

CONFERENCIA
INTERNACIONAL
SOBRE LA POBLACION
Y EL DESARROLLO

CAIRO
+20:



HACIA UNA LECTURA
DE LA PLATAFORMA
PARA LA ACCIÓN DE CAIRO
A 20 AÑOS EN EL PERÚ
(1994-2014)



MESA DE VIGILANCIA
CIUDADANA
EN DERECHOS
SEXUALES Y
REPRODUCTIVOS

**CONFERENCIA
INTERNACIONAL
SOBRE LA POBLACION
Y EL DESARROLLO**

**CAIRO
+20:**

**HACIA UNA LECTURA
DE LA PLATAFORMA
PARA LA ACCIÓN DE CAIRO
A 20 AÑOS EN EL PERÚ
(1994-2014)**



*Informe Alternativo de Organizaciones de la Sociedad Civil sobre
el cumplimiento de la Plataforma para la Acción de Cairo a 20 años en el Perú.*

- © Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos

- © Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX)
Av. José Pardo 601, Oficina 604,
Miraflores, Lima 18 - Perú
Teléfono: [511] 447 8668 Fax: [511] 243 0460
www.promsex.org

- © Movimiento Manuela Ramos
Av. Juan Pablo Fernandini 1550,
Pueblo Libre, Lima 21 - Perú
Teléfono: [511] 423-8840 / Fax: 431-4412
www.manuela.org.pe

- © Centro de Investigación y Promoción Popular (CENDIPP)
Jr. José G. Paredes 161 – Pueblo Libre – Lima – Perú
Teléfono: 4617010 –2612688 Fax : 4617010
www.cendipp.org

Editora Responsable: Brenda Alvarez Alvarez

Sistematizadora: Liurka Otsuka Salinas

Equipo responsable:

Brenda Alvarez Alvarez - PROMSEX
Giovanna Sofía Carillo - INPPARES
Gianinna Peña - APPRENDE
Rocio Zamata Cepeda - INPPARES
Silvia Samamé Mancilla - Red de Promoción de la Mujer
Vladimir Palomino - Manuela Ramos

Corrección de Estilo: Verónica Ferrari

Diseño y Diagramación: Julisa Soriano

Impresión: Lettera Gráfica

Jr. Emilio Althaus N° 460 Lince T: 471-0700 F: 471-6164

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú: 2013-09130

Primera edición, Junio 2013

Lima - Perú

Esta publicación ha sido posible gracias a la participación de Angela Sebastiani, Agenda Joven en Derechos Sexuales y Reproductivos, Asociación Nacional de Obstetras Privados, Asociación Grupo de Trabajo Redes, Apprende, Apropro, Católicas por el Derecho a Decidir-Perú, Centro de Investigación y Promoción Popular, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, Centro de Estudios Sociales y Publicaciones, Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Confederación General de Trabajadores del Perú, Comunidad de Mujeres Positivas Lima Este, Colectivo Juvenil TLGB A Tu Manera, Foro Salud, Instituto de Estudio en Salud Sexualidad y Desarrollo Humano, Instituto Peruano de Paternidad Responsable, Kolectiva Rebeldías Lésbicas, Medicos del Mundo Francia, Movimiento Manuela Ramos, Movimiento de Mujeres del Callao, Mujeres Biodanzantes, Red Peruana de Masculinidades, Red Peruana de Mujeres Viviendo con VIH, Redess Jóvenes, Red Nacional de Promoción de la Mujer, Sindicato de Obstetras del Instituto Nacional Materno Perinatal, Sociedad Peruana de Ginecología y Obstetricia y Solidaridad Internacional.

INDICE

Glosario de términos	>>>	>>>	>>>	>>>	4
Introducción	>>>	>>>	>>>	>>>	6
Capítulo I EMBARAZO ADOLESCENTE	>>>	>>>	>>>	>>>	12
Capítulo II MORTALIDAD MATERNA	>>>	>>>	>>>	>>>	22
Capítulo III ABORTO	>>>	>>>	>>>	>>>	30
Capítulo IV ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	>>>	>>>	>>>	>>>	38
Capítulo V VIH Y SIDA	>>>	>>>	>>>	>>>	46
Capítulo VI EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL	>>>	>>>	>>>	>>>	54
Bibliografía	>>>	>>>	>>>	>>>	61
Anexos	>>>	>>>	>>>	>>>	65



GLOSARIO DE TÉRMINOS

AOE:	Anticoncepción Oral de Emergencia
CEDAW:	Siglas del término en inglés para la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
CEPAL:	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIPD:	Conferencia Internacional para la Población y Desarrollo
CP:	Código Penal
DIU:	Dispositivo Intrauterino
DITOE:	Dirección de Tutoría y Orientación Educativa
ENDES:	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ESI:	Educación Sexual Integral
GTPEA:	Grupo de Trabajo Prevención del embarazo adolescente
HSH:	Hombres que tienen sexo con hombres
INEI:	Instituto Nacional de Estadística e Informática

MAC:	Métodos anticonceptivos
MINEDU:	Ministerio de Educación
MINSA:	Ministerio de Salud
MIMPV:	Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables
LIO:	Ley de Igualdad de Oportunidades
PLANIG:	Plan Nacional de Igualdad de Género
PNAIA:	Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia
SIS:	Seguro Integral de Salud
SMN:	Salud Materno Neonatal
UNFPA:	Siglas del término en inglés para Fondo de Población de las Naciones Unidas
VIH/SIDA:	Virus de Inmunodeficiencia Humana / Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida



INTRODUCCION

Entre el 5 y el 13 de setiembre de 1994 se realizó en la ciudad de El Cairo la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en donde 179 representantes de los Estados partes de las Naciones Unidas, entre ellos el Perú, centraron la atención mundial en la expansión de la pobreza, los derechos y necesidades de las mujeres, la degradación del medioambiente y el rápido crecimiento de la población. Como resultado de la CIPD, se elaboró y aprobó el Programa de Acción sobre Población y Desarrollo para los siguientes veinte años, lo que culminaría en el año 2014 (Páez 2012: 9). Dicha conferencia significó un cambio de visión sobre las políticas de población y desarrollo, las cuales pasaron de centrar la discusión en estadísticas y números a la valoración de las personas como el punto central de la misma.

Asimismo, significó el comienzo de las discusiones que versan sobre los derechos sexuales y reproductivos de la población en general, pero con énfasis en las mujeres, ratificando su derecho a decidir sobre su reproducción a través de la información y acceso a métodos anticonceptivos, promoviendo la equidad e igualdad entre los sexos, y eliminando la violencia contra las mujeres. En ese sentido, el Programa de Acción proporciona un amplio conjunto de objetivos y recomendaciones que buscan mejorar el bienestar humano promoviendo el desarrollo sostenible y el crecimiento económico sostenido, y responde a la necesidad de crear políticas públicas de población que consideren a las mujeres como sujetos sociales, reconociendo su derecho a tomar sus propias decisiones tanto en el ámbito reproductivo como sexual.

Como parte de los objetivos del Programa de Acción se reconoce que la potenciación, habilitación y la autonomía de la mujer y el mejoramiento de su situación política, social, económica y de salud constituyen, en sí mismas, una meta importante y necesaria para el logro del desarrollo sostenible (Naciones Unidas 1995: 20-21). En ese sentido, es indispensable que las mujeres participen de la vida productiva y reproductiva que implica la formulación de políticas públicas que aseguren: la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de

procrear; libertad para decidir cuándo hacerlo o no y con qué frecuencia; el derecho a obtener información sobre métodos anticonceptivos que le permitan planificar su reproducción; acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables; derecho a recibir servicios adecuados de salud que permitan los embarazos y partos sin riesgos y con ello evitar las muertes maternas, así como el tratamiento de complicación de abortos que no están penalizados; eliminación de todas las prácticas que discriminen a la mujer; promoción de la igualdad y equidad entre los géneros; y prevención y lucha contra el VIH y el SIDA (Naciones Unidas 1995:).

La aplicación y ejecución de las metas y objetivos formulados en el Programa de Acción constituyen una obligación soberana de cada país, que busca compatibilizar las leyes nacionales y las prioridades en materia de desarrollo de su país con las recomendaciones dadas. De esta manera, el Programa de Acción ha sido examinado, desde su aprobación, en tres oportunidades por la Asamblea General de la ONU:

1. La evaluación Cairo + 5 fue realizada en Nueva York en marzo y junio de 1999. El examen mostró que se han realizado progresos significativos en el cumplimiento de las metas. Sin embargo, aún existen ciertas áreas que requieren mayores esfuerzos como: el acceso a servicios de calidad de salud reproductiva, abastecimiento y acceso a métodos anticonceptivos, el VIH y SIDA, y la discriminación y mortalidad materna.
2. La evaluación Cairo + 10 fue realizada desde diciembre de 2002 hasta setiembre de 2004. Se hizo manifiesta la voluntad política de seguir avanzando en la implementación del Plan de Acción como una de las estrategias para elevar los niveles de vida y lograr el desarrollo sostenible desde un enfoque de derechos. En ese sentido, desde la Declaración de la Mesa Directiva Ampliada del Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL (10 y 11 de marzo de 2004), se insta a los países a que intensifiquen sus



esfuerzos en: la erradicación de la pobreza, el desarrollo de la equidad de género y derechos de las mujeres, la implementación de la salud sexual y reproductiva en las políticas públicas, profundizar los esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna, la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y SIDA, y la eliminación de la violencia contra las mujeres.

3. La evaluación Cairo +15 mostró que existen signos de progreso respecto a la estimación de personas que viven con VIH en el mundo. Sin embargo, existe una preocupación por las mujeres cuyas necesidades de servicios de planificación familiar no están siendo atendidas y los pocos avances realizados en la reducción de la mortalidad materna.

CONTEXTO NACIONAL SOBRE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL PERÚ

En el Perú existen leyes y normas que versan sobre los derechos sexuales y reproductivos de las/los ciudadanas/os y que reconocen la necesidad de las mismas como parte esencial del desarrollo sostenible de la población: la **Constitución Política del Perú**, la cual señala en sus artículos 6 y 7 que la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsable, por lo que reconoce, aunque no lo diga expresamente, el derecho de la persona a decidir sobre su reproducción, es decir, elegir cuántos, cuándo, con quién y el periodo de distanciamiento entre ellos. Pero es en la **Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres** donde se plasma las obligaciones y atribuciones directas del Poder Ejecutivo dentro de la ley, entre ellos la garantía del derecho a la salud con énfasis en la vigencia de los derechos

sexuales y reproductivos y la prevención del embarazo adolescente, asimismo, la promoción de una educación sexual integral con calidad científica y ética. En ese sentido, en tanto ley que es marco para la implementación de políticas, programas y acciones para lograr la igualdad entre hombres y mujeres, el Estado peruano tiene la obligación de tomar las medidas necesarias con el fin de que las mujeres y varones gocen del pleno ejercicio de sus derechos sin discriminación.

A propósito del cumplimiento del artículo 4 de la LIO, en la que refiere que el Estado deberá implementar las políticas públicas bajo una perspectiva de género¹, el Plan de Igualdad de Género-PLANIG 2012-2017 es creado como un instrumento de política del Estado que le permite incidir a nivel nacional y regional, promoviendo y garantizando la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres dispuesto en la LIO (MIMPV 2012: 4). En ese sentido, el PLANIG ofrece una serie de metas relacionadas con la salud sexual y reproductiva, relacionadas con el acceso a los establecimientos de salud, acceso a información, VIH/sida, violencia sexual y violencia de género, considerando la situación de vulnerabilidad de las y los adolescentes.

Por otro lado, existen leyes que reconocen el derecho a elegir métodos anticonceptivos y a recibir información sobre planificación familiar (**Ley N° 26842 - Ley General de Salud**) y la creación de programas de educación en sexualidad orientados a elevar los niveles educativos de la población y a garantizar programas de educación en población en todos los niveles y modalidades del sistema educativo que incluye a la educación familiar y sexual (**Ley de Política Nacional de Población**).

¹ Ley 28983, Artículo 4.- Es rol del Estado, para los efectos de la presente Ley: 1. Promover y garantizar la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, adoptando todas las medidas necesarias que permitan remover los obstáculos que impiden el ejercicio pleno de este derecho, con el fin de erradicar todas las formas de discriminación.

2. Adoptar medidas de acción positiva de carácter temporal, encaminadas a acelerar la igualdad de hecho entre la mujer y el hombre, las que no se considerarán discriminatorias.

3. Incorporar y promover el uso de lenguaje inclusivo en todas las comunicaciones escritas y documentos que se elaboren en todas las instancias y niveles de gobierno.



En ese sentido, a puertas de la evaluación a 20 años del Programa de Acción de Cairo se tiene la iniciativa de informar sobre los avances que el Perú ha venido realizando sobre el cumplimiento de las metas y medidas relacionadas a la salud sexual y reproductiva. Los temas abordados en este informe girarán alrededor de seis ejes temáticos: embarazo adolescente, mortalidad materna, mujeres y VIH/sida, aborto, educación sexual integral y acceso a métodos anticonceptivos.

