de Salud, “Las instituciones de prestación de servicios de salud –Ministerio de Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales– capacitan a sus profesionales para que brinden una atención de calidad a las personas que viven con VIH. Esta capacitación se realiza a través de cursos nacionales e internacionales, capacitación en servicio en los hospitales del Ministerio de Salud que tienen experiencia en ETS/VIH/SIDA”⁶.

⁴ Fuente: Ministerio de Salud. Programa de Control de ETS/SIDA. PROCETTS. Guía Nacional para Manejo de Casos de ETS y Programa de Control de ETS/SIDA. y Guía Nacional para Manejo de casos de ETS (1998) en su capítulo VI: Búsqueda y Manejo de Casos de ETS en grupos de elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (GEPETS).

⁵ Artículo 6º de la Ley N° 26626.- Las personas con VIH/SIDA pueden seguir laborando mientras estén aptas para desempeñar sus obligaciones. Es nulo el despido laboral cuando la causa es la discriminación por ser portador del VIH/SIDA.

Artículo 15º del Decreto Supremo N° 004-97-SA.- La prueba de diagnóstico de VIH no debe ser requerida como condición para iniciar o mantener una relación laboral, educativa o social.

⁶ MINSA. Estado de Situación: El SIDA en el Perú al año 2000. Lima, 2001.



Sin embargo, no se ha obtenido efectiva información del número de profesionales realmente capacitados, su ubicación laboral y el seguimiento curricular a la formación profesional.

La atención humanizada de las personas con VIH/SIDA

La atención integral de las personas viviendo con VIH/SIDA incluye exámenes para diagnóstico; consejería previa y posterior a la prueba diagnóstica; tratamiento con medicamentos antirretrovirales, ARVs; tratamiento para infecciones oportunistas, atención médica de calidad y disponibilidad de exámenes de seguimiento.

Para explorar esta categoría se han seleccionado algunos indicadores:

Posibilidad de interrumpir el embarazo por petición

El embarazo de una mujer viviendo con VIH o con la enfermedad del SIDA puede afectar su vida y su salud, causales que son contempladas en la legislación peruana para la realización de un aborto legal. Sin embargo, esta opción para las mujeres no es contemplada en ninguna de las guías existentes: Guía de Consejería en ETS y VIH/SIDA, RM 306-98-SA/DM, la Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS, la Guía Nacional de Manejo de Casos de ETS, RM 498-98-SA/DM, y la Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA, RM 081-99-SA-DM. Existe, por tanto, en la política omisión acerca de cómo abordar el riesgo de embarazo en la salud de las mujeres que viven con VIH.

Oferta de medicamentos para embarazadas

No existe documentación al respecto antes de 1999. En este año⁷, se da la Resolución Ministerial sobre Prevención y Control de la Sífilis Materna en la Eliminación de la Sífilis Congénita, que provee medicamentos, insumos y condones para el manejo gratuito de las ETS. Se lleva a cabo en programas de atención del adulto así como en los de planificación familiar y control prenatal.

Con relación a las mujeres viviendo con VIH, no existe acceso gratuito a la atención médica en los servicios estatales, ni a los medicamentos, salvo la profilaxis de TBC y neumonía por neumocictis carini. A las gestantes VIH positivas se les proporciona gratuitamente AZT en las últimas semanas de embarazo, y a sus hijos esta droga por seis semanas y leche artificial⁸

⁷ Ministerio de Salud. RM 459-99-SA/DM.

⁸ Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con Infección VIH/SIDA. Lima: MINSa, 1999.



No existe en el período revisado acceso gratuito a antirretrovirales. El tratamiento con zidovudina, AZT, es preventivo de la transmisión vertical, pero las dosis y período en el que se dan a la gestante, nos hacen concluir que no constituyen un tratamiento para la mujer viviendo con VIH.

Asesoría pre y pos prueba de VIH

En este indicador se distinguen dos períodos: 1) 1994 – 1995, donde no se contempla la asesoría⁹; y 2) 1996 – 2002, a partir de la Guía Nacional de Manejo de casos de ETS –RM 428-98SA/DM– y la Directiva conjunta 002-98-PMP-PROCETTS¹⁰, que sí contempla la asesoría.

Con relación a la consejería antes de la prueba, ésta es referida en las guías de manejo de enfermedades de transmisión sexual: "A) Consejería: Se refiere a la comunicación directa entre dos personas, una con una problema que la aqueja y la otra tratando de ayudar a comprenderlo y resolverlo. Es la intervención para el cambio de comportamiento más efectiva. La consejería es obligatoria en la atención de todo paciente con ETS y tiene como propósito ayudarlo a realizar los cambios necesarios en sus actitudes y comportamientos para disminuir el riesgo de adquirir en el futuro una nueva ETS, incluyendo el VIH. En la consejería se trabajará la posibilidad de lograr que el paciente acepte voluntariamente someterse a una prueba para descartar la infección por VIH"¹¹. En el documento no se especifica cuáles serán los mensajes claves, las preguntas frecuentes de las personas con ETS ni los pasos a dar para la realización de la prueba después de la consejería.

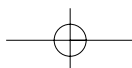
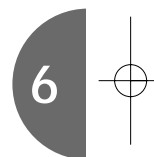
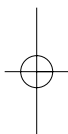
Un elemento de preocupación es limitar a las personas con ETS la recomendación de la prueba. Esto reviste especial gravedad para las mujeres, que en su mayoría adquieren la infección por vía sexual, en muchos casos por contagio de sus parejas regulares. Persiste en el MINSA una disociación entre los programas de planificación familiar donde acuden principalmente las mujeres y los de control de ETS, por lo que la consejería no está integrada en un abordaje de salud reproductiva o de ciclo de vida.

Con relación a la consejería después de un resultado positivo se señala "...todos los pacientes infectados con VIH recientemente diagnosticados requieren una anamnesis exhaustiva y un examen físico completo, como parte de su evaluación inicial. La primera visita sirve para obtener la historia clínica, hacer el examen físico

⁹ Dr. Hugo Manrique Chicoma, Coordinador Nacional del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. PROCETSS. Ministerio de Salud.

¹⁰ Programa de Salud Materno Perinatal – PROCETSS. "Disminución de la transmisión vertical del VIH y manejo de la gestante que vive con VIH" Ministerio de Salud. <http://mimsa.gob.pe>

¹¹ Guía Nacional de Manejo de casos de ETS (RM 428-98-SA/DM) en el Capítulo II Casos de Manejo de ETS, 2.5.



y ordenar los exámenes de laboratorio apropiados. La segunda visita, que se debe realizar una semana después de evaluado a un paciente asintomático, permite revisar los resultados de laboratorio, clasificar al paciente de acuerdo al estadio de la infección y evaluar la necesidad de vacunaciones, terapia antirretroviral y profilaxis para las infecciones oportunistas, así como discutir el plan de manejo con el paciente, incluyendo información necesaria acerca de la enfermedad, soporte psicosocial, prevención de transmisión del VIH y guía nutricional. Las primeras dos visitas son la gran oportunidad del médico para establecer una adecuada relación con su paciente¹². No aparece documentación sobre el tipo de consejería que se debe realizar con una persona con resultado negativo (prevención, reiterancia del examen); tampoco aspectos vinculados al manejo emocional, la información sobre derechos, incluida la confidencialidad de los resultados y las prestaciones en salud.

