

Derechos Sexuales y Reproductivos de las Mujeres en El Peru: *Un Reporte Sombra*

www.reproductiverights.org

DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES
EN EL PERU: UN REPORTE SOMBRA

Publicado por:

Centro Legal para Derechos Reproductivos
y Políticas Públicas

120 Wall Street
New York, NY 10005
U.S.A.

©1998 Centro Legal para Derechos Reproductivos

Cualquier parte de este informe puede ser copiada, traducida o adaptada con el permiso del CRLP, siempre que las copias sean distribuidas gratuitamente o al costo (sin ánimo de lucro) y que el CRLP sea reconocido como la organización autora. Cualquier reproducción comercial requiere previa autorización escrita del CRLP. CRLP apreciaría recibir la copia de cualquier material en que la información de este informe sea usada.

CONTENIDO

Leyes y Políticas Públicas que Afectan los Derechos Reproductivos La Aplicación de Leyes y la Realidad de las Vidas Reproductivas de las Mujeres

	<u>Pág.</u>
INTRODUCCIÓN	1
PRINCIPALES CAMPOS DE PREOCUPACIÓN	3
I. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y DE CONTEXTO	5
II. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN EL PERÚ: INFORMACIÓN SEGÚN PROVISIONES PERTINENTES DE LA CONVENCIÓN DE LA MUJER	7
A. Artículo 5: <i>Diversas formas de violencia contra las mujeres</i>	7
1. Violencia sexual	7
2. Violencia doméstica	8
3. Formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud	9
B. Artículo 10 (h): <i>Acceso a información educativa para asegurar la salud y el bienestar de las familias, incluidas información y consejería en planificación familiar</i>	12
C. Artículo 11 (2): <i>Protección a la maternidad y discriminación en el empleo</i>	13
D. Artículo 12 (1 y 2): <i>Discriminación contra la mujer en la atención de su salud, incluida su salud sexual y reproductiva</i>	14
1. Costo del embarazo, parto y posparto	15
2. Planificación familiar	16
3. Aborto	18
E. Artículo 14 (2) (b), (c) y (h): <i>Discriminación contra la mujer en áreas rurales: acceso a servicios adecuados de atención médica, incluida la planificación familiar</i>	19
F. Artículo 16: <i>Desigualdad en las relaciones de pareja y derecho a decidir en las esferas de la sexualidad y la reproducción</i>	20

INTRODUCCIÓN

El reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a la salud, incluida la salud reproductiva, son asuntos particularmente críticos para las mujeres que los Estados Parte de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (“Convención de la Mujer”) deben examinar. Este reporte analiza un conjunto de derechos que han sido motivo de preocupación del Comité y otras áreas de interés para la vida reproductiva de las mujeres, abordados en los consensos internacionales adoptados en Viena (1993), El Cairo (1994), Copenhague (1995) y Beijing (1995).

En el Perú persisten normas, políticas y prácticas discriminatorias sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción que afectan de manera decisiva la vida de las mujeres, exponiéndolas a graves riesgos, daños y desventajas. A la persistencia de prejuicios culturales que constriñen el derecho de las mujeres a decidir sobre las esferas de la sexualidad y la reproducción, se suman diversas formas de violencia contra las mujeres tanto en el ámbito público como privado, que constituyen violaciones a sus derechos humanos e impactan sobre su salud sexual y reproductiva. La discriminación y violencia en el ámbito de la salud adquieren expresiones específicas y/o más severas para un grupo mayoritario de mujeres, por causa de su condición económica, edad, raza o condición étnica, entre otras, quedando expuestas a situaciones y abusos inaceptables y con posibilidades muy limitadas de obtener justicia. Tales situaciones se describen en este documento.

El propósito de este reporte sombra es aportar información independiente al Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), el cual, en su próximo período de sesiones examinará el cuarto informe del Estado peruano.

El Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), con sede en Lima, The Center for Reproductive Law and Policy (CRLP), con sede en Nueva York, y el Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), con sede en Lima, son organizaciones no gubernamentales que en los últimos años han venido recogiendo, de manera sistemática, información respecto a la problemática de los derechos sexuales y reproductivos, y el derecho a la salud, incluida la salud reproductiva, en el Perú.

El reporte ha sido organizado en dos partes, una primera sección provee información estadística y contextual, una segunda, entrega información relevante en torno a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú, según las provisiones pertinentes de la Convención de la Mujer. Cada tema analizado en la segunda parte está dividido en dos secciones. La sección sombreada describe las leyes y políticas existentes. La sección sin sombreada se concentra en la forma en que tales leyes son implementadas y su cumplimiento. La información de la primera parte fue obtenida principalmente del capítulo sobre Perú en el reporte *Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que Afectan sus Vidas Reproductivas – América*

Latina y el Caribe. Este libro es parte de una serie de informes regionales que está preparando el CRLP en colaboración con ONG de nivel nacional en cada país. DEMUS y CRLP elaboraron el capítulo sobre Perú en dicho reporte.

Este informe ha sido trabajado en colaboración, por Giulia Tamayo y Raquel Cuentas (CLADEM), Katherine Hall Martínez, Gaby Oré Aguilar y Alison-María Bartolone (CRLP) y Roxana Vásquez (DEMUS).

Lima, junio de 1998

CAMPOS PRINCIPALES DE PREOCUPACIÓN

1. El Perú es el segundo país con la más alta tasa de mortalidad materna en Sudamérica y una de las más altas en el mundo, indicador que de modo excepcional revela el grado de compromiso del Estado con los derechos humanos de las mujeres y con la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (Véase la sección II D).
2. El Estado viene aplicando un sistema de cobro de tarifas para la atención del parto, incumpliendo normas nacionales sobre la gratuidad de tales servicios y la propia Convención de la Mujer. La aplicación de estas tarifas está excluyendo a un número importante de mujeres pobres, jóvenes y en situación vulnerable, del acceso a la atención de su salud reproductiva y propicia conductas abusivas y arbitrarias por parte de los proveedores de salud¹ (Véase la sección II D y E).
3. En la prestación de los servicios públicos de salud a las mujeres, los episodios de violencia física, psicológica, exposición a graves riesgos a la vida, el cuerpo y la salud, incluidos sufrimientos innecesarios, trato coercitivo, humillante y discriminatorio, continúan sucediendo con una frecuencia alarmante. El Estado peruano no ha desarrollado recursos efectivos y oportunos para garantizar el derecho a reclamaciones y la obtención de justicia frente a abusos contra las mujeres en el contexto de los servicios públicos de salud. La respuesta de las autoridades de salud frente a tales casos ha sido el encubrimiento institucional, mientras que, en lo judicial, no se respetan las garantías al debido proceso. La corrupción y criterios discriminatorios en la administración de justicia, la presión sobre las víctimas, contribuyen a la impunidad. Se debe destacar, sin embargo, el desempeño de la Defensoría del Pueblo en defensa de los derechos de las usuarias de los servicios públicos de salud (Véase la sección II A y E).
4. En la implementación del actual “Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000” se han producido prácticas contrarias al consentimiento informado, a la salud y a la vida de las mujeres, afectando en particular y desproporcionadamente a las más pobres y, entre éstas, a las mujeres de áreas rurales. El Estado ha privilegiado la anticoncepción quirúrgica femenina, llevando a cabo acciones exclusivas de captación de usuarias de anticoncepción quirúrgica, llamadas “ferias” o “festivales”, sin garantizar el consentimiento informado ni la calidad de los servicios; no ha suministrado la entrega de información completa y veraz sobre toda la gama de métodos anticonceptivos; ha establecido cuotas de cumplimiento obligatorio sobre los establecimientos de salud y los proveedores, propiciando así esterilizaciones forzadas y otras prácticas contrarias a la vida y la salud de las mujeres (Véase la sección II A, D y E).

5. El actual programa de salud reproductiva y planificación familiar esta siendo implementado con poca transparencia, sin mecanismos de participación y control de la ciudadanía y sin el desarrollo jurídico necesario para la protección y garantía de los derechos de la población, a la cual tales programas se dirigen prioritariamente: mujeres pobres y adolescentes (Véase la sección II D).

6. El Estado peruano ha ignorado las recomendaciones del CEDAW (1995)² y del Comité de Derechos Humanos (1996)³ sobre la necesidad de una revisión de sus políticas y leyes restrictivas sobre el aborto. Por el contrario, en 1997, ha promulgado normas más restrictivas contra los proveedores de salud para denunciar a las mujeres que llegan a los hospitales con complicaciones de aborto.⁴ El Estado peruano tampoco ha desarrollado acciones para su prevención y para brindar atención post-aborto. La política de criminalización no ha logrado reducir su incidencia e incrementa día a día las cifras de mortalidad materna (Véase la sección II D).

7. El Perú exhibe un precario desarrollo de los derechos de las usuarias de los servicios de salud. Resalta particularmente la falta de desarrollo jurídico sobre el derecho al consentimiento informado. Las leyes existentes no garantizan el proceso de decisión y el derecho de las usuarias a recibir información adecuada, de calidad y completa para elegir libremente sobre su sexualidad y reproducción (Véase la sección II D y E).

8. La violación de mujeres adultas tiene todavía carácter de acción privada, es decir, la investigación y persecución de este delito solo se da a petición de la agredida. El Estado abdica así su responsabilidad de iniciar acciones contra los delincuentes (Véase la sección II A).

9. El sistema público de salud ha disminuido en recursos humanos e infraestructura. Se han reducido las oportunidades de las personas a acceder a establecimientos de salud y a ser atendidas por profesionales de salud, mermando también la calidad de los servicios. La inversión pública en salud, en 1998, se encuentra por debajo de la de 1995, y la inversión per cápita en salud no recupera los niveles de 1985-87 (Véase la sección II D).

10. No hay mecanismos eficaces y oportunos para proteger los derechos laborales de las mujeres en caso de maternidad. La expulsión laboral por maternidad, así como la privación de los derechos laborales y a los beneficios de la seguridad social son prácticas comunes toleradas (Véase la sección II C).