Los resultados del balance de dicha investigación y sistematización de datos señalan que si bien es cierto que, por un lado, las principales políticas públicas reconocen derechos involucrados en cada uno de los ejes temáticos como el **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (2012)** propone como meta emblemática disminuir en un 20% la tasa de maternidad adolescente; **El Plan Nacional de Igualdad de Género** que señala como meta incrementar la oferta pública de servicios de atención diferenciada para los y las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, reducir en un porcentaje el embarazo adolescente, mortalidad materna y aprobar e implementar un protocolo nacional de aborto terapéutico; **El Plan Nacional contra la violencia hacia las mujeres 2009-2015** refiere la relación de la violencia contra las mujeres como factor de riesgo de vivir con VIH/SIDA; entre otros.

Por otro lado, estas no resuelven los problemas estructurales puesto que existe una deficiencia en la implementación de las políticas públicas, así como las barreras legales que no permiten que las mujeres y las y los adolescentes hagan uso de su derecho a la sexualidad y la reproducción. Por ejemplo, la Ley General de Salud que en la práctica se utiliza para condicionar la atención en el servicio de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes al consentimiento y acompañamiento de sus padres y madres; la no aprobación e implementación por parte del Estado del protocolo de aborto terapéutico; el impedimento para distribuir gratuitamente la AOE en los establecimientos de salud del Estado; las leyes actuales: reforma del Código del niño, niña

y adolescente, que en su dictamen en mayoría solo responsabiliza a los padres a informar y educar en salud sexual y reproductiva, entre otras.

Asimismo, la deficiente institucionalidad en el país ha mermado en la participación de la sociedad civil para la elaboración, implementación y vigilancia de las políticas públicas sobre salud sexual y reproductiva. Se han realizado esfuerzos pos Cairo para evaluar los avances que ha tenido el Perú frente a lo propuesto por el Programa de Acción de Cairo como: la creación de la Mesa Tripartita impulsado por UNFPA que contaba con la participación de la sociedad civil, el Estado y representantes de la cooperación internacional, sin embargo, actualmente se ha desintegrado, la Mesa de Lucha contra la pobreza y otros espacios no institucionalizados como el Comité Consultivo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, que dispone de representantes de sociedad civil, pero no tiene reconocimiento formal y nunca tuvo voto en las decisiones de la política pública.

En este marco, la sociedad civil, a través de la Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, ha elaborado el presente informe que redimensiona la brecha existente entre las políticas y normas diseñadas y las estrategias de implementación de las mismas; que finalmente impactan en el real acceso al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. El avance cuantitativo en el diseño de los instrumentos normativos no asegura que el Estado peruano proteja efectivamente la salud sexual y reproductiva de las personas, especialmente de las niñas, adolescentes y mujeres. Por ello este informe que es producto del esfuerzo conjunto de diversas organizaciones y personas de la sociedad civil, pone énfasis en la necesidad de abordar las brechas de implementación de las políticas públicas, en tanto tiene como objetivo contribuir como un insumo de evaluación para las/os ciudadanas/os sobre el compromiso del Estado peruano con el cumplimiento del Programa de Acción de Cairo.

**EM
BARAZ
ADOLE
CENTE**

N EMBARAZO ADOLESCENTE

En los últimos 11 años, la cifra de los embarazos adolescentes no ha disminuido sino se ha mantenido, eso demuestra que el Estado ha hecho poco o casi nada para disminuir los embarazos adolescentes, es necesario preguntarnos por qué la situación no ha cambiado.

ESTEFANY DÁVILA SOTO
CONSEJO DE ADOLESCENTES Y JÓVENES
PARA LA PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE





1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE CAIRO

- Promover en la máxima medida posible la salud, el bienestar y el potencial de todos los niños, adolescentes y jóvenes en su calidad de futuros recursos humanos del mundo. (párrafo 6.7, a).
- Satisfacer las necesidades especiales de los y las adolescentes y jóvenes, especialmente las jóvenes, en materia de apoyo de la sociedad, la familia y la comunidad, oportunidades económicas, participación en el proceso político y acceso a la educación, la salud, la orientación y servicios de salud reproductiva de alta calidad, teniendo presente la propia capacidad creativa de los y las adolescentes y jóvenes (párrafo 6.7, b).
- Alentar a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en particular las jóvenes, a que continúen sus estudios a fin de que estén preparados para una vida mejor, de aumentar su capacidad humana, de impedir los matrimonios a edad muy temprana los nacimientos de gran riesgo, y reducir la consiguiente mortalidad y morbilidad (párrafo 6.7, c).
- Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, Con orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad (párrafo 7.44. a).
- Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes (párrafo 7.44. b).



2. CONTEXTO

- En el Perú, el comportamiento sexual y la edad de inicio de las relaciones sexuales varían según la identidad étnica, región de procedencia, nivel educativo y estrato socioeconómico al que se pertenece. Las adolescentes en situación de pobreza y exclusión social son las

más vulnerables, tanto en las áreas urbano-marginales como en las áreas rurales del país (Grupo de Trabajo Prevención del embarazo adolescente – GTPEA 2012: 1).

- Las complicaciones en el embarazo y el aborto constituyen una de las cinco causas principales de muerte entre mujeres de 15 a 19 años de edad. El embarazo adolescente y sus consecuencias afectan los derechos a la vida y a la salud de los adolescentes y también impide el derecho a la educación y a la no discriminación en todas las esferas de la vida.
- El 13.2% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. En el área rural son el 21,5% y en la selva son el 27.5%. Los mayores porcentajes de adolescentes madres o embarazadas se presentan en las mujeres sin educación (56,7 %), en las residentes de la selva (27,5 %), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (26,1 %) y en el área rural (21,5 %). Mientras que en Lima Metropolitana se aprecian menores porcentajes (7,7 %), entre aquellas con educación superior (4,4%) y en las del quintil superior de riqueza (2,6%) (INEI 2013: 105,106 y 107).
- Entre los años 2000 y 2011, se ha observado una tendencia hacia el incremento de la proporción de madres adolescentes en los departamentos de Madre de Dios (de 23.6 a 27.9%), Pasco (de 13.4 a 17.0%), Ica (de 8.8 a 14.6%), Tumbes (de 11.1 a 17.5%), Piura (de 9.7 a 13.3%), Junín (de 10.4 a 15.1%), Puno (de 12.0 a 14.5%), Moquegua (de 7.1 a 9.1%) y Tacna (de 8.0 a 9.0%) (GTPEA 2012: 3).
- Se identifican dos tipos de escenarios geográficos donde el embarazo en adolescentes se concentra con mayor proporción: 1) zonas rurales en la selva de los departamentos de Loreto, Madre de Dios, Ucayali, San Martín y Amazonas; y 2) zonas urbano-marginales de áreas metropolitanas de Lima, Callao, Piura y Trujillo.
- El embarazo adolescente comporta consecuencias en el desarrollo personal y educativo, pues el 56.7% de adolescentes no tiene educación y el 4,4% de adolescentes embarazadas tienen educación superior (INEI 2013: 107).
- La iniciación de la vida sexual no conlleva a que las y los adolescentes se encuentren informados sobre los MAC o los usen, puesto que solo el 12,8% de las adolescentes mujeres entre 15 y 19 años usa algún método anticonceptivo. Entre las adolescentes unidas y entre las sexualmente activas el porcentaje de uso es mayor 60.7%, pero sigue siendo menor en comparación al de otros grupos etarios (GTPEA 2012: 104)

- Si bien la tasa de fecundidad de las adolescentes ha venido descendiendo en la mayoría de países, aun así su conducta reproductiva es preocupante. En comparación con los cambios observados en las tasas de fecundidad de los grupos de mujeres de mayor edad debido al uso de métodos anticonceptivos, la reducción de la fecundidad en las adolescentes es esencialmente resultado de la postergación de la primera unión, mas no de un incremento en el uso de dichos métodos.
- La Encuesta Global de Salud Escolar muestra que el 19.7% de los estudiantes entre 2do y 4to de secundaria afirmó haber tenido relaciones sexuales alguna vez en su vida, y de este porcentaje, el 46.7% lo hizo antes de cumplir los 14 años. Situación que permite evidenciar que la oferta pública debe brindar servicios adecuados de atención a la salud sexual y reproductiva para los y las adolescentes (Ministerio de Salud 2011: 47).
- De acuerdo con el Censo de 2007, solo el 13.1% de las madres adolescentes asisten al colegio, frente al 80.4% de adolescentes no madres que sí asiste (Arriagada 2011: 8), así como las adolescentes madres se ven obligadas a ingresar al mundo laboral, realizando la mayor parte del tiempo trabajos menores y mal remunerados (Arriagada 2011: 9).
- El embarazo adolescente predispone a una mayor incidencia de muertes maternas y perinatales debido a complicaciones obstétricas vinculadas con la inmadurez biológica de la adolescente, debido a que la mayoría de estos casos corresponden a embarazos no planeados que pueden terminar en abortos realizados en condiciones inseguras (GTPEA 2012: 2).
- Según la Mesa de Lucha contra la Pobreza, que sistematiza información de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, en el 2012, el suicidio representa el 56,0% de las causas indirectas de muerte materna entre adolescentes (MLCP 2013: 4).
- En los últimos diez años, se han presentado 63,545 denuncias por violación de la libertad sexual (Mujica 2011: 66). Las víctimas potenciales del delito de violación sexual son las poblaciones vulnerabilizadas como las mujeres, adolescentes, niñas y niños (las denuncias de violación de varones son escasas en comparación a aquellas). En la primera década de este siglo, las víctimas menores de 18 años alcanzaron el 78% del total de las denuncias (49,659), y solo el 22% de las víctimas fue mayor de 18 años (lo que equivale a 13,876 denuncias) (Mujica 2011: 62, 78).
- Durante el año 2010 se reportaron 1,333 casos de violencia sexual en mujeres de 10 a 14 años y 1191 en mujeres de 15 a 19 años. Como consecuencia de esas violaciones,

108 adolescentes de 10 a 14 años y 150 de 15 a 19 años, quedaron embarazadas, es decir 14 y 20% respectivamente (MINS&UNFPA 2012: s/n).



3. POLÍTICAS PÚBLICAS

- **Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021 (2012).** Propone como cuarta meta emblemática la reducción en un 20% de la tasa de maternidad adolescente y como quinta meta señala que las y los adolescentes deberán concluir una educación de calidad en la edad normativa, considerando que es indispensable mejorar la educación sexual que reciben las y los adolescentes, donde es necesario promover la sexualidad saludable, placentera y responsable (MIMPV 2012: 47-66).
- **El Plan Nacional de Igualdad de Género (2012)².** Refiere como meta a 2017 incrementar la oferta pública de servicios de atención diferenciada para los y las adolescentes sobre salud sexual y reproductiva, así como reducir en un porcentaje el embarazo adolescente, mortalidad materna e implementar un protocolo nacional de aborto terapéutico.
- **La Norma Técnica para la atención integral de la etapa de vida adolescente (2012).** Establece servicios diferenciados en los establecimientos de salud con horarios diferentes, ambientes exclusivos y servicios especializados.
- También existen iniciativas de ordenanzas municipales que señalan como prioridad el trabajo en la prevención del embarazo en adolescentes, como la Municipalidad de Pueblo Libre, la Municipalidad de San Juan de Miraflores y el Gobierno Regional de Ucayali.

Sin embargo, existen disposiciones que son barreras legales para el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, la información, el acceso a métodos anticonceptivos, y la intimidad y privacidad de los resultados médicos.

- En diciembre de 2012 el Tribunal Constitucional falló señalando la inconstitucionalidad del artículo 1 de la Ley N° 28704 que modificaba el inciso 3, del artículo 173 del Código Penal y que penalizaba las relaciones sexuales entre y con adolescentes de 14 a 18 años de edad. En ese sentido, exhorta al Congreso de la República que legisle y sancione drásticamente todos los casos que involucren violaciones de la libertad sexual de las y los adolescentes, como el Proyecto de Ley N° 651-2011-CR pendiente de aprobación.

² Aprobado por Decreto Supremo N° 004-2012-MIMP el 18 de agosto de 2012.

- **La Ley General de Salud (1997)**, que en su artículo 4 interpreta a los y las adolescentes menores de 18 años como sujetos dependientes del consentimiento y acompañamiento de sus madres/padres o tutores para recibir atención en salud, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva³.
- Es importante señalar que pese a la existencia de planes nacionales que recogen la preocupación sobre el embarazo adolescente, la implementación de las mismas es insuficiente y una traba para el cumplimiento de los objetivos.