Incorporación en las instancias de decisión político-programática nacional

A partir de 1994 se dieron llamados a “colaboración” en las campañas para la prevención del SIDA y ETS propuestas por el MINSA a través del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, PROCETSS. En 1997 el Ministerio de Salud, a través de PROCETSS inicia un plan a mediano plazo con el objetivo de reducir la incidencia de las ETS/VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en el Perú. A través de este plan también se busca “convocar e involucrar a un conjunto de actores sociales (ONGs, Empresas, etc.) con capacidad para aportar en este esfuerzo de maneras diversas”.

El Ministerio de Salud brinda apoyo a la formación y fortalecimiento de Grupos de Ayuda Mutua, GAMs, en diferentes ciudades del país. Estos grupos, conformados por personas que viven con VIH dan soporte emocional a personas recientemente diagnosticadas y a aquellas con diagnóstico antiguo, pero que empiezan a experimentar un deterioro de su estado de salud.

El Plan Nacional de Lucha contra el SIDA, CONTRASIDA, fue elaborado sin participación de la sociedad civil ni multisectorial. En agosto de 2002 se creó la Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud, CONAMUSA, con representación de varios sectores: Estado, organismos de cooperación externa, iglesias, universidades, ONGs y asociaciones civiles de personas viviendo con VIH. Su producto es el proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú”, que fue aprobado por el Fondo Global. Si bien esta Comisión representa un cambio hacia mayores posibilidades de

¹² Guía Nacional de Atención Integral del Paciente con infección VIH/SIDA (RM 081-99-SA/DM), en su Capítulo III Diagnóstico y Definición de Casos.

participación política, no se encuentra reconocida por norma de Estado ni está clara su capacidad de decisión en las políticas nacionales; sin embargo, existen importantes iniciativas de articulación desde la sociedad civil como la Red Sida, formada en 1997, y el Colectivo por la Vida, fundado en 2001.

RECURSOS ASIGNADOS

Los datos económicos y financieros se encuentran a menudo en exceso agregados o las fuentes tan fragmentadas que hacen prácticamente imposible un adecuado monitoreo. Hasta el año 2001 no se menciona en las normas la gratuidad de las pruebas ni tampoco en las guías para grupos de elevada prevalencia de ETS¹³. La Guía Nacional de Atención Integral del paciente con infección VIH/SIDA recomienda en su capítulo II la prueba de tamizaje para la infección por VIH a las personas con diversos comportamientos de riesgo, pero no menciona la gratuidad.

El único indicador seleccionado sobre el que se encontró información fue el referido a la relación entre los fondos estatales y los provenientes de la cooperación internacional destinados a la prevención y atención humanizada de las personas con VIH/SIDA.

Fondos asignados por el Estado y la Cooperación Internacional para prevención y atención humanizada de las personas VIH/SIDA (dato oficial)

Subindicador Nombre	Fondos asignados por el Estado (dato oficial)	Fondos asignados por la Cooperación Internacional (dato oficial)
1995	S/1.119.873,00 (Nuevo Sol), \$/497.721,33	
1996	S/3.545.256,00 (Nuevo Sol), \$/1.452.973,77	
1997	S/7.472.507,00 (Nuevo Sol), \$/2.809.213,16	
1998	S/11.204.149,00 (Nuevo Sol), \$/3.837.037,33	S/1.396.936,96 (Nuevo Sol), \$/478.403,07
1999	S/12.638.331,00 (Nuevo Sol), \$/3.739.151,18	S/2.237.743,85 (Nuevo Sol), \$/662.054,39
2000	S/8.786.964,00 (Nuevo Sol), \$/2.517.754,73	S/1.944.827,00 (Nuevo Sol), \$/557.257,02
2001	S/18.570.600,00 (Nuevo Sol), \$/5.293.785,63	S/1.892.076,00 (Nuevo Sol), \$/539.360,32

Fuente: Ministerio de Salud. Presupuesto asignado al Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA – PROCETSS en la prevención de las ITS/VIH/SIDA. Lima, 2002.

¹³ Fuente: Ministerio de Salud. Programa de Control de ETS/SIDA. PROCETSS. Guía Nacional para Manejo de Casos de ETS y Programa de Control de ETS/SIDA, y Guía Nacional para Manejo de casos de ETS (1998) en su capítulo VI: Búsqueda y Manejo de Casos de ETS en grupos de elevada prevalencia de enfermedades de transmisión sexual (GEPETS)

Según estimaciones del PROCETSS, para el año 2000 se calculaba conservadoramente en 7,5 millones de dólares los gastos de atención de salud asumidos por el Ministerio de Salud y en 40 millones de dólares los costos asumidos por las familias y los sectores productivos¹⁴. Así, la carga del gasto en salud recae principalmente en las personas viviendo con VIH, lo que compromete gravemente la equidad porque el acceso se restringe sólo a quienes pueden pagarlo, con lo que se excluye a los miembros más vulnerables de la sociedad, o muchos de ellos se vuelven aún más pobres al tener que incurrir en dichos gastos.

Perú ha conseguido sólo financiamientos marginales de la cooperación internacional –cercanos al medio millón en los años reportados–, sin haber logrado aplicar con éxito al Fondo Mundial de Lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el VIH/SIDA en los años analizados. El presupuesto del tesoro público fue fluctuante con una importante caída en el año 2000, y es a todas luces insuficiente. EsSalud provee atención a una parte de sus asegurados; sin embargo, es un porcentaje considerable de los afectados en etapa SIDA que pierden sus derechos al perder su trabajo debido a su estado de salud.

Si bien el año 2003 no ha sido considerado en este estudio, es importante señalar que el proyecto “Fortalecimiento de la Prevención y Control del SIDA y la Tuberculosis en el Perú” fue presentado al Fondo Mundial en setiembre de 2002 y aprobado en enero de 2003 con un componente de Tratamiento antirretroviral y debe iniciarse el 15 de noviembre de 2003.

Otro esfuerzo complementario ha sido la Negociación Conjunta a nivel de la Subregión Andina, Argentina, México, Paraguay y Uruguay para el acceso a medicamentos antirretrovirales, insumos y reactivos para diagnóstico de VIH y seguimiento de las personas en tratamiento que se ha realizado en julio de 2003; sin embargo, falta definir la política de adquisición de medicamentos por parte del Perú.