I. INFORMACIÓN ESTADÍSTICA Y DE CONTEXTO

Salud Sexual y Reproductiva

- En 1996, el Perú registró una población total de 23,947,000 habitantes. El 50,3% son mujeres y de éstas, 6,259,000 son mujeres en edad fértil.⁵
- En 1996, la tasa de crecimiento de la población registrada fue de 1,8% anual.⁶ En la anterior medición (1992) fue de 2.0%.⁷
- La tasa de mortalidad materna, en 1996, fue estimada en 265 por cada 100,000 nacidos vivos.⁸ Los factores determinantes de esta alta tasa son la marginación de la población rural y el embarazo adolescente.⁹
- El embarazo adolescente contribuye con el 15% de la mortalidad materna. El 20% de las muertes por aborto corresponden a adolescentes.¹⁰
- La tasa de mortalidad infantil ha sido estimada en 43 por 1,000 nacidos vivos.¹¹
- La esperanza de vida al nacer es de 67.9 años.¹²
- La tasa global de fecundidad (TGF) es de 3.5 hijos por mujer. Esta cifra disminuye en la zona urbana a 2.8 hijos por mujer y se incrementa considerablemente en la zona rural a 5.6 hijos por mujer.¹³

Situación Económica y Social

- El PBI creció en 6,4 y 12,7% en los años 1993 y 1994, respectivamente. Sin embargo, el empleo formal disminuyó en 2%, en 1993, y 0,5%, en 1994.¹⁴
- Mientras que en 1991 el Perú gastó 1,2% de su PBI en salud, incluyendo la seguridad social, en 1995 gastó el 0,8% del PBI.¹⁵
- El 48% de la población se ubica en el estrato pobre y el 18% en extrema pobreza. Más de 12 millones de personas tienen actualmente alguna característica de pobreza.¹⁶
- El 66,7% de la población reside en las áreas urbanas y el 33,3%, en áreas rurales.¹⁷
- Tres de cada cuatro analfabetos son mujeres. En las áreas urbanas, una de cada diez mujeres es analfabeta, mientras que, en las rurales, más de cuatro de cada diez mujeres lo son.¹⁸

- El desplazamiento a causa del conflicto armado interno afectó predominantemente a mujeres y menores. El 78% de los jefes de hogar de familias desplazadas son mujeres.¹⁹
- La violencia contra la mujer es un grave problema social en el país. Los datos estadísticos son difíciles de obtener debido al hecho de que muchos de estos delitos no son denunciados por la víctima. Sin embargo, según informes de la Delegación Policial de Mujeres de Lima, en 1996 se registraron 6,244 denuncias, mientras que en 1995 fueron 4,181.²⁰
- A pesar de que muchas mujeres no denuncian el ataque sexual que sufren, la violación y otras agresiones sexuales ocupan el tercer lugar entre los delitos más frecuentes en el país.²¹ Según algunos datos estadísticos, en el año 1995, la Policía Nacional del Perú registró 8,531 delitos contra la libertad a nivel nacional, de los cuales 48,6% correspondieron a delitos de violación sexual.²²

II. LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES EN EL PERÚ: INFORMACIÓN SEGÚN PROVISIONES PERTINENTES DE LA CONVENCIÓN DE LA MUJER

A. Artículo 5: *Diversas formas de violencia contra las mujeres*

La actual Constitución de la República del Perú reconoce el derecho de la persona a su vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar,²³ así como a la libertad y seguridad personales,²⁴ nadie está obligado a hacer lo que la ley no manda ni impedido de hacer lo que ella no prohíbe,²⁵ y establece el derecho de las personas a no ser víctima de violencia moral, psíquica o física, ni a ser sometida a tortura o a tratos inhumanos o humillantes.²⁶ El Estado peruano ratificó en 1996 la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.

1. Violencia sexual

Leyes y políticas públicas

La violación sexual constituye un delito tipificado en los artículos 170 a 178 del Código Penal.²⁷ Se considera como violación sexual el acto sexual o análogo realizado con violencia o grave amenaza contra la víctima.²⁸ En todos los casos de violación, si los actos cometidos causan la muerte de la víctima y el agresor pudo prever este resultado, o si procedió con crueldad, la pena es de veinte a veinticinco años.²⁹ Si los actos causan lesiones graves a la víctima, la pena es de diez a veinte años.³⁰ La violación sexual con aprovechamiento de la situación de dependencia, autoridad o vigilancia, cuando se trata de una persona recluida en un hospital, asilo u otro establecimiento similar, o si está detenida o interna, es un delito agravado y se sanciona con prisión de cinco a ocho años e inhabilitación profesional de dos a cuatro años. Se dispone que el condenado a pena privativa de libertad por estos delitos debe ser sometido a un tratamiento terapéutico, a fin de facilitar su readaptación.³¹

Hasta abril de 1997, el violador y los coautores, si los hubiera, quedaban exentos de pena si uno de ellos contraía matrimonio con la víctima.³² La reforma legal de 1997 eliminó esta norma en los casos de violación, pero dejó vigente la dispensa de la pena al autor del delito de seducción de adolescentes.³³ En consecuencia, aquel que mediante engaño y sin violencia practica el acto sexual con una adolescente, de edad entre catorce y dieciocho años, puede quedar exento de pena si contrae matrimonio con la víctima, contando con su consentimiento.³⁴ La reforma de 1997 tampoco modificó el carácter de acción privada en los casos de violación contra mujeres adultas. En consecuencia, el Estado peruano no persigue de oficio dicho crimen contra las mujeres.

El Código Penal sanciona otros actos “contrarios al pudor”, realizados con violencia o grave amenaza y sin el propósito de practicar el acto sexual, con una pena no mayor de tres años.³⁵ El hostigamiento sexual se encuentra regulado, dentro de las provisiones de la legislación laboral, como un acto de hostilidad del empleador equiparable al despido.³⁶ La trabajadora hostilizada puede elegir, en forma excluyente, actuar para que cese la hostilidad o

dar por terminado el contrato de trabajo, caso en el cual demandará el pago de la indemnización por despido arbitrario que establece la ley, independientemente de la multa que se imponga al empleador.³⁷ Actualmente, existe un proyecto de ley para prevenir y sancionar el hostigamiento sexual en el empleo, que ha sido admitido a debate por el Congreso de la República.³⁸

La realidad

La violación sexual a mujeres adultas suele quedar impune: una vez que las mujeres deciden presentar su denuncia por violación sexual, existe negligencia judicial a nivel de las investigaciones y en la persecución de este delito. Prejuicios tradicionales, basados en estereotipos de género, por parte de los operadores de administración de justicia, suelen comprometer el derecho de las mujeres a obtener justicia frente a conductas que afectan su integridad personal y su autonomía en la esfera de la sexualidad. En 1997, el Congreso rechazó la iniciativa de CLADEM-Perú para la adopción de una Ley sobre Violencia Sexual, que incluía modificaciones a la legislación para corregir tales problemas de acuerdo a la observación del Comité de Derechos Humanos (1996).

Una investigación sobre los procesos judiciales en materia de violación sexual, realizada por DEMUS en delegaciones policiales de la provincia de Lima, en 1995, mostró que en el 44,4% de los casos denunciados, la policía no se constituyó en el lugar de los hechos;³⁹ solo en el 10% del 55,6% restante, lo hizo el mismo día;⁴⁰ en el 88,9% de los casos la policía no obtuvo evidencias;⁴¹ solo se procedió a la detención en el 38,9% del total de aquellos en los que se identificó al autor;⁴² y únicamente en el 55,6% la policía tomó la manifestación del denunciado.⁴³ En el 83,3% no intervino el Ministerio Público;⁴⁴ en el 50% la policía solicitó el examen médico legal⁴⁵ y de estos casos solo el 62% fue remitido por el Instituto Médico Legal.⁴⁶

No se encuentran garantizados los derechos de las víctimas de violación. Durante los procesos, éstas suelen ser sometidas a interrogatorios imprudentes, prejuiciosos y a un trato discriminatorio por parte de los encargados de administrar justicia. La conducta sexual de la víctima continúa siendo sometida a examen persistiendo en la práctica el criterio de “honorabilidad” de la mujer. Según el estudio arriba mencionado, el 45,5% de las víctimas de agresiones sexuales fueron interrogadas al respecto.⁴⁷ Los condenados por violación sexual obtienen frecuentemente su libertad sin garantizar reparaciones y sin ser sometidos efectivamente a reglas de conducta. Al no haberse modificado el carácter de acción privada al delito de violación de mujeres adultas, éstas han quedado expuestas a presiones y amenazas por parte de los agresores.

Hasta la fecha no hay un sólo caso de acoso sexual que haya obtenido resolución favorable de acuerdo al procedimiento señalado por la Ley.