Por otro lado, entre las normas más relevantes a la espera de ser aprobadas se encuentran:

- **Proyecto de Ley N° 651/2011-CR**, que se encuentra en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos, y que obtuvo opinión favorable de la Comisión de la Mujer y Familia. Dicho proyecto plantea de manera integral la reforma del artículo 173 del Código Penal que refiere a la violación sexual de adolescentes.
- **Proyecto de Ley 727/2011-CR**, que plantea la garantía de los derechos sexuales y reproductivo de los y las adolescentes, así como, la modificación del artículo 4 de la Ley General de Salud. Este proyecto se encuentra en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos esperando ser agendado y ya cuenta con dictamen favorable de la Comisión de la Mujer.
- **Proyecto de Ley 495/2011-CR**, que reforma el Código de Niñas, Niños y Adolescentes, y plantea modificaciones a la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes, así como, de las mujeres. Este proyecto de ley se pondría a votación del pleno del Congreso.
- **Plan multisectorial de prevención del embarazo adolescente 2012 – 2021**, que tiene como objetivo general el reducir en 20% la prevalencia del embarazo adolescente y entre los objetivos específicos señala el incremento de un 50% del uso actual de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as, la inclusión de la Educación Sexual Integral en el Marco Curricular Nacional y la disminución de los diferentes tipos de violencia en las y los adolescentes, enfatizando la violencia sexual.

³ El artículo 4 de esta ley señala que ninguna persona podrá ser sometida a tratamientos médicos o quirúrgicos sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiera o estaría impedida de hacerlo, dando cabida a la interpretación mencionada.

Es necesario señalar que durante seis años el Estado peruano no ha elaborado ni implementado claramente ningún Plan Multisectorial específico para adolescentes que respalde un proceso de prevención del embarazo adolescente, mortalidad materna adolescente, violación sexual contra las y los adolescentes, todo lo contrario, desde 2006 hasta 2012 las leyes han estado dirigidas a restringir el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes a través de la penalización de las relaciones sexuales de las y los adolescentes de 14 a 18 años de edad o el acompañamiento obligatorio de los padres, lo que no ha producido que la tasa de embarazo adolescente disminuya, los partos institucionales de adolescentes y la asistencia a los servicios de salud sexual por parte de las y los adolescentes aumente.



4. ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

- **2012:** Se creó dentro del Programa Estratégico de Salud Materna y Neonatal una partida específica para prevención de embarazo adolescente, denominado **Producto/ Proyecto: Adolescentes acceden a servicios de salud para prevenir el embarazo**, con cerca de S/.9 millones (cerca de US\$3 millones y medio).
- **Mayo de 2012:** El Presupuesto Institucional de Apertura (PIA) del Programa Prevención del Embarazo en Adolescentes, respecto del Presupuesto del Sector Salud, era de 0.074%. El presupuesto PIA por adolescente (considerando adolescentes de ambos sexos) es de S/.1.11 por adolescente. Luego esto se incrementó ligeramente en el Presupuesto Institucional Modificado - PIM.
- **Mayo de 2012:** El Presupuesto PIM del Programa *Adolescentes acceden a los servicios de salud para prevención del embarazo no planificado*, es de S/.8'802,657 es decir, le corresponde un presupuesto individual de S/.1.51 por adolescente; cantidad exigua que no cubre el costo de ninguno de los exámenes indicados en el Programa (Chávez 2012:s/n).
- El costo unitario para ejecutar el Programa *Adolescentes acceden a los servicios de salud para prevención del embarazo no planificado* es de S/.7.78 por adolescente, sin embargo, se dejaría de atender a muchos adolescentes debido a las consideraciones especiales del programa).

- El incremento del Presupuesto Público que debe ser ejecutado por el Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales se encuentra restringida por las barreras legales que impiden mayores avances en este aspecto, tanto a nivel programático como presupuestal.



5. RECOMENDACIONES AL ESTADO

- **Sancionar**, por parte del Congreso de la República, de manera drástica los delitos de violación sexual en contra de las y los adolescentes de 14 a 18 años de edad.
- **Modificar** la Ley General de Salud respecto al artículo 4, puesto que dicho artículo se utiliza en la práctica para condicionar la atención en salud de niñas y adolescentes al acompañamiento de su padre, madre o tutor(a).
- **Fortalecer** las capacidades de las y los operadores del sector salud y educación para el manejo de la atención de las y los adolescentes sobre temas de salud sexual y reproductiva y violencia. Asimismo, promover la actualización y continua discusión de las políticas y estrategias de atención a las y los adolescentes.
- **Aprobar** el Plan Nacional Multisectorial para la Prevención del Embarazo Adolescente 2011-2021, con la finalidad de contar con lineamientos específicos para abordar la problemática del embarazo adolescente y responder a compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano.
- **Crear** un Programa Estratégico Presupuestal para la atención integral de las y los adolescentes, con énfasis en la prevención del embarazo en la adolescencia con participación multisectorial considerando los factores y determinantes sociales que explican el problema.
- **Generar** evidencia, a través de trabajos de investigación que sistematicen y registren los efectos del embarazo adolescente en el Perú.



MOR
TALIDA
MATER
NA



MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna es signo de la
exclusión social y discriminación de
género en el Perú





1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE CAIRO

- Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. (E) reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones (párrafo 8.20, a).
- Mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes (párrafo 8.20, b).



2. CONTEXTO

- Para el periodo de 1990-1996 la estimación de mortalidad materna fue de 265 defunciones por 100,000 nacidos vivos, 185 para la ENDES 2000 y para el periodo de 2004-2010 fue de 93 muertes maternas. (INEI 2012: 176). Cifra algo distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100, 000 nacidos vivos). (INEI 2013: 371).
- La mortalidad materna en el Perú no es solo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social, puesto que es un reflejo de la exclusión social de las mujeres por razones de género, identidad étnica, cultura y socioeconómica, entre otras.
- Las mujeres que viven en zonas rurales y de exclusión social son las más vulnerables a esta situación. Se conoce que el número de muertes maternas se incrementa en mujeres que viven en zonas rurales, siendo los departamentos con mayor número de muertes maternas por causas directas o indirectas durante 2012: Lima (69), Cajamarca (43), Piura (34), Libertad (32), Loreto (30), Puno (29), Ancash (22), Cusco (21), Arequipa (16), Amazonas (14), San Martín (14) y Apurímac (13). (MLCP 2013: 7).
- Por otro lado, el crecimiento económico de los últimos 15 años en el Perú no refleja un avance en la protección de los derechos sexuales y reproductivos, puesto que el 80% de las muertes maternas se concentran en departamentos con mayor crecimiento

económico; de las causas directas de muerte materna: 40,2% se deben a las hemorragias, 32% a la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, 17,5 % al aborto y el 4,1 % por infección relacionada con el embarazo. (MLCP 2013: 7). Es decir, causas prevenibles.

- Según el MINSA, entre las principales causas directas de muertes maternas en adolescentes están la hipertensión 41%, el aborto 29%, las hemorragias 18% y seguidas de las infecciones 6%; informa también que en el mismo año, el suicidio representó el 56% de las causas indirectas de muerte materna entre las adolescentes, cuya incidencia se halla en aumento. (MLCP 2013: 8).
- En adolescentes el aborto representa el 5% de las causas de muerte materna. Esta última cifra tiene serias dificultades en su medición por el contexto de ilegalidad para la práctica de los legrados y, fundamentalmente, por la falta de registro de esta causa directa de muerte materna. Un reporte sobre la situación de la mortalidad materna en adolescentes sobre la base de la data proporcionada por la OGEI del MINSA da cuenta del incremento en la incidencia de abortos en adolescentes: 18,2% (2005), 17,6% (2006), 20,06% (2007) y 20,18% (2008) (Hurtado citado por GTPEA 2012: 5).
- La reducción de la muerte materna se ha dado en torno al parto y puerperio, ello ha llevado a una mayor visibilización de las muertes por causa indirectas, alcanzando el 28% de las muertes (MINSA 2012: 6). Estas muertes son productos de enfermedades o condiciones que se adquieren o agravan durante el parto o embarazo, muchas de las cuales podrían prevenirse si el Estado peruano cumpliera con la atención del aborto legal (aborto terapéutico) en sus servicios de salud y despenalizara el aborto en casos de violación sexual.
- La calidad y el acceso a los servicios de salud se encuentran limitados por la falta de profesionales de salud, inaccesibilidad geográfica, carencia de la calidad de atención, insuficiente disponibilidad, cobertura y calidad de atención de los servicios de salud reproductiva y fecundidad alta de las mujeres, embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, entre otros.

3. POLÍTICAS PÚBLICAS

- Existen políticas públicas sobre la prevención de la mortalidad materna como: el Plan Nacional Multisectorial de Prevención de la Mortalidad Materna, la Norma Técnica de adecuación cultural del parto, la Norma Técnica de funciones obstétricas y neonatales, y el Programa Presupuestal Estratégico salud materno neonatal.

- Sin embargo, existen falencias en las estrategias de implementación de las políticas públicas nacionales y regionales, las cuales se explican por las causas directas de muerte materna: 46% se deben a las hemorragias, 31% a la enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, 16% a las infecciones y 7% al aborto (INEI, 2012: 4). Es decir, causas prevenibles.
- El sistema de salud y sus ejecutores no tienen una mirada crítica sobre la calidad de los servicios de salud brindados en los propios establecimientos, considerando que el 100% de las mujeres que murieron tuvieron atención prenatal, el 50% vivían a menos de 1 hora del establecimiento de salud, el 56.4% de las muertes maternas ocurrieron en el establecimiento de salud, y el 80% contaban con seguro de salud; es decir, las usuarias accedieron al servicio de salud.



4. ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO⁴

a. Acerca del presupuesto asignado para atender la problemática

- El financiamiento asignado para las acciones de prevención de la salud materna no supera el 4%, lo cual deviene en insuficiente y desigual. Asimismo, la calidad de gestión del recurso depende del nivel de preparación del equipo técnico gestor y sanitario⁵.

b. En relación al balance de la ejecución presupuestal del Programa Presupuestal de Salud Materno Neonatal del año 2011

- **2008-2011:** La asignación presupuestal al Programa Salud Materno Neonatal (SMN) se incrementó en 346 millones de nuevos soles⁶, al pasar de S/.404 a S/.750 millones de nuevos soles.
- **2009-2011:** La ejecución presupuestal tuvo un descenso: 95.4% (2009), 83.0% (2010), y 80.9% (2011).

⁴ Grupo de Trabajo Salud materno neonatal seguimiento concertado: Proyecto de ley de presupuesto público 2013 y su impacto en la implementación del programa salud materno neonatal.

⁵ Los alcances que se presentan a continuación son un extracto de las conclusiones y algunas partes de los textos correspondientes a los documentos producidos por la Comisión de Seguimiento al Programa Presupuestal de Salud Materna y Neonatal (PPSMN) de la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza. Estos documentos corresponden al reporte del balance del año 2011 y al documento de alerta al proyecto de asignación presupuestal al PPSMN para el año 2013.

⁶ Este cálculo no incorpora la información del monto asignado para proyectos. No obstante, el monto asignado para proyectos se incrementó en S/.260 millones, al pasar de S/.24 a S/.284 millones, entre los años 2008 y 2011.

- **2011:** La asignación presupuestal a servicios públicos de salud como atención prenatal re-enfocada (clave por su carácter preventivo), atención del parto normal, atención del parto complicado quirúrgico (cesáreas), y atención del recién nacido normal, se incrementó sustantivamente con relación al año 2010.
 - **2011:** Disminuyó el presupuesto para que la población acceda a métodos de planificación familiar en menos 6.7% (PIM 2011: S/.28,004,164), representando solo el 8.4% a nivel del conjunto de componentes del Programa.
 - **2011:** Disminuyó el número de servicios de parto institucional y atención del recién nacido y nacida financiados por el Seguro Integral de Salud (SIS).
 - **2010-2011:** Disminuyó la asignación para el acceso a sangre. El financiamiento para la operatividad y sostenibilidad de los Centros de Hemoterapia y Bancos de Sangre en todo el país constituyen un reto vinculado al abastecimiento mínimo que ayude a afrontar a las hemorragias que continúan siendo la principal causa de muertes maternas directas en el país.
 - **2012:** Se tiene de S/.1, 69 millones (Gobierno Nacional: S/.519; Gobiernos Regionales: S/.509; y Gobiernos Locales: S/.41). Sin embargo, solo se ejecutó el 23% del presupuesto asignado para el PPE Salud Materno Neonatal. En las regiones identificadas como críticas existe poco avance en la ejecución presupuestal: Cusco (19.6%), La Libertad (22.6%), Loreto (27.7%) y Puno (24.1%). Llama la atención Puno que solo ejecutó el 10% en bienes y servicios.
- c. **Con relación al documento de alerta al proyecto de asignación presupuestal 2013 para el Programa Presupuestal de Salud Materna Neonatal**
- A partir de la revisión del Proyecto de Presupuesto Público 2013, se constata que la asignación presupuestal que incluye productos y proyectos del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal se reduce en S/.315 millones (-2.5%).
 - Con relación al conjunto de los productos (23) que abarcan todas las genéricas de gasto del Programa Presupuestal Salud Materno Neonatal, se constata que solo 11 han disminuido su asignación presupuestal en relación al año 2012.
 - El producto “referencia y contra referencia de la gestante y recién nacido” tiene la mayor reducción de recursos, al pasar de S/.107 a S/.25 millones entre los años 2012 y 2013.



3. CASOS EMBLEMÁTICOS

Caso 1: V.S.C. es una mujer gestante, de 33 años, con antecedente de pre-eclampsia. Su muerte se debió a causas prevenibles si se le hubiera brindado la adecuada atención y respetado sus derechos.