RESULTADOS

Hasta el año 2002, fecha de este monitoreo, no existía gratuidad en los tratamientos salvo en el caso de determinadas enfermedades asociadas como la profilaxis de TBC y neumonía por neumococcus carini y Zidovudina, AZT, para prevenir la transmisión vertical. Si bien la Ley CONTRASIDA establece que toda persona con VIH/SIDA tiene derecho a la atención médica integral y a la prestación provisional que el caso requiera; su reglamento, actualmente vigente, sólo garantiza la profilaxis en madres gestantes para evitar la transmisión

¹⁴ Estado de Situación: El SIDA en el Perú al año 2000. Ministerio de Salud-ONUSIDA.

vertical. VIA LIBRE, asociación privada, calcula que hay entre 8,000 a 10,000 personas viviendo con VIH/SIDA en el Perú que requieren tratamiento inmediato con antirretrovirales. Sin embargo, un porcentaje menor al 10% –aproximadamente 1,100 personas– recibe tratamientos con antirretrovirales¹⁵.

DEL IMPACTO DE LAS POLÍTICAS

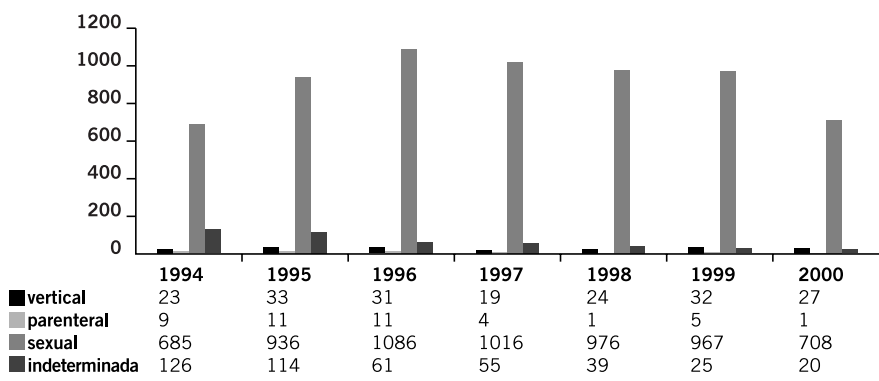
Proporción de casos con VIH/SIDA según vía de transmisión, por sexo

En el Perú, de un total de 13,398 casos de SIDA notificados al 10 de diciembre de 2002 –casos acumulados 1983 - 2002– al Ministerio de Salud, el 1% de ellos fueron transmitidos por vía parenteral; un 3% por vía vertical y un 96% por vía sexual¹⁶. El uso de drogas intravenosas es poco frecuente, por ello no figura como un modo de transmisión importante.

Con relación a la vía sexual, el MINSA no especifica si es en el contexto de relaciones homo o heterosexuales. La información oficial sobre vías de transmisión no está desagregada por sexo.

Según proyecciones conservadoras sobre la base de estadísticas del Ministerio de Salud, existen 76,000 personas viviendo con el VIH y SIDA (PVVS) a diciembre de 1999, según última publicación oficial¹⁷.

Casos de SIDA por año y vía de transmisión Perú 1994 - 2000



Fuente: Notificación VIH/SIDA PROCETSS. Información a Diciembre 2000.

¹⁵ Cabello, R. Situación y respuesta al VIH/SIDA en el Perú. Lima: Via Libre, diciembre de 2002.

¹⁶ Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Mensual. Lima, diciembre 2002.

¹⁷ Estado de Situación: El SIDA en el Perú al año 2000. Ministerio de Salud-ONUSIDA.

Prevalencia de SIDA por edad y sexo

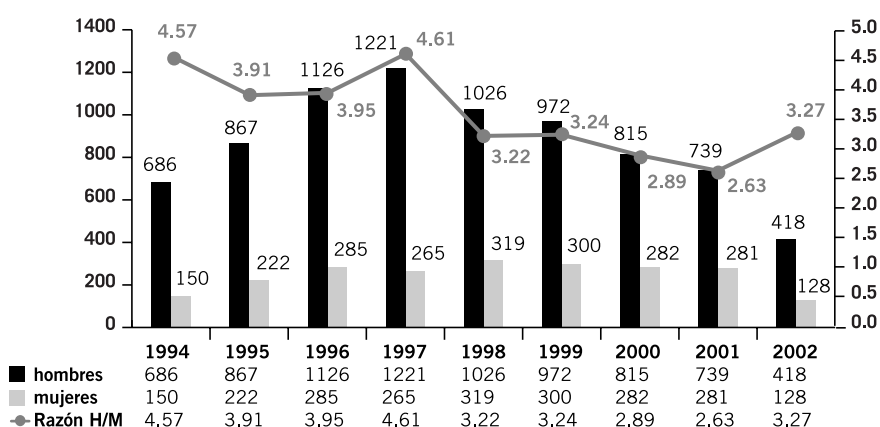
El PROCETSS, a través del sistema de vigilancia centinela en mujeres gestantes de 15 a 24 años, encontró en 1998 una prevalencia de infección por VIH de 0.3%. Si asumimos la prevalencia encontrada en gestantes como la probable prevalencia en la población general, significa que existiría alrededor de 76 mil personas infectadas viviendo con el virus del VIH, de las cuales 18 mil son mujeres y 4,500 son niños menores de 15 años¹⁸. Este estimado es conservador por el tipo de extrapolación que plantea. Asociaciones privadas como Vía Libre, consideran que probablemente las cifras superen a las 100,000 personas afectadas.

Razón de sexos para SIDA por grupos de edad

Existe el reporte de la razón por sexo, pero no desagregada por grupos de edad¹⁹.

El 80,33% de los casos acumulados reportados al país son hombres y el 19,66% son mujeres; sin embargo, esta relación hombre-mujer, cuando la vemos en el tiempo, ha decrecido de 11,4 a 1 en 1990 y de 3,3 a 1 en el año 2002; es decir, mientras que en 1990 aproximadamente por cada 11 hombres con SIDA reportados había una mujer; en 2002, por cada 3,3 hombres se reportó una mujer.

SIDA: Razón hombre / mujer 1994-2002



Fuente: Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2002.

¹⁸ Ministerio de Salud. Programa de Control de ETS/SIDA. PROCETSS

¹⁹ Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Situación de VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Diciembre 2002.



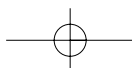
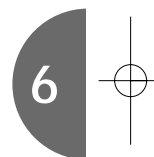
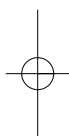
Según el PROCETSS, el número de defunciones reportado a diciembre de 1999 fue de 4,600, de los cuales 520 fallecieron el último año²⁰. No se ha efectuado mayor entrega de información para el análisis de este indicador por edad o sexo.