2. Violencia doméstica

Leyes y políticas públicas

En 1993, se promulgó la Ley Contra la Violencia Familiar, que establece la política del Estado y de la sociedad frente a ese tipo de violencia⁴⁸ a cargo del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH).⁴⁹ La ley define como manifestaciones de violencia familiar cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato, inclusive la amenaza o coacción grave entre cónyuges, convivientes,

ascendientes, descendientes y parientes o quienes habiten en el mismo hogar.⁵⁰ Son objetivos de la ley: fortalecer la enseñanza de los valores éticos y el respeto a la dignidad personal; establecer procesos legales eficaces para las víctimas de violencia familiar; reforzar las dependencias policiales existentes con personal especializado; promover el establecimiento de hogares temporales de refugio para las víctimas de violencia y crear instituciones para el tratamiento de agresores; y capacitar a funcionarios públicos y del Poder Judicial.⁵¹

En cuanto al proceso, las delegaciones de la Policía Nacional deben recibir las denuncias sobre violencia familiar y realizar las investigaciones preliminares.⁵² El fiscal provincial de familia recibe también denuncias directas, verbales o escritas, de las víctimas o sus familiares, o de cualquier persona, si se trata de proteger a los menores, y actúa de oficio al conocer directamente los hechos.⁵³ El informe policial es remitido al juez de paz o fiscal provincial en materia penal y al fiscal de familia,⁵⁴ quienes pueden dictar medidas de protección inmediata de la víctima.⁵⁵

La realidad

La violencia doméstica aumentó en 50,53%, en 1996, con respecto al año anterior.⁵⁶ De 1990 a 1996, se registraron un total de 32,030 denuncias por maltrato a la mujer, lo que hace un promedio de 4,576 al año y 381 denuncias al mes.⁵⁷ De estos reportes, 64% tiene como motivo problemas conyugales.⁵⁸

No obstante los avances en términos legislativos, la aplicación práctica presenta serios problemas. Persiste una tendencia, a nivel policial y judicial, de restar gravedad a los incidentes de violencia familiar, siendo excepcionales los casos tramitados adecuadamente ante la administración de justicia y en los que se atienden las peticiones de protección. Una de las deficiencias de la legislación sobre violencia familiar es que no brinda a las mujeres de áreas rurales un recurso efectivo y oportuno en términos de protección y obtención de justicia. Aunque desde 1991 existe una protección relativa –no explícita- en el Código Penal para proteger a las mujeres del abuso sexual dentro del matrimonio, en la práctica los agentes de administración de justicia son renuentes a procesar a los agresores por el delito de violación si media vínculo matrimonial con la víctima, extendiendo dicho criterio al caso de las convivientes.

El Estado peruano no ha comprometido fondos del Tesoro Público en la implementación de todos los servicios y facilidades a que se comprometió mediante la Ley, para asegurar la protección de las víctimas de violencia familiar.

3. Formas de violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud:

- **Violencia sexual;**
- **Violencia contra mujeres gestantes y parturientas;**
- **Violencia contra mujeres que arriban a los establecimientos de salud con sospecha de aborto incompleto;**
- **Esterilización compulsiva**

Leyes y políticas públicas

A diferencia del desarrollo legislativo que ha merecido la violencia familiar, no existe una respuesta similar del Estado para erradicar la violencia contra las mujeres en otros espacios tan cruciales como los establecimientos educativos y de salud públicos, en los cuales se ponen de manifiesto relaciones de poder, sea por parte de particulares o de funcionarios/agentes públicos. No existen provisiones expresas frente a las diversas formas de violencia que sufren las mujeres en los servicios de salud, por lo cual se debe recurrir a las normas generales contenidas en la Constitución, el Código Penal, el Código Civil, la Ley General de Salud y la Ley Nacional de Población.

De manera general, el Código Penal clasifica las agresiones y daños contra el cuerpo, la vida y la salud en delitos y faltas según la gravedad de los resultados. El Código Penal establece que el médico u otro profesional de la salud quien, por culpa (negligencia, imprudencia o impericia), causa un daño leve al paciente en el cuerpo o en su salud, es sancionado con pena privativa de libertad no mayor de un año o con sesenta a ciento veinte días-multa.⁵⁹ Si el daño causado en el paciente es grave, la pena privativa de libertad es de uno a dos años y sesenta a ciento veinte días-multa.⁶⁰ Si el paciente muere por inobservancia de las reglas técnicas de la actividad del profesional, técnico o auxiliar de salud, éste tiene una pena de dos a seis años de privación de la libertad e inhabilitación profesional.⁶¹

La protección a la integridad síquica, y por ende, la sanción a la violencia psicológica, no cuenta aún con un tratamiento legal adecuado, quedando las personas virtualmente desprotegidas frente a este tipo de agresiones. La exposición a sufrimientos innecesarios por parte de los agentes de salud contra las pacientes, no es una figura que se encuentre sancionada expresamente ni en el ámbito penal ni en el administrativo. El capítulo IV del Código Penal solo incluye los delitos de “exposición a peligro o abandono de personas en peligro”.⁶² Si bien se considera la figura de la “coacción” como un “delito contra la libertad”,⁶³ es improbable que los agentes de la administración de justicia estén dispuestos a calificar como tal las prácticas contra la autonomía de las mujeres en el ámbito público o privado.

En la legislación peruana existen otras figuras legales genéricas a las cuales las personas afectadas por actos de violencia en los establecimientos de salud podrían recurrir: el proceso civil por daños y perjuicios derivados de negligencia o impericia médica o de otros profesionales de salud; o por el abuso de autoridad de funcionarios públicos. Sin embargo, estas vías aún no cuentan con desarrollo legal ni jurisprudencial que garanticen sentencias favorables y reparaciones equitativas y eficaces.

La Ley General de Salud (1997) establece que las infracciones a sus normas se sancionan a nivel administrativo con amonestación, multa, cierre o clausura del establecimiento de salud.⁶⁴ Además, señala que el establecimiento de salud es solidariamente responsable de los daños y perjuicios ocasionados a un paciente por negligencia, imprudencia o impericia de los profesionales, técnicos o auxiliares de salud que dependan del establecimiento.⁶⁵ Es exclusivamente responsable del resarcimiento de los daños y perjuicios, el establecimiento que no hubiera dispuesto o brindado los medios que hubieren evitado que éstos se produjeran.⁶⁶ La Ley General de Salud si bien ya se encuentra en vigencia, no ha sido reglamentada ni existen vías procesales para exigir su cumplimiento.

En cuanto a la prohibición de la esterilización compulsiva, la Ley Nacional de Población fue la primera en prohibir expresamente todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar.⁶⁷ La reciente Ley General de Salud

regula su empleo.⁶⁸ Esta ley establece que, para el caso específico de la esterilización y otros métodos definitivos para no concebir, el testimonio previo de consentimiento por parte de la paciente debe constar por escrito.⁶⁹

La realidad

CLADEM y el CRLP realizaron entre 1996 y 1997 una investigación sobre la incidencia de la violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú, a través de la documentación de casos y testimonios y examinando la respuesta estatal frente a éstos.⁷⁰ Las modalidades de violencia identificadas fueron: violencia sexual, violencia contra mujeres gestantes y parturientas y violencia contra mujeres que arriban a los establecimientos de salud con sospecha de aborto incompleto.

En los más de sesenta testimonios recogidos en cinco ciudades peruanas, las mujeres aluden a diversas formas de maltrato, ofensas, humillaciones, indiferencia y negligencia en el contexto de los establecimientos públicos de salud, por parte de los proveedores de salud. Los casos dan cuenta de agresiones físicas y verbales, violencia sexual, intervenciones sobre el cuerpo de las usuarias sin que medie información ni consentimiento, abandono y exposición a daños y sufrimientos innecesarios. En los casos de sospecha de aborto inducido se incluyen interrogatorios intimidatorios, trato inhumano y otras formas calificables como tortura, prácticas vinculadas a la idea de castigo que debe recibir una mujer que toma este tipo de decisión.

En las narraciones de parturientas, hay una mención constante a respuestas agresivas por parte del personal de salud frente a los pedidos de asistencia de las usuarias o por no “facilitar” el trabajo del médico, humillación por el número de hijos, violencia verbal con connotaciones orientadas a sancionar en las usuarias el ejercicio de su sexualidad, abandono, rechazo o demora en la admisión por razones económicas.

También se documentaron casos de “retenciones” de usuarias y de sus recién nacidos por no cancelar la deuda hospitalaria. Apenas el 28 de mayo de 1998, la Defensoría del Pueblo intervino oportuna y eficazmente en la Maternidad de Lima ante una denuncia de “retención” de una paciente presentada por CLADEM.

Los procesos contra personal y establecimientos de salud están atravesados por las complicidades y el encubrimiento institucional. Las posibilidades de probanza son reducidas cuando el valor de la palabra de las usuarias está depreciado y los profesionales de salud son percibidos con una autoridad y prestigio incuestionable. De los casos recogidos en el mencionado estudio, aquellos que fueron denunciados no obtuvieron sanciones a los responsables ni reparaciones, en lo administrativo o judicial.

En cuanto a esterilización compulsiva y otras prácticas contrarias al consentimiento informado, se ha acumulado abundante evidencia de casos de esterilización no autorizada, presión sistemática casa por casa en localidades urbano marginales y rurales, coacción y condicionamientos a la decisión libre e informada. Igualmente, existen pruebas abrumadoras sobre la fijación de cuotas de esterilización por las autoridades de salud, presionando o incentivando a los prestatarios y establecimientos de salud para su cumplimiento. La existencia de tales cuotas ha propiciado violaciones a los derechos humanos afectando particular y desproporcionadamente a las mujeres más pobres y las que viven en zonas rurales.

En enero de 1998, la Defensoría del Pueblo elaboró un informe⁷¹ pronunciándose al respecto y planteando un conjunto de medidas y recomendaciones al Sector Salud. En el mes de marzo, se hicieron enmiendas al Manual de Normas y Procedimientos en AQV. Se han anunciado algunas modificaciones al Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar. Sin embargo, hasta el cierre de este reporte no se habían dispuesto las medidas correctivas respaldadas por norma legal de jerarquía superior.