- El 11 de octubre acude por trabajo de parto al establecimiento de salud de Pampacangallo, en compañía de sus familiares. Ingresa con 6 cm de dilatación y se produce el parto a las 4 am, siendo atendida por un profesional de la salud.
- A las 6 am el personal de salud se percata de la presencia de un edema vulvar y las manifestaciones de dolor que refería la mujer, por lo que es referida a las 8:30 am en compañía del obstetra y el esposo de la usuaria al Hospital Cangallo, con diagnóstico de puerpera inmediata, atonía uterina, edema vulvar y 9.3 de hemoglobina, previa coordinación con el ginecólogo, cuya modalidad de contrato es por servicios no personales. Este especialista la atiende a las 10 am, quien indica anestesia general, luego del procedimiento abandona a la paciente.
- El médico general de turno de esa mañana no vio nunca a la paciente y se retiró luego de concluir su turno después del mediodía, quedando la paciente monitoreada por la obstetrix de turno y el anesthesiologo.
- El esposo dona la primera unidad de sangre a las 2 pm cuando el examen de laboratorio indicaba 3.2 de hemoglobina, posteriormente se coloca otra unidad de sangre. A las 5 pm el anesthesiologo decide referirla al hospital de Huamanga donde fallece en el camino. En el transcurso de esta referencia no permitieron que el esposo la acompañe. Según el certificado de defunción la causa de muerte fue shock hipovolémico hemorrágico irresistible.



4. RECOMENDACIONES AL ESTADO

- **Elaborar e implementar** políticas públicas que sean efectivas con enfoque intercultural y de género, que permitirán reducir las posibilidades de embarazo no deseado y garantizar una maternidad voluntaria, así como reducir las posibilidades de complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, orientada en la identificación de signos de alarma y de

medidas de prevención de complicaciones en la gestante y el perinato (a); y a lograr el parto institucional con el manejo activo del alumbramiento para reducir la hemorragia posparto y la sepsis puerperal.

- **Mejorar** los procesos de ejecución de las políticas públicas en todos los niveles de gobierno con el objetivo de disminuir las posibilidades de muerte por causas prevenibles, fortaleciendo la capacidad resolutoria de los establecimientos que brindan atención de emergencias obstétricas y neonatales.
- **Implementar** un Programa de Planificación Familiar que se encuentre acorde a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres con enfoque intercultural acompañado de una gestión eficiente y eficaz.
- **Asignar** mayor presupuesto a regiones que concentran el 80% de la mortalidad materna como: Cajamarca, Puno, Cusco, Loreto, Huánuco, Junín, Ancash y Huancavelica.
- **Crear** un sistema de acceso universal de salud materna no dependiente que garantice el acceso universal de la gestante en el sistema de salud con altos estándares de calidad en la atención donde se enfoque a la mujer como sujeto de derechos.
- **Aprobar** de manera inmediata el Protocolo Nacional del Aborto Terapéutico con el objetivo de garantizar el ejercicio del derecho a la vida, salud y al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres. **Despenalizar** el aborto por la causal de violación sexual, en resguardo del derecho al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres.

ABO
TO

R

ORIA
OS+
CAIRO
+20

ABORTO

Una decisión de tan alta importancia como la de interrumpir o continuar un embarazo, cuando este representa riesgo para la vida o la salud de la mujer, es una decisión que puede adoptar únicamente ella-la mujer-, bajo su propio criterio

CORTE CONSTITUCIONAL COLOMBIANA.
T-009 DE 2009





1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE CAIRO

- Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad (párrafo 7.44, a).
- Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo con el fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas, y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones (párrafo 8.20, a).



2. CONTEXTO⁷

- El aborto inseguro es una de las cinco causas principales de muerte relacionada con el embarazo en el Perú, donde una de cada siete mujeres que se someten a abortos es hospitalizada por complicaciones asociadas. Según un informe de 2006, aproximadamente 371,420 abortos inseguros se realizan en el Perú cada año (Ferrando 2006: s/n).
- El 12% de las mujeres peruanas, al menos una vez, ha sido obligada a tener relaciones sexuales que no quería o no aprobaba (INEI 2010: 270-271). Otros estudios señalan que aproximadamente un 5% de esas mujeres resultan con un embarazo no deseado, lo que aplicado al caso peruano equivale a un mínimo de 35 mil embarazos anuales como producto de agresiones sexuales (Chávez 2007: 53-54).

⁷ La información de este apartado ha sido tomada en parte y adaptada de: Informe Alternativo de Organizaciones de la Sociedad Civil al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Pre-Sessional Working Group, 46th SESIÓN, 23-27 de mayo, 2011. Sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en el Perú. Presentado por: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos - PROMSEX, Católicas por el Derecho a Decidir - Perú, Centro de Investigación y Promoción Popular - CENDIPP, Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer - CLADEM Perú, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer - DEMUS, Instituto de Estudios en Salud, Sexualidad y Desarrollo Humano - IESSDEH, Lesbianas Independientes Feministas Socialistas - LIFS, Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, Movimiento Manuela Ramos, Planned Parenthood Federation of America - PPA y Center for Reproductive Rights - CRR.2011.

- La falta de claridad en torno al derecho y el acceso a servicios de aborto con frecuencia lleva a las mujeres a buscar abortos clandestinos, ilegales e inseguros, especialmente cuando estos no son punibles.
- Según el Boletín Epidemiológico de Lima, dentro de las causas de muertes maternas, el 9% se debieron a causas relacionadas con aborto (MINSA 2012: 415). Dicha situación se agrava porque en el Perú el aborto por violación sexual se encuentra penalizado o los abortos legales como el aborto terapéutico no se practica de manera segura y legal porque el Estado no ha aprobado el protocolo que regula condiciones de atención en dichos casos.
- Por otro lado, según datos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud, en el año 2010 se atendieron más de 7 mil adolescentes por aborto incompleto, lo que representa el 16% de las atenciones totales, y forma parte del índice elevado de mortalidad materna a escala mundial (UNFPA citado por GTPEA 2012: 5).
- El MINSA informó que en ese año, 40,794 abortos incompletos fueron tratados en centros de salud pública, pero se informa de una tasa de 10% de omisión de casos reportados debido a información insuficiente o inexacta en el Perú (Amnistía Internacional s/f: 14), de tal manera que, en realidad, más mujeres son hospitalizadas y están innecesariamente en peligro.
- Por otro lado, no existen estadísticas oficiales que den cuenta del número de abortos practicados en el país, pues se trata de una práctica ilegal. Lo que se conoce es el número de abortos que llegan a los hospitales, sean complicados o no.
- Existe un mayor porcentaje de que las mujeres pobres corran riesgo de complicaciones al someterse a un aborto que las mujeres que no son pobres (Ferrando 2006: s/n).
- Por otra parte, aunque el MINSA ha regulado la atención médica para emergencias obstétricas incluidas las complicaciones posaborto, tales como el aborto séptico⁸, todavía hay normas que fuerzan a los operadores de la salud a denunciar a las pacientes que buscan atención posaborto⁹.

⁸ MINSA, Resolución Ministerial N° 295-2006-MINSA del 26 de julio de 2006, que aprueba la Guía Práctica Clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive.

⁹ Dicho mandato es establecido en las siguientes leyes: Ley N° 26842, Ley General de Salud, art. 30 [El médico que brinda atención médica a una persona por herida de arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente]; Decreto Legislativo N° 957, Nuevo Código Procesal Penal, art. 326 [Facultad y obligación de denunciar.- 1. Cualquier persona tiene la facultad de denunciar los hechos delictuosos ante la autoridad respectiva, siempre y cuando el ejercicio de la acción penal para perseguirlos sea público. 2. No obstante lo expuesto, deberán formular denuncia: a) Quienes están obligados a hacerlo por expreso mandato de la Ley. En especial lo están los profesionales de la salud por los delitos que conozcan en el desempeño de su actividad, así como los educadores por los delitos que hubieren tenido lugar en el centro educativo]].

- Asimismo, en el Perú el aborto terapéutico es la única causal de aborto que no está penalizada, sin embargo en la práctica no es parte de la oferta de los servicios de salud pública, debido a la carencia de un protocolo de atención que regule las condiciones de los abortos terapéuticos para proteger la salud y vida de las mujeres; en ese sentido teniendo una herramienta legal para disminuir la mortalidad materna, el Estado peruano no está ejecutando ni creando las condiciones para hacer efectiva esta medida



3. POLÍTICAS PÚBLICAS

- Existe una ausencia de regulación para los casos de abortos legales como el aborto terapéutico, pese a que el mismo se encuentra despenalizado desde 1924, de tal forma que las políticas del sector salud no incluyen la oferta de información y atención de calidad de aborto legal como parte de la atención obstétrica a las mujeres que acuden a los servicios públicos. Asimismo, no se encuentra despenalizado el aborto a causa de una violación sexual, sometiendo a las víctimas de violación sexual a un escenario donde se encuentran obligadas a continuar con un embarazo no deseado o a practicarse un aborto ilegal e inseguro.
- En el Perú, el aborto se encuentra penalizado en casi todos los casos, lo cual lleva a una práctica clandestina y en condiciones inseguras. Esto constituye una de las principales causas de mortalidad materna en el Perú (Amnistía Internacional s/f: 14). La regulación es de la siguiente manera:

DENOMINACIÓN	CONCEPTO	PENA
Autoaborto (artículo 114 del Código Penal)	La mujer que causa su aborto, o consiente que otro le practique	No mayor de 2 años de pena privativa de libertad
Aborto "sentimental" o cuando sea por violación sexual e inseminación artificial no consentida (artículo 120 del Código Penal)	Cuando el embarazo es consecuencia de violación sexual fuera del matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera del matrimonio	Periodo no mayor a tres meses
Aborto eugenésico (artículo 120 del Código Penal)	Cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico	Periodo no mayor a tres meses
Aborto terapéutico (artículo 119 del Código Penal)	Cuando se encuentra en riesgo la vida de la mujer gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente.	No tiene pena

De la redacción del artículo 120° del Código Penal, que señala “el aborto será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de tres meses cuando el embarazo sea consecuencia de violación sexual fuera de matrimonio”, se puede llegar a dos interpretaciones:

1. **Primera:** la diferencia entre la violación sexual contra una mujer casada y una mujer soltera, siendo que: si la mujer soltera es violada y aborta tiene una condena no mayor de dos años, mientras que si la mujer casada es violada por otra persona que no sea su cónyuge y aborta tiene una pena atenuada no mayor de tres meses. Asimismo, se asume que dentro de un matrimonio no existe violación sexual, pese a que el mismo Código Penal sanciona la violación sexual dentro del matrimonio.
 2. **Segundo:** la diferencia planteada entre las violaciones sexuales ocurridas contra mujeres solteras y mujeres casadas, es decir si una mujer soltera que es violada y aborta tiene una condena atenuada de tres meses, mientras que una mujer casada que es violada y decide abortar tiene una pena no mayor a dos años. De tal manera, que no se reconoce la existencia de violaciones sexuales dentro del matrimonio, todo lo contrario la condena se agrava cuando la mujer casada embarazada requiere abortar en estos casos.
- **El Plan Nacional de Igualdad de Género 2012 - 2017** señala entre sus metas para la reducción de la mortalidad materna que “al 2017 se ha aprobado el protocolo de atención del aborto terapéutico”, la aprobación del mismo se sigue postergando y se plantea como un asunto que se traspasaría al próximo gobierno.
 - Desde 2005 hasta 2010, 15 establecimientos hospitalarios han desarrollado guías clínicas hospitalarias para brindar la atención de aborto terapéutico a algunas mujeres. Aunque estas guías resuelven en algo los problemas de acceso, no resuelve el grave problema que implica el acceso para la mayoría de las mujeres, puesto que estas guías solo sirven para el uso del hospital que lo aprueba y no obliga a ningún tipo de recurso financiero, impidiendo un adecuado registro y generando discriminación a las mujeres que no pueden llegar a estos establecimientos.
 - Sin embargo, pese a la existencia de estas guías de atención del aborto terapéutico, las mismas no son aplicadas por los proveedores de salud en todos los casos.



4. ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

- No existe asignación de presupuesto para la atención de calidad del aborto legal y complicaciones del aborto, lo cual puede estar pasando por la falta de protocolización del aborto legal (terapéutico), más allá de la asignación presupuestal general para el Programa de Salud Materno Neonatal (Capítulo Mortalidad Materna).



5. CASOS EMBLEMÁTICOS

La necesidad de aprobación del protocolo ha sido recomendada al Estado peruano en dos ocasiones en relación a la evaluación de casos individuales presentados ante comités de seguimiento de tratados internacionales.