REFLEXIONES

ONUSIDA ha señalado al liderazgo político como el elemento indispensable para dar una respuesta efectiva a la pandemia, tanto a nivel nacional como global. Una muestra de la voluntad global es la inclusión de metas de reducción de la expansión de la epidemia en las Metas del Milenio. La respuesta a las personas afectadas por VIH debe incluir medidas de protección financiera, seguridad laboral, redes de apoyo, acceso a servicios y tratamientos, y medidas efectivas contra la discriminación y el estigma, incluyendo el acceso a recursos efectivos y sencillos. La lucha contra la pandemia se enmarca en esfuerzos progresivos para reducir la inequidad y la exclusión en el país; y una política decisiva de promoción y prevención en el marco de los acuerdos de derechos humanos. La participación de la sociedad civil, con énfasis en las organizaciones de personas viviendo con VIH; el abordaje que integre las dimensiones de género, generacional, étnica, de orientación sexual, entre otras; así como la transparencia y la rendición de cuentas, son condiciones impostergables en los programas.

Un tema de especial preocupación para el movimiento feminista es la poca prioridad que en los programas de lucha contra la expansión de la epidemia tiene el abordaje de la violencia contra la mujer. La principal forma de transmisión del VIH en el Perú es la sexual, incrementándose dramáticamente el número de mujeres infectadas en relaciones heterosexuales. Los factores que ponen a las mujeres en condición de riesgo son de origen biológico, social, económico, cultural y religioso. La violencia contra la mujer tiene adicionalmente impacto directo e indirecto en la susceptibilidad de la mujer a la infección, ya sea como consecuencia directa de la violencia sexual o por la dificultad para negociar sexo seguro, o la incapacidad misma para negociar cuando la violencia es por parte de la pareja. Reconocer que la violencia es una realidad en la vida de las mujeres y niñas tiene importantes implicancias para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. Muchos de los programas existentes promueven la monogamia mutua, la reducción del número de parejas sexuales, el uso del condón masculino y un temprano tratamiento de las ETS. Sin embargo, estas

²⁰ Estado de Situación: El SIDA en el Perú al año 2000. Ministerio de Salud-ONUSIDA.



opciones no suelen ser posibles para las mujeres víctimas de violencia de pareja, cuya posibilidad de decidir sobre su sexualidad y acceder a los servicios se encuentra limitada. En el corto plazo se requiere desarrollar métodos que puedan ser controlados por las mujeres como el acceso al condón femenino y el desarrollo de los microbicidas tópicos.

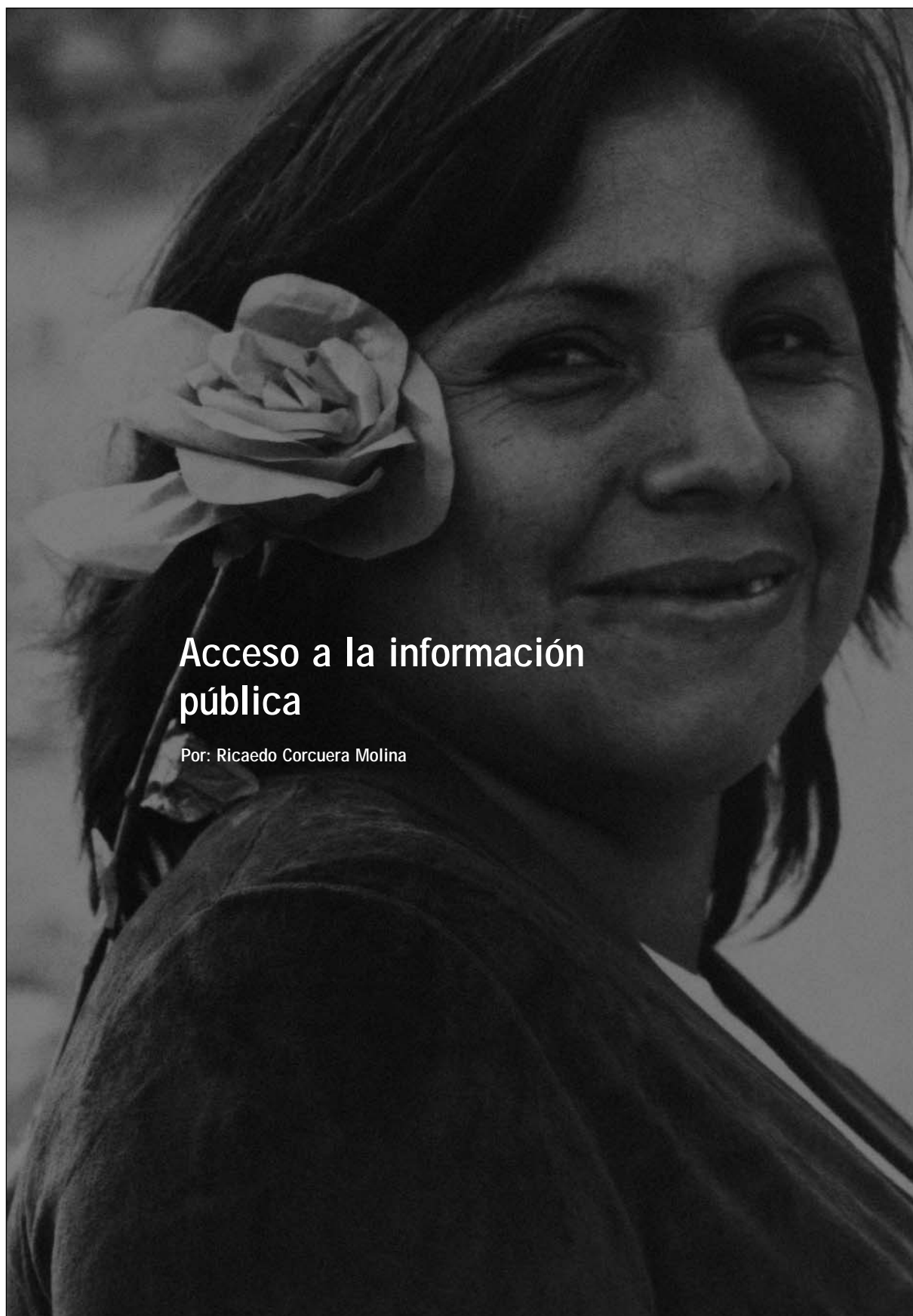
De la misma manera se debe incluir acciones educativas y de prevención de VIH en los servicios que atienden violencia, en especial la violencia sexual. Un aspecto clave es incluir la provisión de anticoncepción de emergencia y la atención preventiva y recuperativa a las ITS en estos casos, incluido la realización de un test para detectar el VIH.