B. Artículo 10 (h): *Acceso a información educativa para asegurar la salud y el bienestar de las familias incluidas información y consejería en planificación familiar*

▪ Educación sexual

Leyes y políticas públicas

A principios de 1996, el gobierno anunció que las materias de planificación familiar y educación sexual se incluirían paulatinamente en la currícula escolar de los estudiantes de nivel secundario.⁷² Se anunció también la capacitación de quince mil maestros en tales temas y la impresión de un millón de libros en los que se incluirían estas temáticas y guías metodológicas para maestros.⁷³ Con ese propósito, el Ministerio de Educación ha preparado y presentado las Guías de Educación Familiar y Sexual para Docentes y Padres de Familia, como parte del Programa Nacional de Educación Sexual que comprende el período 1995-2001.⁷⁴ El Plan General para capacitación docente se propone educar a niños y jóvenes en los siguientes temas: aspectos básicos de la vida familiar y desarrollo de la sexualidad, educación en valores, autoestima, roles y equidad de género. En la educación secundaria se hará hincapié en los contenidos sobre sexualidad responsable, la necesidad de postergar el inicio de las relaciones sexuales y la prevención de las ETS, el SIDA y los embarazos no planificados.⁷⁵ En el marco del Programa de Salud del Escolar y el Adolescente, se publicaron Módulos para Promotores de Salud Integral: Escuela para Padres, con la finalidad de lograr la participación de los padres de familia en las responsabilidades educativas que deben compartir con el Estado.⁷⁶

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 espera alcanzar, como meta, una cobertura con métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces de no menos del 60% de las mujeres adolescentes unidas en pareja.⁷⁷ El Código del Niño y el Adolescente⁷⁸ establece que es responsabilidad del Estado garantizar, y de la sociedad, coadyuvar al establecimiento de condiciones adecuadas para la atención de la madre adolescente durante la etapa del embarazo, parto y la fase posnatal, otorgándole una atención especializada y garantizando la lactancia materna y el establecimiento de centros de cuidado diurno.⁷⁹ El Estado, asimismo, asegura que la educación básica de los adolescentes comprenda la orientación sexual y la planificación familiar.⁸⁰ El mismo programa establece el riesgo reproductivo en los adolescentes como uno de los problemas prioritarios en salud⁸¹ y se propone desarrollar acciones para disminuir las siguientes ocurrencias: frecuencia de los embarazos en adolescentes; mortalidad materna; frecuencia y secuela de los abortos inducidos; frecuencia de las ETS, incluyendo el VIH/SIDA; incremento de la violencia y el abuso sexual en todas sus formas.⁸²

La realidad

En el Perú, los adolescentes representan el 22,5% de la población⁸³ y los menores de quince años constituyen el 38% del total de habitantes;⁸⁴ sin embargo, las políticas de educación sexual referidas no han atendido eficientemente sus necesidades de salud reproductiva y sexual. El 9% de mujeres entre quince y diecinueve años son madres y el 2% está gestando por primera vez; una de cada cinco madres adolescentes ha tenido de dos a cuatro embarazos antes de cumplir los veinte años de edad.⁸⁵ En los hospitales del Ministerio de Salud, el 20% de los partos corresponde a madres adolescentes.⁸⁶ En las áreas urbanas, los embarazos de madres adolescentes son generalmente no deseados y se dan en parejas que no hacen vida en común.⁸⁷ El embarazo adolescente termina con frecuencia en abortos ilegales y contribuye en un 15% a la cifra global de mortalidad materna.⁸⁸

El 29% de las adolescentes entre quince y diecinueve años, unidas en pareja, emplean algún método anticonceptivo, pero solo el 11% emplea métodos modernos. El que usan más a menudo es el método tradicional de abstinencia periódica (ritmo o calendario).⁸⁹

C. Artículo 11 (2): *Protección a la maternidad y discriminación en el empleo*

Leyes y políticas públicas

El Perú ha suscrito instrumentos internacionales, adoptados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), para la protección del trabajo de las mujeres, la igualdad de trato en el empleo y la protección social a la maternidad.⁹⁰ La Constitución establece el respeto a la igualdad y la no discriminación en el empleo,⁹¹ y la protección especial a la madre trabajadora. Existe amparo contra la discriminación en el empleo por causa del embarazo.⁹² La Ley de Fomento del Empleo⁹³ señala que es nulo el despido que tenga como motivo el embarazo y cuando se realice dentro de los noventa días anteriores o posteriores al parto.⁹⁴ Si se efectúa tal despido, la consideración de nulidad obliga a que la trabajadora sea reincorporada a su empleo.⁹⁵

La Ley de Modernización de la Seguridad Social,⁹⁶ promulgada en 1997, regula el régimen para la atención de salud de las trabajadoras. Estas y las cónyuges o convivientes de los trabajadores asegurados tienen derecho a las prestaciones de salud a cargo del IPSS, incluso al cuidado de su salud durante el embarazo.⁹⁷ Las amas de casa y madres de familia están facultadas para incorporarse a los regímenes de prestaciones de salud y de pensiones, en calidad de afiliadas potestativas.⁹⁸ Los hijos menores de los asegurados tienen derecho a prestaciones asistenciales desde la etapa de la concepción.⁹⁹

Las trabajadoras gestantes tienen derecho a 45 días de descanso prenatal y 45 días de descanso posnatal.¹⁰⁰ Asimismo, deberán ser beneficiadas con el pago de un subsidio por maternidad que se otorga por noventa días, a condición de que la trabajadora no realice actividad remunerada alguna.¹⁰¹ El subsidio por lactancia es un beneficio que anteriormente se otorgaba a las trabajadoras o a la madre o persona que estuviera a cargo del hijo de un trabajador asegurado;¹⁰² en 1997, ese beneficio se ha restringido y solo se otorga a las trabajadoras.¹⁰³ La licencia por lactancia consiste en el permiso de una hora diaria que se otorga a las mujeres para alimentar con leche materna a sus hijos hasta que estos cumplan un año de edad. Esta licencia solo se concede a las profesoras del sector público y privado¹⁰⁴ y a las servidoras de la administración pública.¹⁰⁵

La realidad

No hay mecanismos efectivos ni oportunos de parte de los organismos del Estado para hacer efectivos los derechos establecidos para las madres trabajadoras asalariadas. Además, la flexibilización del mercado laboral a lo largo de la década de los noventa ha impuesto la modalidad de contrataciones temporales en el empleo y las mujeres se encuentran mayoritariamente incorporadas al mercado informal y al trabajo familiar no remunerado. Estos sectores no están protegidos por las leyes laborales. Las mujeres trabajadoras se concentran en el sector comercio y en el sector doméstico. Así, las que se desempeñan como comerciantes al por menor, ambulantes y personal doméstico constituyen el 50,6% de las mujeres urbanas ocupadas, mientras que los varones que desarrollan esas actividades constituyen el 16,3%.¹⁰⁶ En este sector la posición de las mujeres es extremadamente precaria. Las jornadas laborales alcanzan entre 12 y 14 horas, no cuentan con seguridad social ni derechos en caso de maternidad. El 67,1% de las mujeres urbanas ocupadas no se encuentran afiliadas a ningún sistema de prestaciones de salud. Respecto al Sistema de Pensiones, el 80,7% de las mujeres urbanas ocupadas no se encuentra afiliada a ninguno (los varones, en un 69%, tampoco).¹⁰⁷

Dado que en el Perú no hay legislación laboral que aliente responsabilidades familiares compartidas entre varones y mujeres en los hogares en pobreza, la extensión de las jornadas laborales en las madres trabajadoras viene significando que las hijas adolescentes e incluso niñas de corta edad asuman responsabilidades adultas en perjuicio de su educación y descanso. Niñas y adolescentes procedentes de hogares en extrema pobreza, de localidades rurales amazónicas y andinas, son incorporadas al trabajo doméstico bajo condiciones de servidumbre, con graves riesgos de violencia sexual, física y psicológica. El Estado peruano no ha tomado medidas al respecto.

D. Artículo 12 (1 y 2): *Discriminación contra la mujer en la atención de su salud, incluida su salud sexual y reproductiva*

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política vigente incluye el derecho a la salud entre los derechos sociales y económicos¹⁰⁸ y reconoce el derecho de las familias y las personas a decidir en la esfera de la reproducción. Asimismo, la Constitución de 1993 obliga al Estado peruano a defender el interés de los consumidores y usuarios de los servicios públicos, velando particularmente por la salud y la seguridad de la población.¹⁰⁹

La Ley General de Salud declara que “es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de salud pública,” reiterando que éste debe proveer servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad. La misma Ley reconoce el derecho de las personas usuarias a que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características de los servicios de salud, sobre las condiciones económicas de la prestación y todos los términos y condiciones del servicio.¹¹⁰ En el requerimiento de dicha información no están obligadas a explicar las causas.¹¹¹ Principalmente, reconoce el derecho a exigir servicios de atención a la salud que cumplan con niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales.¹¹² Además, establece el derecho de las personas a recibir atención médico quirúrgica de emergencia en cualquier establecimiento de salud, cuando la necesite y cuando esté en riesgo su vida o su salud.¹¹³

La denegatoria de atención, la demora, el abandono de pacientes, la impericia o la imprudencia de parte de un médico u otro profesional de la salud pueden suscitar también acciones penales por “exposición a peligro o abandono de personas en peligro”.¹¹⁴

Entre las metas de los servicios del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 se incluyeron: alcanzar una cobertura de control prenatal del 75% del total de las probables gestantes (67% actualmente);¹¹⁵ lograr que por lo menos el 75% de los partos sean atendidos por un profesional de salud (56%, actualmente);¹¹⁶ obtener una cobertura de diagnóstico del 60% de las ETS en mujeres en edad fértil, adolescentes y recién nacidos en riesgo. Uno de los objetivos de dicho programa es incrementar la cobertura, calidad y calidez de la atención materna y perinatal, priorizando la atención y referencia oportuna de las complicaciones.¹¹⁷

La realidad

En 1992, más del 60% de las mujeres embarazadas que vivían en zonas rurales no recibió atención prenatal alguna.¹¹⁸ El 63,9% de las embarazadas tuvo el control de un médico, obstetrix o enfermera durante el embarazo. Un 43% de las embarazadas tuvo control médico y el 21% mereció atención por enfermeras y obstetrices.¹¹⁹

Aunque en 1996 se logró alguna mejora, todavía el 53% de las mujeres que habitaban en zonas rurales no recibió atención prenatal alguna.¹²⁰ En ese mismo año, la atención prenatal alcanzó al 67% de los nacimientos ocurridos.¹²¹ En los establecimientos que no cuentan con médicos ni obstetrices, el personal de enfermería asume la responsabilidad de la atención materna.¹²² En 1996, un 32% de las mujeres tuvo control médico y el 35% lo recibió de obstetrices y enfermeras.¹²³ La cobertura de atención institucionalizada del parto ha llegado al 46%.¹²⁴ En el área rural, solo el 15,4% de todos los nacimientos son atendidos en un servicio de salud.¹²⁵