- **Caso 1:** En octubre de 2005, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas emite recomendación al Estado peruano, ante el caso de una adolescente que en 2001 gestó un feto anencefálico y un hospital público de Lima no le proveyó la posibilidad de interrumpir su embarazo pese a que su médico ginecólogo, integrante del cuerpo médico del mismo nosocomio, lo había recomendado; y pese a que se acreditó riesgo de un mal grave y permanente para su salud física y mental.
- **Caso 2:** En octubre de 2011, se emite recomendación por parte del Comité para la eliminación de la discriminación contra la mujer (CEDAW), por el caso de una adolescente de 13 años víctima de violación sexual, que en marzo de 2001 necesitaba una intervención quirúrgica para evitar la cuadriplejía, operación que no se practicó pues se confirmó un embarazo. Pese a que se solicitó formalmente a la Dirección del hospital un aborto terapéutico, el pedido no fue concedido. La adolescente de iniciales L.C. sufrió un aborto espontáneo y solo después de ello se programó la operación para sus lesiones de columna, la que se realizó casi tres meses y medio después de que se decidiera la necesidad de la misma.



6. RECOMENDACIONES AL ESTADO

- **Aprobar** el Protocolo de Aborto Terapéutico, puesto que el mismo es legal y las mujeres tiene derecho a la práctica de este tipo de aborto cuando su vida se encuentra en riesgo, sin embargo, al no encontrarse protocolizado, este tipo de aborto no se practica en los establecimientos de salud, poniendo en riesgo la vida de las mujeres.
- **Despenalizar** el aborto en casos de violación sexual, puesto que el obligar a las mujeres a continuar con un embarazo no deseado o practicarse un aborto clandestino, vulnera derechos fundamentales de las mujeres, como: vida, salud, libertad, entre otros.

ACCESO
METODO
ANTICO
CEPTI
VOS

OS
N

ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEP- TIVOS

El movimiento de liberación de las mujeres ha convertido el control de la reproducción en una cuestión política



LINDA GORDON





1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE CAIRO

- Prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los embarazos de alto riesgo y la morbilidad y mortalidad (párrafo 7.14, b).
- Aumentar la accesibilidad, disponibilidad, aceptabilidad y asequibilidad de los servicios de atención de la salud para todas las personas de conformidad con los compromisos asumidos a nivel nacional de proporcionar acceso a la atención básica de salud a toda la población (párrafo 8.3, a).
- Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo con el fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad maternas, y reducir las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países. Sobre la base de un esfuerzo decidido por mejorar la salud y el bienestar de la mujer, reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones (párrafo 8.20, a).
- Mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes (párrafo 8.20, b).



2. CONTEXTO

- Existe problemas de abastecimiento de métodos anticonceptivos en la oferta pública, siendo los más conocidos los hormonales, los inyectables y las pastillas anticonceptivas. Asimismo, existe una deficiente calidad del servicio de orientación y consejería sobre los MAC, sus efectos secundarios y los derechos de las usuarias, de tal manera que vulnera los derechos a la información, libre elección del método y el acceso al método que hayan elegido.
- La salud sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos son derechos fundamentales que permiten tanto a mujeres como hombres tener la autonomía para poder decidir el momento y la cantidad de hijas e hijos que desean tener, así como el espaciamiento entre ellos.

- En el Perú el 99.5% de las mujeres en edad fértil conocen o han oído hablar de algún método de planificación familiar, siendo considerados los métodos modernos como los de mayor conocimiento (99.4%), sin embargo, ello no es signo de un real acceso y uso de métodos anticonceptivos, por el contrario esta se debe al incremento de los últimos años del uso de métodos tradicionales, debido a la falta de disponibilidad de anticonceptivos modernos (Promsex et al. 2011: 33).
- La disposición por parte del servicio público son los métodos como: preservativos masculinos, dispositivo intrauterino, anticonceptivos orales, inyectable de depósito e implantes hormonales (INEI 2012: 102).
- Según la ENDES 2012, el 75,5% de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo; mientras que el 24,5% de las mujeres en unión conyugal no usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta. De las mujeres que usaban algún método anticonceptivo el 51,8% empleaban método moderno y el 23,7% algún método tradicional. (ENDES 2013: 113).
- Los mayores porcentajes de mujeres que no han oído mensajes sobre métodos anticonceptivos fueron las mujeres sin educación 66.6%, ubicadas en el quintil inferior de riqueza 63,6 %, las residentes del área rural 57.6% y las mujeres de la sierra (51.7%) (INEI 2013: 130). Por lo tanto, las mujeres con menos ingresos económicos no están recibiendo información oportuna y adaptada a su nivel de educación y cultura sobre los métodos anticonceptivos, así como tampoco reciben insumos gratuitos en los servicios de salud.
- Las brechas entre fecundidad deseada y fecundidad real no han sido superadas. Problema que afecta en especial a las mujeres de zonas rurales (Promsex 2010: s/n).
- La planificación familiar, como una estrategia para disminuir la muerte materna en el Perú, ha sido dejada de lado, puesto que en algunos lugares se han desactivado consultorios y el personal de salud ha sido transferido para atención del cáncer del cuello uterino.
- Actualmente, los servicios de salud no disponen de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), debido a la sentencia recaída en el Expediente N° 02005-2009-PA-TC, emitida por el Tribunal Constitucional en la que prohíbe la distribución de manera gratuita de la AOE por no considerarla un método anticonceptivo. No obstante, se permite la venta de dicho insumo en los servicios privados y farmacias, discriminando entre las personas que pueden pagar por la AOE y las que no pueden hacerlo. De esta manera, se violan los derechos de las mujeres en mayor estado de vulnerabilidad económica debido a que no

tienen acceso gratuito a este insumo, considerado como una herramienta valiosa para evitar embarazos no deseados.

- La prohibición de la distribución gratuita de la AOE ha llevado a que las y los proveedores de salud practiquen el método Yuzpe vigente para que las mujeres eviten tener un embarazo no deseado.
- Los datos precedentes muestran la situación de vulneración de las mujeres frente al cuidado de su salud sexual y reproductiva, problemas derivados de la violación del derecho al acceso de métodos anticonceptivos.



3. POLÍTICAS PÚBLICAS

Las políticas públicas creadas e implementadas por el Estado peruano son:

- **La Ley de Política Nacional de Población (1985)**. Señala como prioridad del Estado la paternidad responsable y el acceso a programas de planificación familiar que comprendan educación, información y servicios a través de los establecimientos del sistema de salud y la garantía de libre elección de los métodos (Promsex 2010: s/n).
- **La Ley General de Salud (1997)**. Reconoce el derecho de las personas a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia y a recibir, antes de su uso, toda la información necesaria sobre el mismo o los mismos.
- **La Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2007)**. Realiza una referencia genérica sobre la obligación estatal de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva.
- **Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004)**, cuyo Módulo VIII está dedicado a la planificación familiar y señala la implementación del tamizaje en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- **La Norma Técnica de Planificación Familiar (2005)**, que detalla los procedimientos estandarizados en esta materia en los servicios públicos de salud.
- Las normas dadas por el Ministerio de Salud (MINSA) son las siguientes: Norma Técnica de Planificación Familiar - NT N° 32-MINSA/DGSP-V.01 - 2005. Guías Nacionales de

Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva - 2004. Manual de Orientación
Consejería en Salud Sexual y Reproductiva RM N° 290 - 2006 / MINSA.

- **El Plan de Población 2010 - 2014 (2010).** Señala como uno de los objetivos el promover e impulsar el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos de las personas, particularmente de los derechos sexuales y reproductivos, reforzando la educación sexual y el acceso a los servicios diferenciados con énfasis en reducir el embarazo adolescente, las ITS y el VIH/sida.

Sin embargo, existen problemas en la provisión del servicio como: desabastecimiento de todos los MAC para que las personas puedan elegir libremente, falta de información sobre todos los MAC y falta de capacitación de los y las proveedores de salud con el objetivo de brindar un servicio de calidad. Por otro lado, la existencia de políticas públicas no es garantía de su implementación, debido al hecho de que los funcionarios no disponen de la adecuada preparación para gestionarlas adecuadamente y evaluar las metas por resultados.



4. ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

- **2008 y 2011:** se incrementó en más del 200% la asignación del presupuesto para el PPE Salud Materno Neonatal.
- **2012:** tiene un presupuesto de S/.1,069 millones (Gobierno Nacional: S/.519; Gobiernos Regionales: S/.509; y Gobiernos Locales: S/.41) y solo se ejecutó el 23% del presupuesto asignado para el PPE Salud Materno Neonatal. En las regiones identificadas como críticas también hay poco avance en la ejecución presupuestal: Cusco (19.6%), Cajamarca (19.6%), La Libertad (22.6%), Loreto (27.7%) y Puno (24.1%). Llama la atención Puno que solo ejecutó el 10% en bienes y servicios.
- La estimación del número de mujeres en edad fértil que deberían ser atendidas por el sector público se hizo a partir de la definición operacional de la RM N° 178-2011-MINSA para la finalidad “Población accede a métodos de planificación familiar”: “[E] 54% de las mujeres en edad fértil necesitan planificación familiar, del cual el 71% se asigna al MINSA [E]”. Solo a las regiones más pobres del país se le asignó el 100% (Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Apurímac y Puno).

- Al respecto, se observó que no se encontró correlación estricta entre la asignación presupuestal per cápita y el nivel de uso de métodos modernos de planificación familiar para las mujeres unidas en edad fértil.
- En cinco regiones con un porcentaje de cobertura de métodos modernos de planificación familiar menor al promedio nacional (2010: 50.5%) se identificó bajos niveles de inversión por mujeres en edad fértil: Huancavelica (S/.4), Puno (S/.5), Tacna (S/.5), Ancash (S/.5) y Arequipa (S/.7).



5. CASOS EMBLEMÁTICOS

- **Caso 1:** Esterilizaciones forzadas realizadas entre los años 1996 y 2000, en donde las mujeres de Anta (Cusco) fueron sometidas a ligaduras de trompas sin información previa ni consentimiento.
- **Caso 2:** Entrevista de una usuaria que señaló que: “antes de salir embarazada, fui a un Centro de Salud acompañada de una amiga, específicamente al servicio de planificación familiar, y me quedaron mirando, había una señorita y nosotras le dijimos que nos queríamos cuidar las dos con un método y nos preguntó si estábamos con nuestra menstruación, también nos preguntaron por mamá, papá, enamorado, cosas así (ε) y nos dijeron que regresemos cuando estemos con nuestra menstruación y que volvamos con nuestra pareja. Ya no volvimos, sentí vergüenza porque a la hora de salir nos quedaron mirando medio raro, aparte ya no tenía tiempo, después me puse a trabajar y a estudiar. Yo me quería cuidar con la ampolla, pero la enfermera no me habló de la ampolla, tampoco preguntó qué método quería usar, estaba un poco apurada en ese momento, ahora tengo una hija de un mes de nacida”.



6. RECOMENDACIONES AL ESTADO

- **Resolver** el problema de acceso a métodos anticonceptivos de manera permanente y continua, así como el acceso a métodos más modernos de planificación, ampliando la gama de ofertas de MAC en el servicio público. Priorizando el abastecimiento de métodos anticonceptivos en las zonas con menor acceso económico, mujeres del sector rural, menor nivel educativo y las adolescentes y jóvenes.
- **Restablecer** la distribución gratuita de la Anticoncepción Oral de Emergencia para que las mujeres de bajos recursos puedan acceder a ella y poder evitar embarazos no deseados.
- **Asegurar** que el acceso a insumos se encuentra acompañado de consejerías que brinden información de calidad, con un trato cálido que tome en consideración los aspectos culturales y lingüísticos, sin ejercer ningún tipo de coerción o vulneración de los derechos de las mujeres.
- **Mejorar** el acceso y calidad de la información sobre los MAC, la cual deberá de incluir información sobre los efectos secundarios y uso del MAC e información sobre métodos naturales.

**VMH
SIDA**

Y

VIH Y SIDA

El VIH/sida es un problema de derechos humanos. Su incidencia en las mujeres se incrementa por la violencia contra ellas.





1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DE ACCIÓN DE CAIRO

- El objetivo es prevenir las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, así como prevenir las complicaciones de las enfermedades de transmisión sexual, como la infertilidad, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres (párrafo 7.29).
- Abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente apropiados para ese grupo de edad (párrafo 7.44, a).
- Impedir y reducir la difusión de la infección del VIH y minimizar sus consecuencias; aumentar el conocimiento de las consecuencias desastrosas de la infección con el VIH y el SIDA y de las enfermedades mortales conexas, tanto a nivel individual como de la comunidad y nacional, y aumentar también el conocimiento de los medios para prevenirlas; corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad (párrafo 8.29, a).
- Asegurar que las personas infectadas con el VIH reciban atención médica adecuada y no sean objeto de discriminación; dar asesoramiento y apoyo a las personas infectadas con el VIH y aliviar el sufrimiento de las personas que viven con el SIDA y de sus familiares, especialmente los huérfanos; asegurar el respeto de los derechos individuales y la confidencialidad de las personas infectadas con el VIH; asegurar que los programas de salud reproductiva y sexual se ocupen de la infección con el VIH y del SIDA (párrafo 8.29, b).
- Intensificar las investigaciones sobre métodos de lucha contra la pandemia del VIH y el SIDA y sobre un tratamiento eficaz para la enfermedad (párrafo 8.29, c).