Es fundamental que exista una colaboración estrecha entre las organizaciones que trabajan para prevenir la violencia contra la mujer y para prevenir la infección del VIH. Por un lado, las mujeres con VIH tienen mayor riesgo de ser violentadas, tanto en la familia como en las comunidades; en muchos casos la transmisión vertical hace que las mujeres sean doblemente estigmatizadas; y por otro lado, la violencia, y en especial la sexual, aumenta el riesgo para las mujeres de contraer una ETS.

Por último, hablar de la epidemia del SIDA en el Perú es hablar de una cadena de vulneraciones de derechos humanos, la limitada información, educación y servicios, la existencia de legislación que no se cumple, las deudas del Ministerio de Salud con relación a la atención integral de las personas que viven con VIH, y la limitada protección social frente al estigma y la discriminación, entre otros.

También es hablar de un creciente movimiento social que aboga por los derechos humanos de las personas afectadas, una comunidad internacional más comprometida con los derechos sociales, económicos y culturales; un escenario internacional donde se está poniendo en tensión con creciente énfasis el derecho a la salud con los derechos de propiedad intelectual de las corporaciones. De estos conflictos y de las posibilidades de construir un nuevo pacto social en el campo de la salud que nos movilice hacia una visión dialogada y colectiva que asegure el derecho a la salud para todos y todas, en forma integral e interdependiente con el conjunto de derechos humanos, depende principalmente nuestra posibilidad de encontrar una respuesta adecuada e integral a la pandemia del SIDA.

Acceso a la información pública



Acceso a la información pública

Por: Ricaedo Corcuera Molina

El derecho de acceso a la información es uno de los derechos fundamentales de las personas reconocido en la Constitución Política del Perú de 1993. En él se establece que “toda persona tiene derecho a solicitar sin expresión de causa la información que requiera y a recibirla de cualquier entidad pública, en el plazo legal, con el costo que suponga el pedido”.

El presente informe pretende mostrar la problemática que existe en nuestro país cuando se trata de acceder a la información pública que posee el Estado en temas relacionados a salud sexual y reproductiva y violencia.

Nuestro punto de partida es la labor de investigación realizada por el Movimiento Manuela Ramos y el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, destinada a alimentar la Base de Datos Atenea, fruto del seguimiento de los acuerdos adoptados en la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo, la cual incluye como uno de sus ejes la transparencia de las entidades públicas.

Cuando se inició el trabajo de recolección de la información, enero de 2001-abril de 2002, aún no se encontraba vigente la Ley de Transparencia y acceso a la información pública, Ley N° 27806, del 3 de agosto de 2002, ni su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 072-2003-PCM más de un año después, el 7 de agosto de 2003. Sin embargo, existían otros dispositivos legales, además de la Constitución, que regulaban el derecho de acceso a la información; como el Decreto Supremo N° 018-2001-PCM, que regulaba el procedimiento de acceso a la información de carácter público en las dependencias estatales, publicado el 27 de febrero del 2001, y el Decreto Legislativo N° 757, Ley Marco para el crecimiento de la inversión privada.

Nuestra intención es mostrar cuáles fueron los problemas que afrontaron las instituciones al momento de desarrollar su labor de investigación y cuáles las

infracciones que cometieron las autoridades responsables de brindarla. De igual manera analizaremos los mismos hechos a la luz de la normatividad vigente, ello debido a que si bien éstos fueron producidos antes de la vigencia de la Ley de Transparencia, son producto de conductas que a la fecha perviven.

DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN

El derecho de acceso a la información es uno de los derechos fundamentales de las personas reconocido en la Constitución Política del Perú de 1993. En él se establece que "toda persona tiene derecho a solicitar sin expresión de causa la información que requiera y a recibirla de cualquier entidad pública, en el plazo legal, con el costo que suponga el pedido". Significa que cualquier persona puede acudir a una entidad pública y solicitar la información que necesite sin dar explicación. Solamente tendrá que pagar el costo de reproducción del documento o de la información. Cabe señalar que antes de la vigencia de la ley de transparencia, a través del DS N° 018-2001-PCM, se permitía a las entidades públicas fijar una tasa adicional a los costos de reproducción. Hoy, con la nueva ley, la aplicación de tasas o cobros adicionales al costo de reproducción resultan ilegales.

El hecho de que sea considerado como derecho fundamental le brinda una mayor protección frente a cualquier acto que intente vulnerarlo. Así, el artículo 200°, numeral 3) de la Constitución señala que "La Acción de Hábeas Data, procede contra el hecho u omisión, por parte de cualquier autoridad, funcionario o persona, que vulnera o amenaza los derechos a que se refiere el artículo 2°, incisos 5 y 6 de la Constitución". Esta protección se justifica en la medida que, como señala Rodríguez-Toubes, los derechos fundamentales son instrumentos de protección de los intereses más importantes de las personas, aquellos que son requisito y presupuesto de su desarrollo integral como persona capaz de autodeterminarse. Son derechos básicos, por cuanto son la base y fundamento de la integración jurídica y personal del individuo en la sociedad. Por lo tanto, es un requisito y presupuesto de la legitimidad de la actuación del Estado, representado en cada una de las entidades que lo conforman, el respeto al contenido mínimo y esencial de los derechos fundamentales, entre los cuales se encuentra el derecho de acceso a la información.

Así también lo reconoce la Convención Americana de Derechos Humanos, en su capítulo segundo, referido a los derechos civiles y políticos. El artículo 13° de la Convención señala que "toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de **buscar, recibir y difundir informaciones** e ideas de toda índole, sin consideración de

fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección”.

Su naturaleza de derecho humano nos ayuda a comprender su importancia, más aún en sociedades como la nuestra, en las cuales es indispensable que los ciudadanos y ciudadanas puedan comunicar libremente sus pensamientos y opiniones, así como buscar y recibir información veraz sobre todo aquello que afecta su vida como persona en sociedad, es decir, sobre los asuntos públicos.

La libertad de buscar y recibir información es una de las condiciones esenciales para que los ciudadanos y ciudadanas se formen un juicio, confronten sus puntos de vista, elaboren alternativas y puedan participar responsablemente en los asuntos públicos y en los mecanismos de fiscalización social. Sin embargo, para ejercer este derecho es necesario poder acceder a las fuentes de información.