Al nivel nacional, el 56% de los partos fueron atendidos por profesionales de la salud, 32% por médicos y 24% por obstetrices o enfermeras. El resto de nacimientos fueron asistidos por parteras (24%) o algún familiar (19%).¹²⁶ A nivel rural, solo el 22% de los nacimientos fue atendido por profesionales de la salud.¹²⁷

En más de la mitad (52%) de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años, se presentaron complicaciones en el parto, manifestadas en un trabajo prolongado de parto o sangrado excesivo (35%, en cada caso). En menor proporción, se debieron a infecciones vaginales (12%) y convulsiones (7%).¹²⁸

1. Costo del embarazo, parto y posparto

Leyes y políticas públicas

En 1981, el Ministerio de Salud creó un sistema escalonado de atención de salud y de costos, en función del tipo de servicios y de la situación de determinados grupos vulnerables de la población, especialmente los rurales y urbano marginales.¹²⁹ En esa norma se estableció la gratuidad de diversos servicios básicos, medicamentos y exámenes;¹³⁰ entre éstos, la atención de los casos de embarazo, parto y puerperio.¹³¹ Asimismo, se estableció la gratuidad de los servicios y medicamentos en hospitales que brindan atención especializada¹³² para los casos de personas indigentes.¹³³ En 1985, la Ley de Población estableció la obligación del Estado de atender las necesidades de salud de la población “con tendencia a la gratuidad”, y

ratificó la “atención integral a la salud materno infantil” como una prioridad entre los servicios gratuitos de salud.¹³⁴

Sin derogar tales normas, en 1990, los establecimientos del Ministerio de Salud comenzaron a cobrar tarifas y ofrecer una modalidad de atención pagada denominada “clínica”, aplicable a personas con recursos económicos. Los ingresos generados por el hospital gracias a esta modalidad sufragarían parcialmente el costo de atención de pacientes indigentes.¹³⁵

La Ley General de Salud de 1997 tampoco deroga expresa ni tácitamente la norma de 1981¹³⁶ y se limita a señalar que los establecimientos de salud y el personal de los servicios médicos están obligados a informar a los pacientes y a sus familiares sobre las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio.¹³⁷ La Ley no establece los criterios para determinar tales condiciones económicas.

La realidad

Evaluando las repercusiones de la aplicación de las tarifas hospitalarias, en 1995, el Ministerio de Salud informó que el financiamiento de las instituciones de salud con el cobro de tarifas, iniciado en 1990, no ha conducido a cambios cualitativos en la gestión de los hospitales y que es probable que haya impactado negativamente sobre la población usuaria de los establecimientos públicos, dificultando el acceso de pobres e indigentes.¹³⁸ La presencia de pobres extremos en la demanda hospitalaria disminuyó, entre 1991 y 1994, del 30,1% al 28%, mientras que las capas medias empobrecidas¹³⁹ aumentaron su presencia del 34,8% al 45%.¹⁴⁰ El Ministerio de Salud informó que los recursos propios llegaban incluso al 65% del total de los ingresos de algunos hospitales.¹⁴¹ Tales ingresos provienen, entre otros, de las tarifas aplicadas a las mujeres por atención de embarazo y parto.

La atención del embarazo, parto y posparto se encuentra sujeta al pago de tarifas establecidas por cada establecimiento, las cuales sin embargo no son publicadas. El reporte de CLADEM y el CRLP¹⁴² detectó que éstas varían considerablemente según el establecimiento de salud. Con frecuencia se exige a las mujeres el pago del 50% del monto indicado por caja, como condición para ser admitidas.¹⁴³ Las mujeres pobres que quieren lograr deducciones o exoneraciones en el pago son sometidas a la decisión de las asistentes sociales de los hospitales o del personal de salud que atiende en el Centro de Salud o Postas. Se ha detectado un considerable número de casos en los que las mujeres fueron objeto de agresiones verbales, rechazo o demora en la atención, exposición a sufrimientos innecesarios, retención ilegal dentro de los hospitales por carecer de recursos.¹⁴⁴

2. Planificación familiar

Leyes y políticas públicas

La Ley Nacional de Población garantiza los derechos de la persona humana, incluyendo expresamente el derecho a la libre determinación del número de hijos y el derecho a la salud integral y al libre desenvolvimiento de su personalidad.¹⁴⁵ Establece que al Estado le compete promover programas de planificación familiar con prestaciones de servicios a través de todos los establecimientos del sector salud.¹⁴⁶ Tales programas deben respetar los derechos fundamentales de las personas,¹⁴⁷ con exclusión de todo intento de coacción y manipulación de las personas respecto a la planificación familiar.¹⁴⁸

En 1995, el campo de la salud reproductiva y planificación familiar cobraron singular relevancia en el Perú. Se modificó la Ley Nacional de Población de 1985, para incluir la esterilización como uno de los métodos de planificación familiar a ser provisto por los programas gubernamentales.¹⁴⁹ En ese mismo año fue promulgada también una norma que estableció la total gratuidad del suministro de “la más amplia gama de métodos anticonceptivos” en los establecimientos públicos de salud.¹⁵⁰

En 1996, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 se propuso proveer servicios para promocionar, prevenir, curar y rehabilitar la salud reproductiva¹⁵¹ y, especialmente, “atender la salud reproductiva de las mujeres en sus diversas etapas vitales.”¹⁵² Reconoce la salud reproductiva como un derecho humano y social fundamental.¹⁵³ La planificación familiar es considerada una acción prioritaria de la salud reproductiva, destinada a asegurar a hombres y mujeres la capacidad y libertad de decidir el número de hijos.¹⁵⁴ El Programa identifica entre los problemas prioritarios los altos niveles de demanda insatisfecha en planificación familiar y el incremento de conductas de riesgo reproductivo en los adolescentes.¹⁵⁵ Entre las metas de servicios del Programa se incluyeron: lograr una cobertura de uso de métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces no menor del 50% de las mujeres en edad fértil, el 70% de las mujeres en unión y el 60% del total de mujeres adolescentes unidas.¹⁵⁶ Para alcanzar estas metas, el Ministerio de Salud se planteó como estrategias iniciar un proceso para “democratizar la información en salud reproductiva y planificación familiar, y asegurar el acceso universal a tales servicios”.¹⁵⁷

Los servicios públicos de planificación familiar se dan a través de todos los establecimientos de salud pertenecientes a ese sector. En 1995, el Ministerio de Salud emitió una resolución que obliga a todos sus establecimientos a considerar con carácter de prioridad y reforzar sus acciones en materia de planificación familiar, a través de servicios que difundan información y conocimientos en dicha materia.¹⁵⁸ El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar subraya la gratuidad, tanto de los servicios como de los métodos anticonceptivos de que dispone dicho programa, incluyendo la cirugía de esterilización.¹⁵⁹ No quedó expresamente incluida la gratuidad en la atención de complicaciones derivadas de la esterilización quirúrgica.

La realidad

La última encuesta demográfica (1996) arroja que el 12% de las mujeres en unión tienen necesidad insatisfecha de planificación familiar: 9% para limitar el tamaño de su familia y 3% para espaciar el nacimiento de sus hijos.¹⁶⁰ En cuanto a la incidencia de los embarazos no deseados, se encontró que una tercera parte (35%) de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no eran deseados, vale decir más de un millón de niños.¹⁶¹ La TGF en el país sería de 2.2 hijos en promedio por mujer, si todos los nacimientos no deseados pudieran ser prevenidos.¹⁶²

El Estado privilegia algunos métodos anticonceptivos sobre otros y no garantiza el acceso a todos los existentes para la planificación familiar.¹⁶³ La esterilización femenina se privilegia sobre la masculina y constituye el segundo método anticonceptivo más usado en el Perú, en 1996.¹⁶⁴ Actualmente, el porcentaje de esterilizaciones entre las mujeres que viven en unión es de 11,3%, en las zonas urbanas, y de 5,4%, en las áreas rurales.¹⁶⁵ En 1990, el MINSA, a través de sus establecimientos de salud, registró 2,593 ligaduras de trompas y ninguna vasectomía; mientras que en 1995 registró 32,883 ligaduras de trompas y 1,424 vasectomías. Es decir, por cada hombre que se sometió a una vasectomía, 23 mujeres se hicieron una ligadura de trompas.¹⁶⁶

Solo en el período enero-agosto de 1996, el Ministerio de Salud efectuó 35,558 operaciones de esterilización quirúrgica, de las cuales 3,376 fueron vasectomías.¹⁶⁷ En el año 1997, se han producido 110,000 ligaduras de trompas y 10,000 vasectomías.¹⁶⁸ El promedio de edad de las mujeres esterilizadas es de 32 años, según la ENDES 1996. En zonas rurales se han detectado esterilizaciones quirúrgicas a mujeres de edades menores a 25 años.¹⁶⁹

3. Aborto

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política establece que la vida humana comienza con la concepción y que el concebido es sujeto de derecho para todo cuanto le favorece.¹⁷⁰ En consecuencia, el aborto es ilegal y está considerado entre los delitos contra la vida, el cuerpo y la salud,¹⁷¹ con excepción del aborto terapéutico, que se realiza para salvar la vida de la gestante o evitarle un mal grave y permanente.¹⁷² El Código Penal sanciona a la mujer que causa su aborto, o consiente que otro lo practique,¹⁷³ asimismo a quien causa el aborto con el consentimiento de la gestante y a quien hace abortar a una mujer sin su consentimiento.¹⁷⁴ También se sanciona a quien con violencia ocasiona un aborto, aunque no hubiera tenido el propósito de causarlo.¹⁷⁵