2. CONTEXTO

- En el Perú, el VIH/SIDA tiene presencia desde hace 25 años. Desde el diagnóstico del primer caso de VIH en 1983 hasta junio de 2012 se han notificado 47,186 casos de VIH y 29,197 casos de SIDA (62% del total de casos), lo que muestra que la mayoría de diagnósticos se realizan tardíamente, impidiendo conocer el número de personas infectadas por el virus y dar cuenta de manera precisa, la real evolución de la enfermedad (Promsex 2012: 10).
- Según ONUSIDA, el Perú es un país de epidemia concentrada en hombres que tienen sexo con hombres, personas transexuales, trabajadores y trabajadoras sexuales. No obstante, la proporción de mujeres que adquiere el VIH/Sida ha aumentado considerablemente desde el inicio de la epidemia.
- Según los datos oficiales del Ministerio de Salud, en 1986 la razón hombre/mujer era de 9/1 y en los últimos años ha sido de 3/1, proporción que se ha mantenido hasta la actualidad (Red Activas 2011: 73).
- La situación de las mujeres peruanas que viven con VIH no ha sido considerada por parte del Estado ni por iniciativas no gubernamentales que en su mayoría se enfocan en la población HSH, puesto que la medición para la implementación de políticas del tipo de epidemia reconocida en el Perú es la epidemia concentrada en grupos como el HSH.
- Actualmente no existe en el Perú data oficial sobre el número de personas viviendo con VIH/SIDA y la data que se tiene se recoge a partir de las personas que se acercan para realizarse voluntariamente el tamizaje o las que se realizan de manera obligatoria a las mujeres embarazadas.



3. POLÍTICAS PÚBLICAS

- Si bien existen políticas de atención frente al VIH de manera general, es decir, que involucra a hombres y mujeres viviendo con VIH, por el momento no existe una respuesta adecuada con enfoque intercultural y de género, tanto en la elaboración de políticas públicas como en su implementación. Aun cuando el Programa de Acción de Cairo sostiene que “las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; es

ejemplo de esto su vulnerabilidad al comportamiento sexual imprudente de sus parejas” [Red Activas 2011: 73].

- Las políticas públicas para la prevención y atención a las mujeres frente al VIH están dirigidas a la prevención de la transmisión vertical, es decir, giran en torno a la vida reproductiva de la mujer, dejando de lado todas las estructuras que exponen al riesgo especialmente a las mujeres, tales como la violencia de género.
- Cabe resaltar que en la respuesta sanitaria frente a la epidemia del VIH está ausente un trabajo intersectorial debido a la débil interrelación que existe entre las Estrategias Sanitarias del MINSA, lo cual constituye una gran dificultad para el trabajo coordinado principalmente en ITS/VIH y SIDA, Salud Sexual y Reproductiva, promoción de la salud y salud de los adolescentes [Defensoría del Pueblo 2011: 194].
- La Defensoría del Pueblo ha identificado “que la incorporación de la perspectiva de derechos continúa siendo un tema pendiente y de gran importancia en la respuesta a la epidemia del VIH/SIDA” ([Defensoría del Pueblo 2011: 194], puesto que no se logra considerar aquellos aspectos que actúan como determinantes de la vulnerabilidad frente al VIH/SIDA, entre los cuales destacan el estigma y la discriminación.
- El Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres 2009-2015 y el Plan de Igualdad de Género 2012 - 2017, hacen débiles referencias sobre el VIH en sus lineamientos y actividades, advirtiéndose una ausencia sobre la prevención del VIH y la relación con la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo, siendo el 38.9% de las mujeres alguna vez unidas víctimas de violencia física y sexual por parte de su esposo o compañero [INEI 2012: 322]. Asimismo, existe una ausencia en el mejoramiento en la atención de las mujeres viviendo con VIH frente al goce y ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- **El Plan de Igualdad de Género 2012-2017** señala que los establecimientos de salud deberán contar con un protocolo de atención con enfoque de género, interculturalidad y respeto de la orientación sexual con el objeto de garantizar los derechos sexuales y reproductivos de las personas, además tiene como objetivo reducir la violencia de género con énfasis en la disminución de crímenes por razones de orientación sexual, sin embargo, no incluye la categoría de identidad de género tanto en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva como la disminución de la violencia de género, lo que deja de lado a las personas trans y vulnerarían su derecho a la igualdad y no discriminación.

- Según el informe UNGASS 2011, “el país ha experimentado un discreto aumento en los esfuerzos de brindar apoyo político, formular planes estratégicos y aplicar programas de prevención del VIH/SIDA. No se opina lo mismo en relación a la ejecución de los programas”¹⁰. Es decir, si bien existen políticas a las cuales se ha hecho referencia, resulta pendiente la implementación de las mismas, así como mejorar las deficiencias en el momento de la implementación, la mayoría relacionadas con la calidad de atención en los servicios de salud.



4. ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

- **2005-2007:** La asignación de presupuesto al VIH en el país ascendió a S/.615.1 millones (aproximadamente US\$198 millones). Se aprecia un crecimiento en el gasto especialmente en la atención y tratamiento (MINSA 2010: 44).
- **2008 -2009:** El gasto en prevención ha sido asumido fundamentalmente con recursos del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, tuberculosis y malaria, y en segundo lugar por el Estado.
- **2008-2010:** El gasto público en VIH representó el 0.6 % del gasto total en salud.
- **2010:** Se han ejecutado solo dos proyectos. El apoyo de la cooperación internacional ha disminuido en un 42%. Asimismo el gasto en investigación ha ido descendiendo, tanto que representa el 5.1% de los gastos totales.
- En términos generales, entre un periodo y el otro, se concluye que se ha aumentado el gasto en prevención del 27% al 37%, el gasto en tratamiento ha disminuido de 42% a 38%, y el de investigación de 17% ha disminuido al 13%. Sin embargo, hasta la fecha el financiamiento vinculado a la prevención, tratamiento y atención integral para las mujeres solo está vinculado a la gestación, quedando de lado todo direccionamiento a acciones y presupuesto que tengan que ver con la atención integral de las mujeres viviendo con VIH.

¹⁰ Ministerio de Salud. Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país - UNGAAS.2012, p. 78.



5. CASOS EMBLEMÁTICOS

Caso 1: N.G. es una mujer que vive con VIH hace 6 años, se embarazó y no se tomaron las medidas necesarias para evitar la transmisión vertical.

- Siendo aproximadamente las 7:30 am del día 6 de abril del mismo año y frente a las continuas contracciones, dolor y sangrado, la señora N.G ingresó por emergencia al hospital.
- Encontrándose en el departamento de Ginec Obstetricia tuvo que esperar aproximadamente 4 horas para ser atendida. El médico gineco-obstetra de turno decidió no practicarle la cesárea aduciendo que esta **“no estaba indicada y no se justifica porque el producto no estaba al contacto de la vagina que es el lugar donde hay mayor cantidad de virus”**¹¹. Asimismo, refiere el doctor que la señora N.G. **“En sus controles en Targa han indicado que dicha paciente había evolucionado favorablemente en su tratamiento Targa y que no se detectaba carga viral que mejorara en parte el pronóstico del recién nacido”**
- Finalmente, no se le practicó una cesárea conforme lo estipula la Norma Técnica de Salud para la Profilaxis de la Transmisión Madre - Niño del VIH, con el fin de evitar la transmisión vertical de la enfermedad hacia su hijo, todo lo contrario, se le indujo a parto vaginal, aun existiendo normativa que prescribe los cuidados en el parto para mujeres viviendo con VIH.

¹¹ Señalado en el Informe N° 001-12-CBR-GO-HRP de la señora Gómez, emitido por el Dr. César Becerra Rojas de fecha 31 de julio de 2012.



6. RECOMENDACIONES AL ESTADO

- **Crear** una instancia de coordinación multisectorial que aborde la problemática de la mujer y VIH desde un enfoque de género e interculturalidad.
- **Crear** políticas de prevención del VIH que considere a la prevención, detección y atención a la violencia contra las mujeres como parte de la estrategia nacional.
- **Crear** indicadores de género en las políticas públicas que permitan medir la implementación de las mismas y garantizar el respeto de derechos fundamentales.
- **Implementar** una atención de salud integral a las mujeres viviendo con VIH que garantice el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- **Gestionar** proyectos de inversión pública que permitan a los Gobiernos Regionales autosostenerse en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA.

EDUCACION
SEXUAL
INTEGRAL

EDUCACION SEXUAL INTEGRAL

Los y las adolescentes entre 14 y 18 años de edad, en tanto titulares del derecho a la libertad sexual, deben contar con la educación indispensable que el Estado debe brindar.

TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DEL PERÚ.
EXP N° 00008-2012-PI/TC





1. OBJETIVOS

- Promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad y respeto mutuo entre ambos sexos (E) (párrafo 7.36, a).
- Velar porque el hombre y la mujer tengan acceso a la información, la educación y los servicios necesarios para lograr una buena salud sexual y ejercer sus derechos y responsabilidades en lo tocante a la procreación (párrafo 7.36, b).



2. CONTEXTO

- La sexualidad es el derecho a experimentar y gozar de la sexualidad independientemente de la reproducción, y de la reproducción independientemente de la sexualidad. Dicho derecho debe ser garantizado por el Estado, prestando especial atención a quienes históricamente y en el presente no pueden ejercerlo debido a la violencia, discriminación, estigma y el miedo, colocándoles en situaciones de amenazas reales e impidiendo el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.
- El Tribunal Constitucional en la sentencia recaída en el Exp. N° 00008-2012-PI/TC declara inconstitucional el artículo 1 de la Ley N° 28704 que modificaba el inciso 3, del artículo 173 del Código Penal y que penalizaba las relaciones sexuales entre y con adolescentes de 14 a 18 años de edad, señala que el Estado, además de la sociedad y los padres, tiene la obligación de brindar educación sexual, así como las y los adolescentes entre 14 y 18 años de edad tienen el derecho a la información sobre su sexualidad, como parte de su derecho a la libertad sexual.
- El abordaje sobre la sexualidad en el ámbito educativo continúa siendo deficiente a pesar de registrarse avances a nivel normativo y pedagógico en la Educación Sexual Integral, lo que no ha significado la mejora de la calidad de la implementación en las aulas de las instituciones educativas.
- Según los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral¹², el 60% de tutores(as) sienten que no están capacitados para abordar

¹² Aprobado por Resolución Directoral N° 180-2008-ED el 16 de julio de 2008.

la educación sexual; no se sienten cómodos al hablar del tema, no saben cómo tratarlo con las y los estudiantes de diversas edades, les da vergüenza, se sienten inseguros (Apprende et al. 2012: 5).

- Por otro lado, en los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral solo se menciona la orientación sexual en una oportunidad y no hay referencias a la diversidad sexual, a la homosexualidad, al lesbianismo, a la bisexualidad, a las familias constituidas por personas del mismo sexo ni ninguna otra que permita abordar que el enfoque de la educación sexual integral no corresponde a un enfoque heteronormativo de la sexualidad (Apprende et al. 2012: 5).
- Un 45.7% de docentes desconoce los Lineamientos Educativos y Pedagógicos para la ESI; cifra que indica lo lejos que se está de alcanzar las metas y cumplir con los mandatos propuestos en la normativa vigente en relación a la implementación de metas y programas de Educación Sexual Integral (Vásquez y Kehuarucho 2009: 23).
- 41 de cada 100 adolescentes manifiestan no conocer “cómo cuidarse” de los embarazos. Asimismo, la violencia sexual es uno de los problemas más graves que afectan actualmente a las y los adolescentes (Vásquez y Kehuarucho 2009: 27).
- En el Monitoreo Social de Educación Sexual Integral en tres ciudades del país elaborado por la Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí podemos!, se concluye que “El enfoque intercultural, en respeto a la diversidad cultural y sexual de los adolescentes varones y mujeres, **es una de las evidencias más preocupante y que requieren urgente atención, dado los prejuicios y discriminaciones que se dan por los estudiantes entre sí y de sus profesores.** Es considerable la poca visibilidad de los estudiantes homosexuales dado que la mayoría de los estudiantes considera que sus profesores no hablan del tema o simplemente no existen en sus IIEE. Los temas de diversidad surgen como importantes de atender y profundizar, tanto en la capacitación como en las sesiones pedagógicas con los alumnos” (E)” (Alianza por la Educación Sexual Integral ¡Sí Podemos! 2009: s/n).
- El Manual de Tutoría y Orientación Educativa realizado por el MINEDU, señaló que la “incertidumbre con respecto a la orientación sexual” es parte de los “factores de riesgo asociados a la depresión y el suicidio en niños y adolescentes” de modo que esta ‘incertidumbre’ debería ser considerada a efectos de “reforzar la estrategia preventiva desde la institución educativa”. Este documento tiene un carácter discriminatorio y homofóbico, puesto que pareciera indicar que la depresión por incertidumbre en la orientación sexual se debe a la duda y alejamiento de los patrones heteronormativos (Otsuka 2012: 73).

- La DITOE se encuentra en un proceso de reestructuración, por lo que representa una preocupación al no contar con una estructura orgánica ni claridad sobre su rectoría, considerando que es la Dirección que contribuye a brindar educación integral que incluye educación sexual como parte de la educación básica regular.