PROBLEMAS EN EL ACCESO A LA INFORMACIÓN

La información estadística disponible, relacionada con las muertes maternas, generalmente no es confiable ni exacta. Inclusive la información requerida para el cálculo de los indicadores de proceso a menudo es incompleta y poco confiable. Las intervenciones no pueden medir su avance si no se cuenta con información basal y de seguimiento confiable. No existe documentación pública consistente de evaluación de los múltiples programas y proyectos que se realizaron en el Perú en el campo de la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, los indicadores relacionados con recursos económicos no se publican periódicamente, más allá del presupuesto general de la República; y su estructura no permite hacer análisis de género o simplemente saber cuánto gasta el gobierno en relación a las diferentes regiones del país o en relación a los diferentes estratos económicos. En las cuentas nacionales no se valora el trabajo doméstico o en forma de voluntariado social que desarrollan principalmente las mujeres ni tampoco se tiene evidencia del gasto de bolsillo desagregado por sexo.

Se requirió información a las Regiones Policiales, al Ministerio del Interior, al Ministerio de Educación, al Ministerio de Salud y al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.

1. Entrega de la información

Un problema común fue la demora en la respuesta de la entidad a los pedidos de información, así como la entrega inmediata: el tiempo empleado para dar respuesta fue excesivamente largo.

El Decreto Supremo 018-2001-PCM, vigente al momento de realizarse los trabajos de investigación, señalaba que una vez recibida la solicitud de información, la entidad requerida tenía un plazo de siete (7) días hábiles para aprobar la solicitud, y de ser positiva la respuesta, tenía un plazo de cinco (5) días hábiles para entregarla. Es decir, que en el caso que la entidad resolviera entregar la información, tenía un plazo máximo de doce (12) días hábiles. Sin embargo, estos plazos nunca se cumplieron.

En el caso de los Jefes de las Regiones Policiales, al solicitárseles información relativa a la violencia sexual en mujeres y niños(as), así como denuncias contra mujeres por delito de aborto, el tiempo en promedio para la entrega de la información desde la recepción de las solicitudes hasta su entrega fue de tres (3) meses.

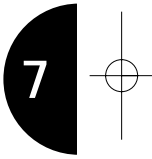
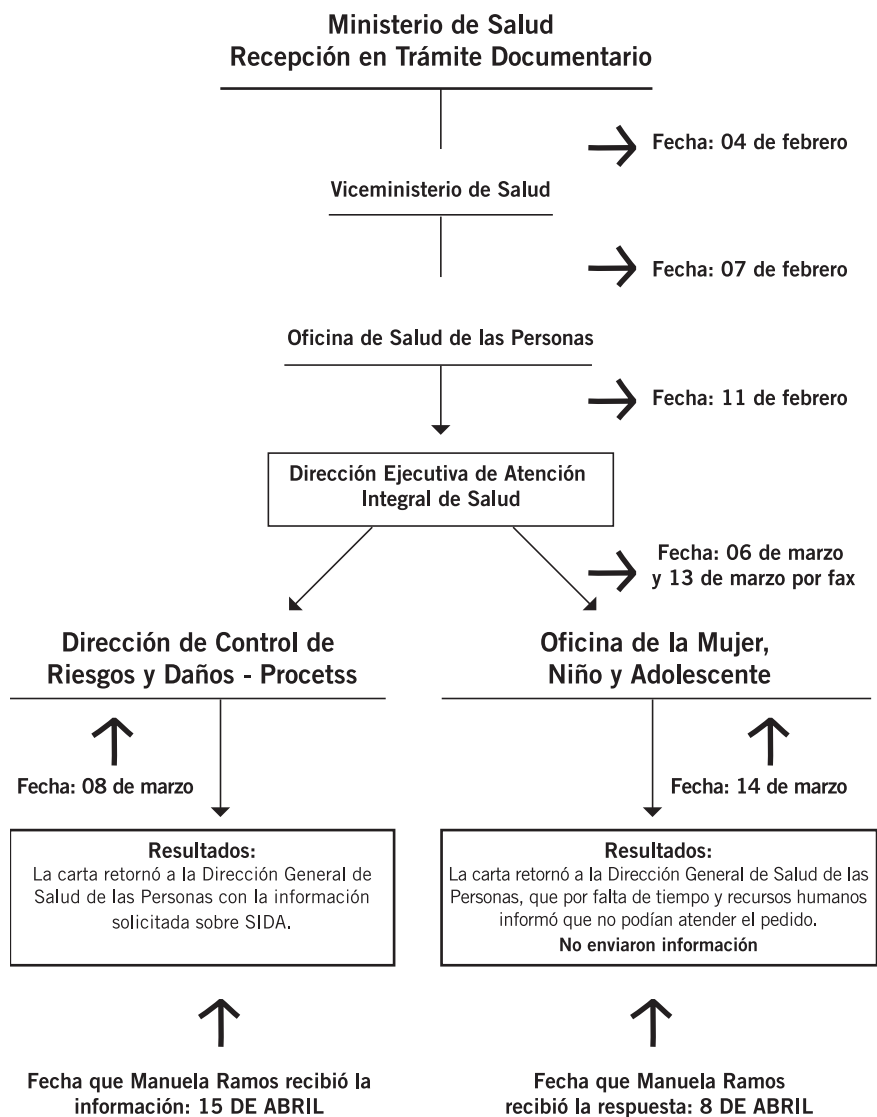
Otro ejemplo lo constituye el Ministerio de Salud, cuando se les solicitó información sobre SIDA. En esa oportunidad se realizó un seguimiento a la solicitud de información que mostró uno de los factores íntimamente relacionados al incumplimiento de los plazos legales y que trataremos más adelante: la excesiva burocracia. El trámite fue el siguiente:

- Presentación de la solicitud: 04 de febrero.
- Oficina del viceministro: 07 de febrero.
- Oficina de Salud de las Personas: 11 de marzo.
- Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud: 06 de marzo y 13 de marzo retransmitido por fax.

A partir de este momento nuestra solicitud se derivó a dos oficinas distintas por la información que se requirió: la Dirección de Control de Riesgos y Daños - PROCETSS y la Oficina Mujer, Niño y Adolescente. En la primera de ellas, la solicitud llegó con fecha 08 de marzo, cumpliendo con entregar la información correspondiente a la Dirección General de Salud de las Personas, quien cumplió con entregarla a los solicitantes con fecha 15 de abril. La solicitud derivada a la Oficina Mujer Niño y Adolescente respondió también a la Dirección General de Salud de las Personas que "por falta de tiempo y recursos humanos no podían atender el pedido". Esta respuesta fue puesta a conocimiento de los solicitantes con fecha 08 de abril. Es decir, tuvo que transcurrir más de dos meses desde presentada la solicitud para obtener una información que según lo establecido en la norma que regulaba el derecho de acceso a la información no debía ser mayor a doce días hábiles.