La Ley de Población prohíbe el aborto como método de planificación familiar¹⁷⁶ y establece la obligación del Estado de adoptar las medidas apropiadas, coordinadas por el Ministerio de Salud, para ayudar a las mujeres a evitar el aborto.¹⁷⁷ También señala el compromiso del Estado de brindar tratamiento médico y apoyo psicosocial a quienes lo hayan sufrido.¹⁷⁸ En 1996, el Programa de SR y PF establecía que su plan inmediato para la reducción de la mortalidad materna¹⁷⁹ habría debido enfrentar el problema de reducir las muertes ocasionadas por las complicaciones del aborto inducido ilegalmente y condicionado por embarazos no deseados.¹⁸⁰

La Ley General de Salud de 1997, contrariamente a todas las políticas y normas anteriores, obliga a los médicos a informar al director del establecimiento de salud sobre los casos en que existan indicios de aborto inducido, y el director, a su vez, está obligado a denunciar el hecho ante las autoridades competentes.¹⁸¹ La Ley ordena que cuando la autoridad policial y el Ministerio Público requieran información sobre los casos de aborto, el médico tiene la obligación de darla¹⁸² y, en este caso, está exceptuado de la reserva correspondiente.¹⁸³

La realidad

La ilegalidad del aborto se ha convertido en uno de los factores más importantes de muerte materna en el Perú. El aborto clandestino constituye la segunda causa de mortalidad materna (22%).¹⁸⁴ En 1989, se efectuaron 271,150 abortos,¹⁸⁵ es decir, de cada 10 embarazos, 4 terminaban en aborto provocado. Estas cifras colocan al Perú entre los países con mayor incidencia de abortos provocados en América Latina.¹⁸⁶ En 1994, se estimaba que el 30% de las camas disponibles en los servicios de obstetricia y ginecología eran empleadas para la atención de mujeres con complicaciones de aborto inducido.¹⁸⁷

La principal causa de aborto provocado es el embarazo no planificado.¹⁸⁸ La demanda total potencial de atención al aborto sería de aproximadamente 350,000 mujeres al año. En el Perú, se calcula que de cada 100 abortos inducidos 47 se complican, pero se hospitalizan solo 20.¹⁸⁹ Actualmente, en los servicios de Obstetricia y Ginecología de los hospitales, se

mantiene la cifra de 30% de las camas disponibles ocupadas por pacientes con complicaciones posaborto, con el consiguiente costo económico y social.¹⁹⁰

Las restricciones legales impiden a muchas mujeres acudir a los hospitales en caso de complicaciones posaborto clandestino, por temor al castigo judicial o al trato cruel, inhumano y degradante que muchos establecimientos de salud le dan a las mujeres que buscan tratamiento por aborto incompleto.¹⁹¹ La incompatibilidad entre los objetivos políticos declarados por el Estado para la reducción de la mortalidad materna y la criminalización del aborto tiene que ser resuelta, para erradicar los abusos a los que quedan expuestas las mujeres que arriban a los establecimientos de salud con sospecha de complicaciones por aborto inducido.

E. Artículo 14 (2) (b), (c) y (h): *Discriminación contra las mujeres en áreas rurales: acceso a servicios adecuados de atención médica, incluida la planificación familiar*

Leyes y políticas públicas

El Poder Ejecutivo es el responsable de diseñar y conducir en forma plural y descentralizada la política nacional de salud, para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud.¹⁹² El Estado interviene en la provisión de servicios de atención médica con arreglo a principios de equidad.¹⁹³

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, identificó como una de las poblaciones más vulnerables a las mujeres y recién nacidos más pobres, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales o pertenecen a determinados grupos étnicos y culturales.¹⁹⁴ El mismo Programa se propuso descentralizar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, con la participación coordinada de las ONG, el sector público y el privado.¹⁹⁵

La realidad

Las mujeres del área rural tienen una probabilidad dos veces mayor de morir por causas vinculadas a la maternidad en comparación con las mujeres del área urbana.¹⁹⁶ El cuidado prenatal profesional en las localidades rurales alcanzó el 47%, en comparación con el 88% en el área urbana.¹⁹⁷ Mientras que a nivel urbano el 73% de los nacimientos fueron atendidos en un establecimiento de salud, en el área rural solo alcanzó un 15%.¹⁹⁸ Mientras en Lima Metropolitana el nivel de atención profesional del parto fue de 93%, en el área rural solo representó el 22%, vale decir, cuatro veces menos que en el caso de Lima Metropolitana.¹⁹⁹ En el área rural, menos del 51% de las mujeres unidas usa algún método anticonceptivo.²⁰⁰ La necesidad insatisfecha de planificación familiar es mayor en el área rural (20%) que en el área urbana (9%).

Los establecimientos de salud en dichas zonas cuentan con escasa capacidad para atender complicaciones y emergencias obstétricas. En 1994, solo el 32,6% de la población tenía algún seguro médico. Del 73,8% restante, el 25% no accedía a ningún tipo de servicio de salud y enfrentaba sus problemas con medicinas alternativas (yerbas medicinales y otros).²⁰¹ La calidad de los servicios es deficiente, siendo las más afectadas las mujeres de las zonas rurales y urbano marginales.²⁰² El etnocentrismo es un factor muy importante que influye en el maltrato a las mujeres andinas y populares por parte del personal de salud.

En el Perú, para un gran sector de mujeres en áreas rurales, la discriminación y violencia por género adquiere expresiones específicas y/o más severas por condiciones económicas desfavorables, prejuicios raciales o por razones étnicas, entre otras. Además de encontrarse expuestas a carencias y abusos inaceptables, sus posibilidades de obtención de justicia son extremadamente limitadas. Las mujeres rurales, en particular quienes habitan las localidades más distantes, son mayoritariamente indígenas, muchas de ellas monolingües (quechua hablantes), analfabetas o con niveles muy bajos de escolaridad.

El Programa de SR y PF 1996-2000, pese a usar un lenguaje de equidad en su contenido y su intención de "democratizar" el acceso a los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, no respetó al ser implementado la decisión libre e informada de las mujeres más pobres y de las que viven en zonas rurales. Una investigación que documenta los casos actuales de esterilización sistemática, realizada por CLADEM,²⁰³ afirma que su práctica a través de medios de presión contra las mujeres en áreas rurales revela una acción estatal decidida a modificar compulsivamente el comportamiento reproductivo de la población indígena y rural. Los proveedores de salud incurrieron en violaciones a los derechos de estas mujeres forzándolas a una aceptación inmediata de la operación quirúrgica y cuando éstas se resistieron ejercieron presión sobre los esposos para que éstos "autorizaran" la intervención, obligando a la mujer a someterse a la anticoncepción quirúrgica.²⁰⁴

Pese a que un considerable número de mujeres campesinas presentaban condiciones de salud no indicadas para una intervención quirúrgica, como la oclusión tubaria (tuberculosis, anemia, desnutrición, obesidad, infecciones pélvicas crónicas), no fueron advertidas de los riesgos ni posibles complicaciones. Tampoco se consideraron las condiciones de vida, trabajo doméstico, ni la posición subordinada de las mujeres en la estructura familiar, dando lugar a conductas de riesgo con consecuencias graves sobre la salud de las mujeres.²⁰⁵ Hay que agregar que en las localidades rurales intervinieron con frecuencia proveedores no calificados y las intervenciones quirúrgicas se realizaron en lugares inadecuados e insalubres.²⁰⁶

F. Artículo 16: Desigualdad en las relaciones de pareja y derecho a decidir en las esferas de la sexualidad y la reproducción

Leyes y políticas públicas

En cuanto a la autonomía en las decisiones en materia de anticoncepción, la Ley Nacional de Población reconoció el derecho de las personas y las parejas sobre el número y el lapso entre los nacimientos, y de este modo los derechos individuales de las personas en este asunto.²⁰⁷ En 1993, la nueva Constitución ratificó el derecho de las familias y las personas a decidir, afirmando la maternidad y la paternidad responsables como asuntos a ser promovidos por la política nacional de población.

El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 considera la situación social y económica de las mujeres como condicionante de la salud reproductiva.²⁰⁸ En el marco de este programa, el Ministerio de Salud ha identificado, entre los problemas prioritarios en salud reproductiva, la inequidad en la situación de la mujer, que impacta en sus decisiones en materia de salud y reproducción.²⁰⁹ La población más afectada por esta situación son las mujeres más pobres, las adolescentes y las mujeres que viven en áreas rurales o pertenecen a determinados grupos étnicos y culturales.²¹⁰

En la actualidad, la Ley General de Salud, aprobada en julio de 1997 y en vigencia desde enero de 1998, consigna con claridad el derecho de las personas a decidir al respecto, sin que medie autorización del cónyuge o conviviente.

La realidad

De acuerdo a lo registrado por la última encuesta demográfica nacional (1996), hay diferencias en el uso de métodos anticonceptivos según se trate de mujeres que viven en unión o no. El 91% de las mujeres solteras, pero activas sexualmente, han usado alguna vez métodos anticonceptivos, nivel que es mayor en cinco puntos porcentuales al observado entre las mujeres unidas.²¹¹ Ello podría estar reflejando una falta de capacidad de negociación sobre la sexualidad y reproducción dentro de la pareja.

La esterilización quirúrgica es cuatro veces más usada por mujeres unidas que por mujeres no unidas, pero activas sexualmente.²¹² El uso de condón es ocho veces mayor en mujeres no unidas, pero activas sexualmente, que en mujeres en unión.²¹³ La resistencia de los hombres a que sus parejas usen anticonceptivos modernos, en ciertos sectores socioculturales y económicos de la población, junto con la necesidad insatisfecha de acceso a métodos alternativos de planificación familiar en las mujeres unidas, influye en la alta prevalencia de uso de la esterilización como método anticonceptivo entre éstas.

CLADEM recogió en los testimonios de mujeres esterilizadas — forzadas o que dieron su consentimiento — y que se encontraban en unión, la mención a la necesidad de ocultar la intervención quirúrgica a sus esposos, a fin de no suscitar actos de violencia o abandono por parte de éstos.²¹⁴ Ello llevó a estas mujeres a vivir situaciones de riesgo para su salud y su vida: falta de descanso posoperatorio, desempeño de tareas pesadas, caminatas largas, etc., y también violencia y abandonos efectivos, particularmente en aquellos casos en que las mujeres disminuyeran su capacidad para el trabajo por causa de complicaciones o secuelas derivadas de la ligadura de trompas. El no contar con el soporte familiar para su recuperación posoperatoria ha sido uno de los problemas detectados.