3. POLÍTICAS PÚBLICAS

- **2010-2011:** Lanzamiento del Programa de Educación Sexual Integral por el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud. Elaboración de material didáctico en ESI para docentes, tutores/as y estudiantes.
- **2009:** Aprobación de la implementación del Programa de ESI, el cual establece que el Programa de Educación Sexual Integral debe desarrollarse en las instituciones educativas de Educación Básica Regular, anunciado por el MINEDU. El programa consiste en la incorporación de acciones y contenidos ESI en las instituciones educativas y no implica un sistema, ni la creación de un área u organismo para su implementación.
- **2008 a la fecha:** La Dirección de Tutoría y Orientación Educativa elaboró y ejecutó, en una etapa piloto, los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral. En cumplimiento de estos las instituciones educativas del país deben garantizar aprendizajes pertinentes y de calidad incluyendo, entre los resultados esperados, el desarrollo de conocimientos, capacidades y actitudes para que las y los educandos valoren y asuman su sexualidad, en el marco del ejercicio de sus derechos y deberes con los demás.
- Es de resaltar que la aprobación de los Lineamientos Educativos y Orientaciones Pedagógicas para la Educación Sexual Integral nació desde un enfoque multisectorial, sin embargo, en la práctica se redujo al sector educativo, dejando fuera otros escenarios donde se puede promover la educación sexual integral.
- **2008:** El Estado peruano, representado por los Ministerios de Salud y Educación, suscribieron la “Declaración Ministerial Prevenir con Educación”¹³, en donde se fijaron los compromisos y metas relacionados con la Educación Sexual Integral.

¹³ Declaración “Prevenir con Educación” proclamada durante la XVII Conferencia Internacional de SIDA, con el objetivo de fortalecer la respuesta a la epidemia del VIH en contexto educativo formal y no formal, los Ministros de Salud y de Educación de América Latina y el Caribe. Realizada en 2008 en la ciudad de México.



4. ASIGNACIÓN DE PRESUPUESTO

- **2007-2011:** Según la información brindada por la DITOE la inversión en ESI tuvo una mayor contribución por parte de la Cooperación Internacional, la cual alcanzó a S/.3'733,151.17 (94.2%), mientras que la contribución del Estado solo ascendió a S/.231,731.49 (5.8 %) de la inversión total¹⁴. Lo que evidencia un problema de presupuesto estatal y de interés para la implementación de la ESI en el país.



5. RECOMENDACIONES AL ESTADO

- **Crear e implementar** una política multisectorial que permita tener lineamientos sobre educación sexual integral en todos los sectores y niveles, así como garantizar el presupuesto para una implementación eficaz.
- **Monitorear** que las políticas sobre educación sexual integral se apliquen en las aulas, así como monitorear al docente en su desempeño, competencias y capacidad resolutoria para brindar una educación de acuerdo a los lineamientos establecidos.
- **Crear** indicadores que midan la calidad de la implementación de la educación sexual integral desde un enfoque de género e intercultural.
- **Incorporar** en los manuales educativos y en el currículo escolar el enfoque intercultural y de diversidad sexual en la ESI, puesto que se mantienen prácticas discriminatorias tanto entre los y las estudiantes, como en las relaciones con los y las docentes, permitiendo la reflexión en clase frente a temas críticos como la discriminación por etnia o cultura y por orientación sexual o identidad de género.

¹⁴ Informe N° 433. Solicitud de información en el marco de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Expediente MPT 2012-EX-0174049. Ministerio de Educación - DITOE. 30 de octubre de 2012.



BIBLIOGRAFÍA

AMNISTÍA INTERNACIONAL

2012 *Deficiencias Fatales.* Amnistía Internacional.

ARRIGADA, Soledad

2011 *Adolescencia y Acceso a salud reproductiva y educación sexual.* Lima: Promsex.

CHÁVEZ, Susana

2007 *Apuntes para la acción: El derechos de las mujeres a un aborto legal.* Lima: Promsex.

CHÁVEZ Susana y TÁVARA Luis

2010 *El derecho a la planificación familiar: una agenda inconclusa en el Perú.* Lima: Promsex.

CHÁVEZ, Isabel

2012 *Análisis de la inversión pública para prevenir el embarazo adolescente en el Perú.*
Lima: INPPARES.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

2011 *Fortaleciendo la respuesta frente a la epidemia del VIH/SIDA: Segunda supervisión de los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA.* Lima: Defensoría del Pueblo.

FERRANDO, Delicia

2006 *El aborto clandestino en el Perú.* Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.

GRUPO DE TRABAJO PREVENCIÓN DEL EMBARAZO ADOLESCENTE - Mesa de Lucha Contra la Pobreza

2012 *Grupo de trabajo para la prevención del Embarazo adolescente seguimiento concertado.* Alerta N° 01. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2010 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009.* Lima: INEI.



INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2012 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2011*. Lima: INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2013 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2012*. Lima: INEI.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA

2010 *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar - ENDES 2009*. Lima: INEI.

PÁEZ, Katherine

2012 *Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo: Avances en América Latina, 2009-2011*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

MESA DE LUCHA CONTRA LA POBREZA

2013 *Programa Presupuestal "Salud Materna Neonatal" (SMN). Reporte de Seguimiento Concertado: Balance de ejecución 2012*. LIMA.

MINISTERIO DE SALUD

2011 *Encuesta Global de Salud Escolar. Resultados - Perú 2010*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE SALUD

2012 *Sin título*. [Diapositivas]. Lima: Ministerio de Salud. Consulta: 28 de diciembre 2012.

MINISTERIO DE SALUD & UNFPA

2012 *Violencia contra las mujeres adolescentes*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE SALUD

2010 *Informe Nacional sobre los progresos realizados en la aplicación del UNGASS periodo: enero 2008-diciembre 2009*. Lima: MINSa.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

2012 *Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021*. 14 de abril.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

2009 *Plan de contra la violencia hacia las mujeres 2009 - 2015*. Lima: MIMPV.

MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES

2012 *Plan de Igualdad de Oportunidades 2012 - 2017*. Lima: MIMPV.

MINISTERIO DE LA MUJER

2012 *Informe Nacional sobre los progresos realizados en el país - UNGAAS*. Lima: MINSA.

NACIONES UNIDAS

1995 *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. Nueva York: Naciones Unidas.

**VELARDE, Chaska y
CHÁVEZ, Susana**

2012 *Guerras inacabadas. La violencia y barreras que afectan la atención de la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con VIH*. Lima: Promsex.

PROMSEX

2012 *Informe alternativo de organizaciones de la sociedad civil al Comité de derechos económicos, sociales y culturales sobre la situación de la salud sexual y reproductiva en el Perú 2011*. Lima: Promsex.

RED ACTIVAS

2011 *Más allá de la cooperación al desarrollo. Derechos sexuales y reproductivos: Bolivia, Ecuador, Perú*. Madrid.

OTSUKA, Liurka

2012 *Informe Anual sobre Derechos Humanos de personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú 2011*. Lima: Promsex.

ANNE

OS



ANEXO 1

Balance del cumplimiento de metas de la Plataforma
de Acción de Cairo por el Estado peruano



ANEXO 2

Balance de la participación de la sociedad civil en la elaboración,
implementación y evaluación de las políticas públicas



ANEXO 1

BALANCE DEL CUMPLIMIENTO DE METAS DE LA PLATAFORMA DE ACCIÓN DE CAIRO POR EL ESTADO PERUANO

TEMA	MEDIDAS	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS IMPUESTAS AL ESTADO PERUANO
ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	<ul style="list-style-type: none"> Los gobiernos y la comunidad internacional deberían utilizar todos los medios de que disponen para apoyar el principio de la libertad de elección en la planificación de la familia (párrafo 7.15). Todos los programas de planificación familiar deben proporcionar información accesible, completa y precisa sobre los diversos métodos de planificación de la familia, que incluya sus riesgos y beneficios para la salud (párrafo 7.23, b). 	<ul style="list-style-type: none"> Existen aún problemas de abastecimiento de todos los métodos anticonceptivos, lo que impide elegir libremente el método que se adapte a las necesidades de las y los usuarios y el ejercicio de su derecho de su salud sexual y reproductiva. La información sobre los métodos anticonceptivos no es amplia ni completa, debido a que, por un lado, la disposición de métodos que brinda el servicio público es limitada y se restringe a la oferta de métodos de barrera y, por el otro, no está adaptada a la cultura y niveles socioculturales de las y los usuarias. Se ha establecido la prohibición de distribución gratuita de la Anticoncepción Oral de Emergencia en los establecimientos públicos de salud. Dicha medida solo afecta a las mujeres con menos recursos que acuden a los servicios públicos.



TEMA	MEDIDAS	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS IMPUESTAS AL ESTADO PERUANO
<p>EMBARAZO ADOLESCENTE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios apropiados y a la información que necesiten, salvaguardando los derechos de los adolescentes a la intimidad, confidencialidad, respeto y consentimiento basado en una información correcta, y respetando los valores culturales y las creencias religiosas (párrafo 7.45). • Eliminar los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes (párrafo 7.45). • Proteger y promover los derechos de los adolescentes a la educación, la información y la asistencia en materia de la salud reproductiva, y reducir considerablemente el número de embarazos entre las adolescentes (párrafo 7.46). • Establecer programas apropiados para responder a las necesidades especiales de los adolescentes (párrafo 7.47). • Deberían establecer programas para la prevención y el tratamiento de los casos de abuso sexual y de incesto, así como otros servicios de salud reproductiva (párrafo 7.47). • Los programas deberían llegar y capacitar a todas las personas que estén en condiciones de dar orientación a los adolescentes en relación con un comportamiento sexual y reproductivo responsable, en particular los padres y las familias, así como las comunidades, las instituciones religiosas, las escuelas, los medios de información, y los grupos de la misma edad e intereses (párrafo 7.48). 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de adecuación de servicios de salud para prevención del embarazo y consejería para adolescentes o la actitud prejuiciosa prevalente entre algunos operadores (as) de salud que se muestran poco sensibles a las necesidades emocionales y afectivas de las y los adolescentes. • No se han vencido barreras estructurales, como los prejuicios sobre los y las adolescentes, para el acceso a productos y servicios de salud sexual y reproductiva, incluyendo el uso adecuado y provisión de condones u otros métodos anticonceptivos. • No se cuenta con una política multisectorial de prevención del embarazo adolescente no deseado. • Según el Ministerio de Salud en 2010, de las adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual atendidas en los Centros Emergencia Mujer, el 34% de las mismas tuvo un embarazo como resultado de una violación sexual. Sin embargo, no se dispone de políticas de atención a la violencia sexual con énfasis en la prevención el embarazo.

TEMA	MEDIDAS	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS IMPUESTAS AL ESTADO PERUANO
<p>ABORTO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mediante el sistema de atención primaria de salud, los países deben esforzarse para que la salud reproductiva esté al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible y a más tardar para el año 2015. La atención de la salud reproductiva en el contexto de la atención primaria de la salud debería abarcar, entre otras cosas: interrupción del embarazo de conformidad con lo indicado en el párrafo 8.25, incluida la prevención del aborto y el tratamiento de sus consecuencias (párrafo 7.6). Se insta a todos los gobiernos y a las organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales pertinentes a incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública. En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, estos deberán realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos (párrafo 8.25). 	<ul style="list-style-type: none"> El aborto inseguro es una de las cinco causas principales de muerte relacionada con el embarazo en el Perú, donde una de cada siete mujeres que se someten a abortos es hospitalizada por complicaciones asociadas. Según un informe de 2006, realizado por Delicia Ferrando, aproximadamente 371,420 abortos inseguros se realizan en el Perú cada año. Según el Boletín Epidemiológico de Lima, dentro de las causas de muertes maternas el 9% se debieron a causas relacionadas con aborto. El Ministerio de Salud no ha aprobado ni implementado un protocolo nacional para atención de casos de abortos legales como el aborto terapéutico, que se encuentra despenalizado desde el año 1924. En la actualidad, el aborto por causal de violación tiene una pena privativa de libertad de 3 meses a 2 años. Lo que coloca a las mujeres víctimas de violaciones sexuales en una situación donde están obligadas a continuar con un embarazo no deseado o a practicarse un aborto ilegal e inseguro, poniendo en riesgo su vida y su salud.



TEMA	MEDIDAS	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS IMPUESTAS AL ESTADO PERUANO
<p>VIH Y SIDA</p>	<ul style="list-style-type: none"> Las y los proveedores de servicios de salud, incluidos los que se ocupan de la planificación de la familia, deberían recibir formación especializada sobre la prevención y el diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual y sobre la prestación de servicios de asesoramiento a ese respecto, en particular en relación con las infecciones que afectan a las mujeres (párrafo 8.33). Asegurar la distribución fiable de preservativos de buena calidad debería convertirse en elemento integrante de los servicios de atención de la salud reproductiva (párrafo 8.35). Información, educación y orientación sobre una conducta sexual responsable y sobre la prevención eficaz de las enfermedades de transmisión sexual incluida el VIH (párrafo 11.16). 	<ul style="list-style-type: none"> No se ha logrado atender a las necesidades específicas de las mujeres que viven con VIH, como el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos, y el acceso a métodos anticonceptivos deseables. No se ha logrado una respuesta multisectorial basada en políticas nacionales y regionales claras y coherentes. No se ha logrado responder a las necesidades de las mujeres sobre la prevención del VIH y las relaciones de género que se circunscriben como factores de riesgo. Si bien existen políticas de abordaje a la epidemia, el punto débil sigue siendo la implementación de las mismas.