Trámite Administrativo de correspondencia enviada al MINSA solicitando información para la BD ATENEA

N° de carta: MR-OIC/ 010-2002
Fecha de envío: 04 de febrero



Actualmente la Ley de Transparencia contempla un plazo de siete (7) días útiles para la entrega de la información una vez recibida la solicitud, prorrogables por cinco (5) días útiles adicionales de existir causas que hagan difícil cumplir con el primer plazo. Sin embargo, para utilizar el segundo plazo, la entidad deberá informar al solicitante, antes del vencimiento del primero, que hará uso de la prórroga. El Reglamento de la Ley pone como plazo máximo para la comunicación del uso de la prórroga al sexto día de recibida la solicitud.

2. Portales de Internet desactualizados

Al tiempo de realizadas las investigaciones no existía una ley que detallara el tipo de información que las entidades públicas debían incluir en sus portales de Internet, así como la obligación de mantenerla actualizada. Las únicas excepciones, y sobre determinado tipo de información, fueron el Ministerio de Economía y Finanzas, el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado, FONAFE, la Oficina de Normalización Previsional, ONP, y el Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, CONSUCODE, que por el Decreto de Urgencia N° 035-2001, estaban obligadas a utilizar este medio para publicar y mantener actualizada la información de sus estados financieros.

La ausencia de una norma explica, pero no justifica, que las demás entidades públicas que poseían a la fecha portales de Internet no tuviesen actualizada la información.

La política de Transparencia de la gestión del Estado significa que las entidades públicas, como integrantes del Estado, deben publicar la información que posean, que sea de interés público, a través de los medios con los que cuenten, como por ejemplo los portales de Internet, debidamente actualizados.

La información resulta más valiosa cuando más rápido se puede acceder a ella, y no únicamente al tiempo que tarde obtenerla, sino también al transcurrido entre que fue creada o adquirida y es expuesta al conocimiento de las personas.

Durante las investigaciones se recurrió al portal de Internet del Ministerio de Educación para obtener información sobre el currículo vigente; sin embargo, la información en él contenida estaba desactualizada. Ninguno de los documentos publicados en la Web sobre el currículo correspondía al vigente.

La Ley de Transparencia exige a las entidades de la administración pública, entre los que se encuentra el ministerio arriba señalado, que difundan a través de Internet información relativa a sus principales disposiciones, comunicados emitidos, organización, presupuesto, adquisiciones, por citar algunos ejemplos (artículo 5º). También se exige que la entidad designe a un funcionario responsable, el cual tendrá dentro de sus obligaciones mantener actualizada la información contenida en el portal, señalando en él la fecha de la última actualización (artículo 8º, inciso c del Reglamento).

3. Reserva de la información

Así como el artículo 2º, numeral 5 de la Constitución, reconoce el derecho de las personas a acceder a la información en poder del Estado, también reconoce las reservas de la información cuando se trata de proteger bienes jurídicos de superior o igual valor que el derecho reclamado, como por ejemplo: la seguridad nacional o la intimidad de las personas. Sin embargo, muchas veces las reservas que establecen algunas entidades públicas no tienen como fundamento la protección de los bienes jurídicos señalados, sino únicamente una voluntad arbitraria.

Una de las Regiones Policiales a las que se solicitó información relativa a la violencia sexual en mujeres y niños(as), así como de denuncias contra mujeres por delitos de aborto, respondió que para poder entregar la información debía primero recibir una autorización del ministerio, negando finalmente su entrega.

Este tipo de respuestas se justifican muchas veces, lo que no significa que lo aprobemos, en la existencia de normas internas que clasifican la información que poseen sin ningún tipo de parámetros. La respuesta de la Región Policial se amparó en el Manual de Seguridad Documentaria del Ministerio del Interior, que clasifica la documentación en dos grandes grupos: comunes y clasificados. Los documentos comunes, que incluye la información solicitada, señala los que "pueden ser conocidos y distribuidos sin ninguna restricción, **sin que eso signifique que personas ajenas a una dependencia o particulares tengan acceso libre y sin control alguno**". Es decir, ni siquiera la información pública, que no atenta contra ningún bien jurídico, está libre de ser ocultada.

En aquellos días esta arbitrariedad respondía a una falta de determinación y definición de las excepciones legales al derecho de la información. El Decreto Supremo 018-2001-PCM sólo señalaba que la información podía negarse si con su entrega pudiera afectarse la seguridad nacional o la intimidad de las personas, así como si estuviera

reservada por alguna ley, dejando un margen demasiado amplio a las entidades públicas para "decidir" cuando concurrían estos supuestos.

La Ley de Transparencia posee también una enumeración de todas las excepciones legales a nuestro derecho de acceso a la información, lo cual permite encasillar la libre clasificación de la información por parte de las entidades públicas. Sin embargo, aún subsisten algunas imprecisiones acerca de qué debe entenderse por intimidad personal. Esta labor, con la redacción actual de la ley, que consideramos muy positiva si la comparamos con la redacción del DS 018-2001-PCM, le correspondería únicamente al juez en una futura demanda de Hábeas Data o una acción contencioso administrativa.

4. Registro de la información

Para hacer verdaderamente efectivo el derecho de acceso a la información es indispensable la organización por parte del Estado, ya sea en cada una de sus oficinas o en un centro estatal de documentación, de un servicio técnico que facilite al público la consulta de los papeles oficiales. El objeto de este servicio de documentación sería el de concentrar la información pública para permitir con seguridad y rapidez su consecución. La informática debe ser aplicada a este propósito.

No cabe duda que la recopilación, selección y síntesis de la información es un requisito indispensable para ejercitar efectivamente el derecho de acceso a la información, y ello no requiere de una orden expresa de la ley.

La mención a esta condición que debe reunir toda información que posea el Estado se debe a una peculiar respuesta recibida del Ministerio de Salud ante una solicitud de información. Con fecha 14 de septiembre se cursó una solicitud de información al doctor Osvaldo Lazo González, Director General de Salud de las Personas, en la cual se le solicitaba, en síntesis, información relativa a los montos utilizados en la prevención y atención a personas afectadas con el VIH/SIDA, las campañas de educación sobre esta enfermedad, información relativa a los abortos contabilizados por el ministerio, y la provisión de los métodos anticonceptivos.

La respuesta de la entidad señalaba que por los cambios operados al interior de la Dirección General de Salud de las Personas, era "conveniente" la designación de un personal de las instituciones solicitantes para la labor de obtención de la información. Es decir, se exigía a las instituciones realizar el trabajo de esta entidad para obtener la información solicitada.

El Decreto Supremo N° 018-2001-PCM, disponía la existencia de una tasa que debía ser dispuesta por la entidad, la cual no incluía el costo de reproducción. En ella podía incluirse, como lo hacían algunas instituciones, un valor adicional que representara la disposición de personal destinado a buscar la información. Lo que no se puede es trasladar una obligación de las entidades públicas a los ciudadanos. Esto representa un acto arbitrario y abusivo de la entidad.