En la implementación del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 no se tomó en cuenta, irresponsablemente, el carácter sistemático y endémico de la discriminación de género, ni se desarrollaron acciones dirigidas a controlar los factores de violencia institucional, ni las otras formas de violencia que finalmente están determinando el alejamiento de las mujeres con menos poder de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar.

NOTAS

¹ El D.S. 019-81/SA declaró la gratuidad de estas prestaciones a partir de 1982. Esta norma no fue derogada. En la actualidad, se vienen aplicando tarifas que son impuestas a las usuarias y que contribuyen al financiamiento de los servicios prestados por los establecimientos públicos de salud por concepto de "ingresos propios".

² Concluding comments of the Committee on the Report of Peru (CEDAW/C/1995/WP.10/Add.1, del 3 de febrero de 1995. Original en inglés, décimo cuarta sesión, del 16 de enero al 3 de febrero de 1995), párr. 15.

³ Concluding Observations of the Human Rights Committee: Peru 18/11/96 (CCRP/C/79/Add.72 (Original en español, 58ª sesión de noviembre de 1996), párr. 22.

⁴ De acuerdo a los artículos 25 y 30 de la Ley General de Salud, recientemente promulgada, se exceptúa del deber de reserva médica en caso de aborto ilegal, compeliendo a los médicos a poner en conocimiento de la policía o del Ministerio Público aquellos casos "en que existan indicios de aborto criminal".

⁵ INEI, *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1996*, p. XXXIII.

⁶ *Ibíd.*

⁷ INEI, *Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 1992*, p. 9.

⁸ ENDES 1996, *Ibíd.*

⁹ Documento "Proyecto de Presupuesto del Sector Salud 1988". Ministerio de Salud-MINSA, setiembre de 1997, p. 3.

¹⁰ *Ibíd.*

¹¹ ENDES 1996; *Ibíd.*

¹² *Ibíd.*

¹³ *Ibíd.*, p. 44.

¹⁴ *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, p. 10.

¹⁵ *Control Ciudadano* N° 1, 1997. Montevideo, Instituto del Tercer Mundo, p. 224.

¹⁶ Datos de la *Encuesta Nacional de Niveles de Vida, ENNIV 1994*, recogidos en el Documento "Proyecto del Presupuesto 1998 del Sector Salud", setiembre de 1997, p. 2.

¹⁷ ENDES 1996, p. 13.

¹⁸ PROMPERU. *Mujer peruana. La apuesta del futuro*. Octubre de 1995.

¹⁹ *Ibíd.*

²⁰ MOVIMIENTO MANUELA RAMOS. *Situación Actual de la Mujer. Cuántas Somos y Cómo Estamos*. Lima, 1997, p. 12 (folleto).

²¹ *Ibíd.*, p. 13.

²² CUANTO, S.A. *Perú en números 1996*. Anuario Estadístico. Lima, 1996, p. 405.

²³ *Ibíd.*, artículo 2, numeral 1 de la Constitución Peruana.

²⁴ *Ibíd.*, artículo 2, numeral 24.

²⁵ *Ibíd.*, artículo 2, numeral 24, literal a.

²⁶ Artículo 2, numeral 24, literal h.

²⁷ Código Penal, Libro II, Título IV, Capítulo IX, modificado por las leyes N° 26293, del 14 de febrero de 1994, y N° 26357, del 28 de setiembre de 1994.

²⁸ *Ibíd.*, artículo 170.

²⁹ *Ibíd.*, artículo 177.

³⁰ *Ibíd.*

³¹ Código Penal, artículo 178-A.

³² *Ibíd.*, artículo 178, modificado por la Ley N° 26770.

³³ Ley N° 26770, del 7 de abril de 1997, artículo 2, complementario del artículo 175 del Código Penal.

³⁴ *Ibíd.*

³⁵ Código Penal, artículo 176.

³⁶ Ley de Fomento del Empleo, artículo 63, inciso g.

³⁷ Decreto Supremo N° 05-95-TR, artículo 68.

³⁸ Proyecto de Ley N° 2842/96-CR, presentado por la Comisión de la Mujer del Congreso ante la Comisión de Trabajo, el 10 de julio de 1997.

³⁹ DEMUS, *Agresiones sexuales contra mujeres: ¿Responsabilidades compartidas?* Investigación realizada en 1997, gráfico 4, p. 36.

⁴⁰ *Ibíd.*

⁴¹ *Ibíd.*, gráfico 5, p. 37.

⁴² *Ibíd.*, gráfico 6, p. 37.

⁴³ *Ibíd.*, gráfico 7, p. 38.

⁴⁴ *Ibíd.*, gráfico 8, p. 38.

⁴⁵ *Ibíd.*, gráfico 9, p. 39.

⁴⁶ *Ibíd.*, gráfico 10, p. 39.

⁴⁷ *Ibíd.*, gráfico 40, p. 54.

⁴⁸ Ley N° 26260, del 25 de diciembre de 1993.

⁴⁹ Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, Decreto Legislativo 866, del 25 de octubre de 1996, artículo 4. Ver sección sobre Instancias para la Mujer.

⁵⁰ Ley N° 26260, artículo 2, modificada por la Ley N° 26768, del 11 de marzo de 1997. Nótese que la modificatoria no incluye expresamente a excónyuges y exconvivientes, como lo establecía la Ley N° 26260. Este error no ha sido enmendado. Tampoco incluye a aquellas personas que residen en el hogar mediando relación laboral, caso de las trabajadoras domésticas.

⁵¹ *Ibíd.*, artículo 3, modificada por la Ley N° 26768, artículo único.

⁵² *Ibíd.*, artículo 5.

⁵³ *Ibíd.*, artículo 7.

⁵⁴ *Ibíd.*, artículo 5.

⁵⁵ *Ibíd.*, artículo 7.

⁵⁶ CUANTO, S.A. *op. cit.*, p. 405.

⁵⁷ MOVIMIENTO MANUELA RAMOS, *La Paz Empieza por Casa*. Marzo de 1997 (mimeo).

⁵⁸ *Ibíd.*

⁵⁹ Código Penal, promulgado por Decreto Legislativo N° 635, de fecha 3 de abril de 1991, artículo 124.

⁶⁰ *Ibíd.*

⁶¹ *Ibíd.*, artículo 111.

⁶² Artículos 125 y 128 del Código Penal.

⁶³ Artículo 151 del Código Penal.

⁶⁴ Ley General de Salud, artículo 134.

⁶⁵ *Ibíd.*, artículo 48.

⁶⁶ *Ibíd.*

⁶⁷ Ley Nacional de Población, artículo 28.

⁶⁸ Ley General de Salud, artículo 6.

⁶⁹ *Ibíd.*

⁷⁰ CLADEM/CRLP, *Silencio y Complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud del Perú*. 1998 (en elaboración).

⁷¹ Defensoría del Pueblo, *Informe sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria: los casos investigados por la Defensoría del Pueblo*. Lima, enero de 1998.

⁷² “¿La educación sexual en la escuela?”. En: *Atajos*, Boletín Trimestral del Centro de Documentación de la Mujer (CENDOC), Año I, N° 1, setiembre de 1996, p. 3.

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ *Ibíd.*

⁷⁵ *Ibíd.* La preparación de estas guías metodológicas originó un debate entre el Estado y la Iglesia Católica, a propósito de la educación sexual. La Comisión Episcopal Peruana ya ha dado a conocer una guía distinta para padres y maestros, denominada Formación y Orientación para el Amor y la Sexualidad, publicada en marzo de 1996.

⁷⁶ Exposición del Ministro de Salud, Marino Costa Bauer, ante la Comisión de la Mujer del Congreso de la República, p. 44.

⁷⁷ MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de las Personas, Dirección de Programas Sociales. *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, aprobado por Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM, del 6 de febrero de 1996, (en adelante, *Programa de SR y PF*), p. 26.

⁷⁸ Código del Niño y del Adolescente, aprobado por Decreto Legislativo N° 26102, del 23 de diciembre de 1992, artículo I, Título Preliminar.

⁷⁹ *Ibíd.*, artículo 2.

⁸⁰ *Ibíd.*, artículo 15, inciso f.

⁸¹ *Programa de SR y PF*, p. 24.

⁸² *Ibíd.*

⁸³ *Ibíd.*, p. 13.

⁸⁴ *ENDES 1996*, p. 15.

⁸⁵ *Programa de SR y PF*, p. 14.

⁸⁶ *Ibíd.*

⁸⁷ *Ibíd.*

⁸⁸ *Ibíd.*

⁸⁹ *Ibíd.*

⁹⁰ Los Convenios de la OIT, suscritos por el Perú en tales materias, son: Convenio N° 4 (Trabajo Nocturno); Convenio N° 41 (Trabajo Nocturno); Convenio N° 45 (Trabajo Subterráneo); Convenio N° 100 (Igualdad de Remuneración); Convenio N° 111 (Discriminación en el Empleo y Ocupación); y Convenio N° 156 (Trabajadores con Responsabilidades Familiares).

⁹¹ Constitución Política, artículo 26.

⁹² *Ibíd.*, inciso 1.

⁹³ Texto Unico Ordenado de la Ley de Fomento del Empleo, aprobado mediante Decreto Supremo N° 05-95-TR, del 18 de agosto de 1995.

⁹⁴ *Ibíd.*, artículo 62, inciso e.

⁹⁵ *Ibíd.*, artículos 63 y 67. En la legislación laboral peruana, los despidos calificados como 'nulos' dan lugar a la reincorporación del trabajador en su puesto de trabajo.

⁹⁶ Ley N° 26790, promulgada el 14/5/97 y publicada el 17/5/97.

⁹⁷ *Ibíd.*, artículo 3.