TEMA	MEDIDAS	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS IMPUESTAS AL ESTADO PERUANO
<p>EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL</p>	<p>SEXUALIDAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> Se debería prestar apoyo a actividades y servicios en materia de educación sexual integrada para los jóvenes (párrafo 7.37). Los gobiernos deberían formular las políticas nacionales sobre la base de una mejor comprensión de la necesidad de una sexualidad humana responsable y de las realidades actuales en cuanto al comportamiento sexual, con el fin de evitar embarazos no deseados, la propagación del SIDA y la prevalencia de la violencia y el abuso sexual (párrafo 7.38). Debería alentarse y apoyarse, por medio de programas educativos a nivel nacional y de la comunidad, el debate activo y abierto acerca de la necesidad de proteger a las mujeres, los jóvenes y los niños contra todo tipo de abusos, inclusive el abuso sexual, la explotación, el tráfico para fines sexuales y la violencia. Deberían promulgarse cuando no existan, difundirse en forma explícita, reforzarse y aplicarse leyes encaminadas para hacer frente a esos problemas, y deberían proporcionarse servicios apropiados de rehabilitación (E) (párrafo 7.39). <p>SOBRE EDUCACIÓN SEXUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> Los jóvenes deberían participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades de desarrollo que repercuten directamente en su vida diaria. Ello es particularmente importante en lo que respecta a las actividades y los servicios de información, educación y comunicación sobre la reproductiva y sexual, incluida la prevención de los embarazos tempranos, la educación sexual y la prevención del VIH/SIDA y de otras enfermedades que se transmiten sexualmente (párrafo 6.15). 	<p>SEXUALIDAD</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura de capacitación a docentes y tutores/as es insuficiente por lo que se observan brechas significativas en el nivel de conocimiento y la promoción de estilos de vida saludables en las y los estudiantes. No se considera el enfoque de diversidad sexual, lo cual constituye un impedimento para promover adecuadamente el desarrollo de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad. El Estado peruano no tiene una política integral de acceso a educación sexual, métodos anticonceptivos modernos y atención de calidad al aborto legal. <p>EDUCACIÓN SEXUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> La cobertura y la calidad de capacitación a docentes y tutores/as es insuficiente por lo que se observan brechas significativas en el nivel de conocimiento y la promoción de estilos de vida saludables en las y los estudiantes. No considerar el enfoque de diversidad sexual se constituye en un impedimento para “promover el desarrollo adecuado de una sexualidad responsable que permita el establecimiento de relaciones de equidad”. Es necesario promover la participación activa de las y los jóvenes en el proceso de diseño e implementación de la Educación Sexual Integral.



TEMA	MEDIDAS	CUMPLIMIENTO DE LAS MEDIDAS IMPUESTAS AL ESTADO PERUANO
<p>MORTALIDAD MATERNA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los países deberían tratar de lograr reducciones significativas de la mortalidad materna para el año 2015: una reducción de la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015 (párrafo 8.21). • Todos los países, y en especial los países en desarrollo, con el apoyo de la comunidad internacional, deberían tratar de reducir todavía más la mortalidad materna adoptando medidas para impedir, detectar y tratar los embarazos y nacimientos de alto riesgo, en particular entre las adolescentes y las parturientas de más edad (párrafo 8.23). • [E] Deberían determinarse las causas subyacentes de la morbilidad y mortalidad maternas y se debería prestar atención a la elaboración de estrategias para eliminarlas y para desarrollar mecanismos de evaluación y supervisión adecuados, a fin de evaluar los progresos logrados en la reducción de la mortalidad y morbilidad maternas y de aumentar la eficacia de los programas en marcha (párrafo 8.22). 	<ul style="list-style-type: none"> • Si bien la reducción de la muerte materna se ha dado en torno al parto y puerperio, ello ha llevado a una mayor visibilización de las muertes por causa indirectas, alcanzando el 28% de las muertes. Estas muertes son productos de enfermedades o condiciones que se adquieren o agravan durante el parto o embarazo, y las cuales se habrían evitado de contar con un Protocolo de Aborto Terapéutico. • Si bien el Ministerio de Salud ha diseñado políticas públicas sobre la prevención de la mortalidad materna, estas aún tienen problemas para implementarse adecuadamente. • Según reportes del Ministerio de Salud, el aborto se constituye como una de principales causas de mortalidad materna, puesto que en un contexto de ilegalidad las mujeres recurren a servicios inseguros para interrumpir su embarazo.

ANEXO 2

BALANCE DE LA PARTICIPACIÓN DE LA SOCIEDAD CIVIL EN LA ELABORACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

OBJETIVO: Fomentar una colaboración efectiva entre todos los niveles de gobierno y toda la gama de organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios locales en los debates y decisiones sobre la concepción, ejecución, coordinación, vigilancia y evaluación de programas relativos a la población, el desarrollo y el medioambiente de conformidad con el marco general de las políticas de los gobiernos y teniendo debidamente en cuenta las responsabilidades y funciones de los respectivos asociados [párrafo 15.7].

MEDIDAS	CUMPLIMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> Los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales, en su diálogo con las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios locales, y con pleno respeto de su autonomía, deberían incorporarlos en su proceso de adopción de decisiones y facilitar la contribución que las organizaciones no gubernamentales pueden hacer a todos los niveles para hallar soluciones comunes a los problemas en la esfera de la población y el desarrollo y, en particular, asegurar la aplicación del presente Programa de Acción. Las organizaciones no gubernamentales deberían desempeñar una función esencial en los procesos de desarrollo nacional e internacional [párrafo 15.8]. Los gobiernos deberían procurar que las organizaciones femeninas desempeñaran funciones esenciales y tuvieran la participación que les corresponde en la concepción y aplicación de los programas de población y desarrollo [párrafo 15.9]. 	<p>La participación de la sociedad civil para la elaboración, implementación y evaluación de las políticas públicas es de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> Respecto a las políticas públicas, no se realiza en todos los ámbitos: elaboración, implementación y evaluación. En algunos casos se participa de la formulación de la propuesta y no en su aprobación o, en el caso de las políticas públicas de mortalidad materna, la sociedad civil participó en la implementación de las políticas, pero no en la formulación de las mismas y en escasas oportunidades ha participado en la etapa de evaluación. Existen diferentes espacios de articulación de la sociedad civil alrededor de los derechos sexuales y reproductivos como, la Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Alianza Sí Podemos, entre otros. Sin embargo, a pesar de que existe una instancia establecida en el Ministerio de Salud, para abordar los temas de salud sexual y reproductiva, el Comité Consultivo, esta no cumple con su función.



MEDIDAS	CUMPLIMIENTO
<ul style="list-style-type: none">• Los gobiernos y las organizaciones intergubernamentales, en su diálogo con las organizaciones no gubernamentales y los grupos comunitarios locales, y con pleno respeto de su autonomía, deberían incorporarlos en su proceso de adopción de decisiones y facilitar la contribución que las organizaciones no gubernamentales pueden hacer a todos los niveles para hallar soluciones comunes a los problemas en la esfera de la población y el desarrollo y, en particular, asegurar la aplicación del presente Programa de Acción. Las organizaciones no gubernamentales deberían desempeñar una función esencial en los procesos de desarrollo nacional e internacional (párrafo 15.8).• Los gobiernos deberían procurar que las organizaciones femeninas desempeñaran funciones esenciales y tuvieran la participación que les corresponde en la concepción y aplicación de los programas de población y desarrollo (párrafo 15.9).• Los gobiernos, las organizaciones intergubernamentales y las instituciones financieras internacionales deberían poner a disposición del sector no gubernamental, siempre que sea factible y previa solicitud, al respecto, sin comprometer su plena autonomía, recursos financieros y técnicos suficientes, así como la información necesaria para una participación eficaz de las organizaciones no gubernamentales en la investigación, formulación, realización, supervisión y evaluación de actividades en materia de población y desarrollo (párrafo 15.10).• Los gobiernos y los países donantes, incluidas las organizaciones intergubernamentales y las instituciones financieras nacionales, deberían procurar que las organizaciones no gubernamentales y sus redes mantuvieran su autonomía y potenciaran su capacidad mediante la celebración periódica de diálogos y consultas, y la realización de actividades apropiadas de capacitación y extensión y, en consecuencia, desempeñaran un papel más importante como asociados a todos los niveles (párrafo 15.11).• Los gobiernos, cuando fuese oportuno, deberían incluir a representantes de organizaciones no gubernamentales en las delegaciones nacionales ante los foros regionales e internacionales donde se examinan las cuestiones de la población y el desarrollo (párrafo 15.12).	<p>La participación de la sociedad civil para la elaboración, implementación y evaluación de las políticas públicas es de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none">• Respecto a las políticas públicas, no se realiza en todos los ámbitos: elaboración, implementación y evaluación. En algunos casos se participa de la formulación de la propuesta y no en su aprobación o, en el caso de las políticas públicas de mortalidad materna, la sociedad civil participó en la implementación de las políticas, pero no en la formulación de las mismas y en escasas oportunidades ha participado en la etapa de evaluación.• Existen diferentes espacios de articulación de la sociedad civil alrededor de los derechos sexuales y reproductivos como, la Mesa de Vigilancia por los Derechos Sexuales y Reproductivos, Alianza Sí Podemos, entre otros. Sin embargo, a pesar de que existe una instancia establecida en el Ministerio de Salud, para abordar los temas de salud sexual y reproductiva, el Comité Consultivo, esta no cumple con su función.• Existen instancias del gobierno que permiten realizar un trabajo coordinado y participativo con los ministerios, gobiernos regionales, provinciales y locales. Facilitando una participación multidisciplinaria en la elaboración de normas técnicas como las Guías de Salud Sexual. Sin embargo, aún existen dificultades para una adecuada participación de la sociedad civil en la esfera pública, puesto que no se realiza una consulta previa, tanto a nivel regional provincial y distrital, con los actores sociales pertinentes que permitan incluir la realidad de cada región y, de acuerdo con ello, crear las leyes y decretos.• Respecto a las políticas públicas de VIH/Sida existe la Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud - Conamusa, que es la instancia de coordinación que involucra a todos los sectores de gestión del Estado, así como a representantes de la sociedad civil, en la que se construyen y discuten las políticas públicas de respuestas frente al VIH, sin embargo, este espacio no recoge las demandas de la mujeres viviendo con VIH.



MESA DE VIGILANCIA CIUDADANA EN DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ANGELA SEBASTIANI

AMNISTÍA INTERNACIONAL

APOYO A PROGRAMAS DE POBLACIÓN APROPO

ASOCIACIÓN GRUPO DE TRABAJO REDES LA CASA DE PANCHITA

ASOCIACIÓN PERUANA PARA LA PREVENCIÓN DE EMBARAZOS NO DESEADOS APPRENDE

CATÓLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR - PERÚ CDDP

CENTRO DE ESTUDIOS SOCIALES Y PUBLICACIONES CESIP

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN POPULAR CENDIPP

CENTRO DE PROMOCIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS PROMSEX

CMP FLORA TRISTÁN

INSTITUTO DE ESTUDIOS EN SALUD SEXUALIDAD Y DESARROLLO HUAMO IESSDEH

INSTITUTO PERUANO DE PATERNIDAD RESPONSABLE INPPARES

MEDICOS DEL MUNDO FRANCIA

MOVIMIENTO MANUELA RAMOS

RED NACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA MUJER

REDESS JÓVENES

SOLIDARIDAD INTERNACIONAL

VÍA LIBRE

Cesip

CENTRO
DE ESTUDIOS
SOCIALES Y
PUBLICACIONES



Católicas por el
Derecho a Decidir - Perú

PROMSEX

Centro de Promoción y Defensa de los
Derechos Sexuales y Reproductivos



anesvad
por el derecho a la salud

Hivos
people unlimited

CENBIPP

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN POPULAR

medicmundi
álava•araba



Foro de la
Sociedad Civil
en Salud



Cooperación
Belga al Desarrollo
.be

fos
SOLIDARIDAD
SOCIALISTA

Manuela Ramos
Una apuesta por la equidad

35 años

medicmundi
gipuzkoa



GARAPENERAKO
LANKIDETZAREN
EUSKAL AGENTZIA
AGENCIA VASCA DE
COOPERACIÓN PARA
EL DESARROLLO



EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO

flora
tristán



centro de la mujer peruana



Bizkaiko Foru
Aldundia
Diputación
Foral de Bizkaia

adsis
Fundación



www.solidaridad.org



Alianza
por la
Solidaridad



Asociación Grupo de Trabajo Redes

IESSDEH

Instituto de Estudios en Salud,
Sexualidad y Desarrollo Humano

RED NACIONAL
DE PROMOCION
DE LA MUJER



Inppares
Promueve salud y desarrollo