En ese sentido, la Ley de Transparencia obliga a los funcionarios responsables de brindar la información, de prever una adecuada infraestructura, así como la organización, sistematización y publicación de la información (artículo 3° de la Ley).

5. Burocracia del Estado

La excesiva burocracia existente en las entidades del Estado afectó el tiempo de entrega de la información, en el mejor de los casos, o el tiempo para responder la denegatoria de la solicitud. Un ejemplo lo constituye el caso citado arriba cuando solicitamos información al Ministerio de Salud sobre SIDA –ver “Entrega de la Información”–. Una situación similar se produjo con el Ministerio del Interior, respecto a las denuncias sobre violencia sexual infantil en las Regiones Policiales. Hubo que pasar por varios departamentos antes de llegar a la oficina respectiva; incluso, una vez resuelto que era la propia Región Policial la que debía otorgar la información, se tuvo que volver a hacer contacto con la oficina de Lima para que autorice la entrega de la información.

El Decreto Supremo N° 018-2001-PCM establecía que todas las entidades del Sector Público a las que se refiere el artículo 20° del Decreto Legislativo N° 757, deben incorporar en su Texto Único de Procedimientos Administrativos, TUPA, un procedimiento que posibilite el acceso de las personas a la información solicitada, respetando las disposiciones en él contenidas. Sin embargo, no se señalaba quién era el funcionario o servidor responsable en entregar la información. Ello significaba que quienes deseaban obtener información de alguna entidad pública, debían averiguar previamente quién era el funcionario o servidor responsable. Una doble investigación.

Este defecto es corregido en la Ley de Transparencia, que ordena designar en el procedimiento de acceso a la información de cada entidad al funcionario responsable en brindarla. El artículo 8° de la Ley señala que las entidades obligadas a brindar información “identificarán, bajo responsabilidad de su máximo representante, al funcionario responsable de brindar la información solicitada. (...) En caso de que

éste no hubiera sido designado las responsabilidades administrativas y penales recaerán en el secretario general de la institución o quien haga sus veces". Esto es un gran avance, ya que impide se repitan situaciones como la anteriormente descrita. La identificación del funcionario o servidor responsable permite ahorrar tiempo en la obtención de la información.

6. Otros problemas

La recopilación de datos para desarrollar los indicadores propuestos por Atenea ha estado cargada de dificultades. Muchas de las estadísticas no se han desagregado por sexo ni por edad, los programas preventivos no se encuentran sistematizados, se desarrollan acciones desde cada Ministerio sin que exista una instancia que evalúe el impacto real de las intervenciones. El acceso a información sobre datos financieros es sumamente complicado, en parte porque los ministerios no tienen un abordaje de la producción de información desde la perspectiva de rendición de cuentas a la sociedad, por lo que los procedimientos presupuestales y financieros de los sectores altamente fragmentados son en su mayoría incomprensibles o incompletos.

Por ejemplo, los reportes periódicos que realiza la oficina de epidemiología del Ministerio de Salud, no permiten hacer un análisis de género o generacional. A pesar de que la base de datos recoge valiosa información, ésta es sumamente restringida.

Hasta el momento se han señalado aquellos problemas que representan una infracción directa a las normas que regulan el derecho de acceso a la información por parte de las entidades obligadas en brindarla. Ahora mencionaremos los que dificultan el acceso a la información en poder de las entidades públicas, pero que tienen que ver más con una voluntad del Estado a una regulación del derecho de acceso a la información para lograr su efectivo cumplimiento.

Falta de Presupuesto: este argumento fue señalado por las Regiones Policiales para justificar el no envío de la información solicitada.

En ese sentido, el Estado debe asegurar que las entidades públicas cuenten con el presupuesto necesario para cumplir con la entrega de la información.

Falta de equipo logístico: falta de equipos de fax y de teléfonos, también fueron argumentos, en especial de las Regiones Policiales, para justificar el retraso en la entrega de la información.

Al igual que en el punto anterior, el Estado debe facilitar a las personas que solicitan la información, así como a quienes están obligados a entregarla, cumplir con su derecho y obligación, respectivamente; pues no basta el dictado de una norma si su cumplimiento no puede ser efectivo por las personas por falta de condiciones ajenas al contenido de la norma.

Falta de capacitación del personal que participa en el procedimiento de acceso a la información: una labor como la que señalamos evitaría confusiones en el personal de las entidades públicas para resolver la entrega de la información. Muchas veces temerosas ante sanciones de las entidades de las cuales forman parte, optan equivocadamente por no atender a los requerimiento de información.

CONCLUSIONES

1. A pesar de reconocerse en la Constitución el derecho de acceso a la información de las personas desde 1993 y existir una normativa que lo regula, existe aún desinformación por parte de las entidades públicas sobre los alcances y obligaciones que el derecho trae consigo.
2. El Estado no sólo debe regular el derecho de acceso a la información, sino facilitar también su cumplimiento efectivo disponiendo que las entidades públicas cuenten con el presupuesto y equipo necesario que les permita cumplir con su obligación, así como realizar labores de capacitación del personal que interviene a lo largo del procedimiento.
3. Existen algunos pasos que las personas que requieran información en poder de las entidades públicas deben seguir a fin de sortear las dificultades en el acceso a la información. Si bien es cierto no se eliminarán del todo, reducirán en muchos casos las dificultades de acceso.
 - 3.1. Identificación de la entidad que posee la información: es importante saber cuál es la entidad que posee la información. No importa si la produjo o no. Basta la posesión de la misma para exigir su entrega.
 - 3.2. Identificación del funcionario responsable: toda entidad pública tiene la obligación de identificar en el procedimiento de acceso a la información que posea al funcionario o servidor responsable en la

entrega de la información, y que será a quien la solicitemos. Esta información debe estar contenida en el Texto Único de Procedimientos Administrativos, TUPA, de cada entidad de la administración pública o en una norma interna, pero de acceso público, si se trata de una empresa del Estado.

3.3. Precisión y claridad al momento de solicitar la información: es necesario saber qué tipo de información se requiere y ello ser manifestado a la entidad con precisión y claridad. Esto ayudará a que la entidad pública pueda identificar de manera rápida la información solicitada, y evitará que algunas entidades dificulten el acceso brindando información distinta a la solicitada o en forma parcial.

3.4. Rigurosidad en el procedimiento: cuando se solicite información deberán respetarse rigurosamente cada una de las obligaciones en la ley contenidas. Así, por ejemplo, luego de transcurrido el plazo para que una entidad deba entregar la información solicitada y no haber sido proporcionada, deberá interponerse inmediatamente el recurso de apelación para que el superior resuelva. La rigurosidad que se exprese para solicitar la información educará a los responsables de entregarla.