⁹⁸ Ley N° 24705, artículos 1 y 4, y Ley N° 26790, artículo 3.

⁹⁹ Ley N° 26790, artículo 3.

¹⁰⁰ Ley N° 26644, artículo 1.

¹⁰¹ Ley N° 26790, artículo 12, inciso b.

¹⁰² Decreto Ley N° 22482, artículo 30, modificado por la Ley N° 25143, del 20/12/89, derogado por la Ley N° 26790.

¹⁰³ Ley N° 26790, artículo 12, inciso b, párrafos b.1 y b.3.

¹⁰⁴ D.S. N° 19-90-ED, artículo 65, párrafo a.

¹⁰⁵ D.S. N° 005-90-PCM, artículo 108.

¹⁰⁶ Richard Webb y Graciela Fernández Baca, *Perú en Números 1997. Anuario Estadístico*. CUANTO, 1997, p. 538.

¹⁰⁷ *Ibíd.*, p. 547.

¹⁰⁸ Artículos 7 y 9 de la Constitución Peruana de 1993.

¹⁰⁹ *Ibíd.*, artículo 65.

¹¹⁰ *Ibíd.*, artículo 2.

¹¹¹ *Ibíd.*, artículo 5.

¹¹² *Ibíd.*, artículo 2.

¹¹³ Artículo 3.

¹¹⁴ Capítulo IV del Código Penal, artículos 124 y 125.

¹¹⁵ *ENDES 1996*, p. 134.

¹¹⁶ *Ibíd.*, p. 141.

¹¹⁷ *Programa de SR y PF, op. cit.*, p. 34.

¹¹⁸ *ENDES 1991-1992*, p. 95.

¹¹⁹ *Ibíd.*

¹²⁰ *ENDES 1996*, p. 134.

¹²¹ *Ibíd.*

¹²² *Ibíd.*

¹²³ *Ibíd.*

¹²⁴ Documento "Proyecto del Presupuesto 1998 del Sector Salud". MINSA, setiembre de 1997, p. 3.

¹²⁵ *ENDES 1996*, p. 140.

¹²⁶ *ENDES 1996*, p. 141.

¹²⁷ *Ibíd.*

¹²⁸ *Ibíd.*, p. 134.

¹²⁹ Decreto Supremo N° 019-81-SA, del 6 de agosto de 1981, párrafo considerativo.

¹³⁰ *Ibíd.*, artículo 1, párrafo a.

¹³¹ *Ibíd.*, párrafo d. La gratuidad de estos servicios fue ratificada en 1985 por la Ley Nacional de Población, artículo 34.

¹³² Esta categorización de hospitales se encuentra regulada por el Ministerio de Salud en el Reglamento General de Hospitales del Sector Salud, artículo 8.

¹³³ Decreto Supremo N° 019-81-SA, artículo 1, párrafo c.

¹³⁴ Artículo 22.

¹³⁵ Resolución Ministerial 071-90-SA/DM de febrero de 1990.

¹³⁶ La Ley General de Salud, en su cuarta disposición complementaria, deroga expresamente las siguientes normas: Decreto Ley N° 17505 (Código Sanitario), Decreto Ley N° 19609 sobre atención de emergencia, Ley N° 2348, de 1916, Ley sobre el ejercicio de la medicina y farmacia, de 1888, Decreto Ley N° 25596 y Tercera disposición complementaria del Decreto Ley N° 25988. Además, deroga tácitamente todas las normas que se opongan a ella. Dado que el D.S. 019-81-SA no se opone a sus normas ni la Ley General de Salud establece disposiciones que sustituyan el contenido del Decreto Supremo, éste sigue vigente.

¹³⁷ Ley General de Salud, artículo 40.

-
- ¹³⁸ *Ibíd.* Véase también MINISTERIO DE SALUD. *Lineamientos de política de salud, 1995-2000. Un sector salud con equidad, eficacia y calidad*, p.19 (mimeo).
- ¹³⁹ *Ibíd.*
- ¹⁴⁰ *Ibíd.*
- ¹⁴¹ *Ibíd.*, p. 18.
- ¹⁴² *Silencio y Complicidad, op. cit.*
- ¹⁴³ *Ibíd.*
- ¹⁴⁴ *Ibíd.*
- ¹⁴⁵ Ley Nacional de Población, artículo IV del Título Preliminar.
- ¹⁴⁶ *Ibíd.*
- ¹⁴⁷ *Ibíd.*, artículo 24.
- ¹⁴⁸ *Ibíd.*, artículo 28.
- ¹⁴⁹ Con anterioridad a la ley modificatoria (Ley N° 26530, del 9 de septiembre de 1995), la Ley de Población (art. IV) prohibía expresamente la esterilización y el aborto como métodos anticonceptivos. Actualmente, solo el aborto está excluido como tal.
- ¹⁵⁰ Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM.
- ¹⁵¹ *Programa de SR y PF*, p. 19-23.
- ¹⁵² *Ibíd.*, p. 3.
- ¹⁵³ *Ibíd.*, p. 5.
- ¹⁵⁴ *Ibíd.*
- ¹⁵⁵ *Ibíd.*, pp. 24-25.
- ¹⁵⁶ *Ibíd.*
- ¹⁵⁷ *Ibíd.*, p.p. 28 y 30.
- ¹⁵⁸ Resolución Ministerial N°. 572-95-SA/DM, del 17 de agosto de 1995, artículo 2.
- ¹⁵⁹ *Programa de SR y PF*, pp. 20 y 28.
- ¹⁶⁰ *ENDES 1996*, p. 107.
- ¹⁶¹ *Ibíd.*
- ¹⁶² *Ibíd.*
- ¹⁶³ Véase la sección IIA, sobre violencia contra las mujeres.
- ¹⁶⁴ *ENDES 1996*, p. 72.
- ¹⁶⁵ *Ibíd.*, p. 66.
- ¹⁶⁶ Reporte de Derechos Humanos sobre Anticoncepción Quirúrgica en el Perú (CLADEM). Avance de investigación, mayo de 1998.
- ¹⁶⁷ Datos proporcionados por la Oficina de Estadística e Informática del Ministerio de Salud, Dirección de Programas Sociales, Dirección de Planificación Familiar, el 26 de noviembre de 1996 (mimeo, en archivos del CRLP).
- ¹⁶⁸ *Ibíd.*
- ¹⁶⁹ Reporte de Derechos Humanos sobre Anticoncepción Quirúrgica en el Perú (CLADEM). Avance de Investigación, mayo de 1998.
- ¹⁷⁰ Constitución Política, artículo 2, inciso 2. Otras leyes que reafirman los derechos del concebido son: el Código Civil Peruano (artículo 1), la Ley de Población (artículo VI del Título Preliminar) y el Decreto Ley N° 26102 (Código de los Niños y Adolescentes, artículo I del Título Preliminar).
- ¹⁷¹ Código Penal, artículos 114 y 120.
- ¹⁷² *Ibíd.*, artículo 119.
- ¹⁷³ *Ibíd.*, artículo 114.
- ¹⁷⁴ *Ibíd.*, artículos 115 y 116.
- ¹⁷⁵ *Ibíd.*, artículo 118.
- ¹⁷⁶ Ley de Población, artículo VI del Título Preliminar, modificado por la Ley N° 26530.
- ¹⁷⁷ *Ibíd.*, artículo 29.
- ¹⁷⁸ *Ibíd.*
- ¹⁷⁹ *Programa de SR y PF*, p. 46.
- ¹⁸⁰ *Ibíd.*
- ¹⁸¹ Ley General de Salud, artículo 43.
- ¹⁸² *Ibíd.*, artículos 25, inciso g, y 30.

¹⁸³ *Ibíd.*

¹⁸⁴ *Programa de SR y PF*, p. 17.

¹⁸⁵ The Alan Guttmacher Institute. *Aborto clandestino: una realidad latinoamericana*. Nueva York, 1994, p. 20.

¹⁸⁶ La tasa anual de abortos en Perú, en 1990, en 100 mujeres de 15 a 49 años, habría sido de 5.19, cifra que supera a Brasil (1991), Colombia (1989), Chile (1990), México (1990) y República Dominicana (1992). *See Id.*

¹⁸⁷ The Alan Guttmacher Institute, *op. cit.*, p. 20.

¹⁸⁸ *Ibíd.*

¹⁸⁹ *Ibíd.*

¹⁹⁰ Manarelli, M.E, *Diagnóstico de la Salud Reproductiva de la Mujer en el Perú*. Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, marzo de 1997, pp. 117-118.

¹⁹¹ *Silencio y Complicidad, op. cit.*, 1998.

¹⁹² Artículo 9 de la Constitución.

¹⁹³ Ley de Población, artículo VI del Título Preliminar.

¹⁹⁴ *Programa de SR y PF, op. cit.*

¹⁹⁵ *Ibíd.*

¹⁹⁶ *ENDES 1996*, p. 131.

¹⁹⁷ *Ibíd.*, p. 134.

¹⁹⁸ *Ibíd.*, p. 139.

¹⁹⁹ *Ibíd.*, p. 141.

²⁰⁰ *Ibíd.*, p. 65.

²⁰¹ *Lineamientos, op. cit.*, p. 24.

²⁰² Manarelli, *op. cit.*, p.68.

²⁰³ Reporte de Derechos Humanos sobre Anticoncepción Quirúrgica en el Perú (CLADEM). Avance de investigación, mayo de 1998.

²⁰⁴ *Ibíd.*

²⁰⁵ *Ibíd.*

²⁰⁶ *Ibíd.*

²⁰⁷ Ley Nacional de Población, Art. IV..

²⁰⁸ *Programa de SR y PF, op. cit.*, p. 18.

²⁰⁹ *Ibíd.*

²¹⁰ *Ibíd.*

²¹¹ *ENDES 1996*, p. 60.

²¹² *Ibíd.*, p. 61.

²¹³ *Ibíd.*

²¹⁴ Reporte de Derechos Humanos sobre Anticoncepción Quirúrgica en el Perú (CLADEM). Avance de investigación, mayo de 1998.