

Nueva York, 5 de agosto de 2002

Comité sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

Re: Información adicional sobre Perú
Presentación de informe ante CEDAW prevista para agosto de 2002

Estimados miembros del Comité:

Esta carta tiene como propósito entregar información adicional a aquella entregada por Perú en su informe periódico, por ser revisado durante la 26a Sesión del Comité de CEDAW. El Centro legal para los derechos reproductivos y políticas públicas (CRLP), una organización no-gubernamental independiente, espera fomentar el trabajo del Comité entregándole información independiente acerca de los derechos protegidos bajo el Protocolo de la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Esta carta resalta varias áreas de preocupación relacionadas con la salud y los derechos reproductivos de la mujer en Perú. Más específicamente, se centra en las leyes discriminatorias o inadecuadas y políticas relacionadas con los derechos reproductivos de la mujer en Perú.

Por ser los derechos reproductivos fundamentales para la igualdad y salud de las mujeres, es que el compromiso de los estados partes para protegerlos debe ser tomado muy en serio. Por lo demás, los derechos y la salud reproductiva están explícitamente protegidos bajo CEDAW. El artículo 12 le exige a los estados partes “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud”, y especifica que los gobiernos deben asegurar el acceso a “servicios apropiados relacionados con el embarazo, parto y el periodo postnatal, asegurando la entrega de servicios gratuitos cuando sea necesario, así como también nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”¹ El artículo 10 (h) exige que una mujer tenga “acceso a información educativa específica para ayudar a asegurar la salud y bienestar de las familias.”²

La Recomendación General del Comité sobre “La mujer y salud” considera responsabilidad de los estados partes “garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica” y de “dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la

educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.”³

Nos gustaría dirigir la atención del Comité sobre los siguientes temas de preocupación que afectan directamente la salud reproductiva y vidas de numerosas mujeres en Perú:

1. Participación de las mujeres en la vida política y pública. (Art. 4 y 7 (b) de la Convención sobre la mujer)

El artículo 7(b) de CEDAW exige que los gobiernos tomen todas las medidas necesarias para garantizar la participación en igualdad de las mujeres en la “formulación de las políticas gubernamentales y en la ejecución de éstas, y ocupar cargos públicos y ejercer todas las funciones públicas en todos los planos gubernamentales.” El Comité de CEDAW, en su Recomendación General sobre “La mujer y la salud”, hace un llamado a los estados a “situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer...”⁴

A. Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano - PROMUDEH

En 1996, el Estado peruano creó el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano – PROMUDEH en cumplimiento del compromiso asumido en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Plataforma de Acción, Beijing 1995) de crear mecanismos del más alto nivel que aseguren el avance de las mujeres.⁵ El nuevo gobierno (Toledo, 2001-2006) durante los últimos meses dio a entender en numerosas ocasiones en declaraciones a la prensa nacional, su intención de eliminar el PROMUDEH en nombre de supuestos argumentos técnicos y de eficiencia económica.⁶ Frente a ello, las organizaciones de mujeres reaccionaron, rechazando tajantemente tal iniciativa por cuanto se esperaba que el PROMUDEH, en tanto ente rector asegurase el avance de las mujeres y garantizase la integración de una perspectiva de género en todas las políticas del estado.⁷ Frente a las reacciones sociales motivadas por la propuesta de cambiar el carácter del PROMUDEH, el gobierno peruano retrocedió en su intención y una nueva ley que dispone la organización del Poder Ejecutivo reconoce a este Ministerio como “Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social”, con lo cual se espera que siga siendo el ente promotor de las políticas de equidad de género e igualdad de oportunidades para la mujer.⁸

B. Ministerio de Salud

La cuasi pérdida de la institucionalidad representada en el PROMUDEH en favor de las mujeres, no es un caso aislado, ya que se tiene información que una iniciativa similar se viene impulsando al interior del Ministerio de Salud, respecto del Programa Mujer y Desarrollo.⁹ En efecto, el destino del Programa Mujer y Desarrollo¹⁰, esta siendo discutido al interior del Ministerio de Salud y se cuenta con información sobre la voluntad de desactivar dicho programa, sin que en su lugar se genere otro similar. Dicha decisión estaría basada en una postura de rechazo al género, como elemento importante de diferenciación de políticas

en torno a la salud, con lo cual podrían verse obstaculizados en un futuro cercano los programas que directamente atañen a las mujeres, como son especialmente los referidos a la salud reproductiva.¹¹

C. Acuerdo Nacional¹²

De otro lado, mediante un proceso llamado “Acuerdo Nacional”, en el que participaron los principales partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil, se han aprobado pro consenso políticas básicas que deberían ser respetadas por los gobiernos de turno. Entre ellas esta la política No 11: Promoción de la igualdad de oportunidades sin discriminación, comprometiéndose el Estado a combatir toda forma de discriminación, promoviendo la igualdad de oportunidades; fortalecer la participación de las mujeres como sujetos sociales y políticos que dialogan y conciertan con el Estado y la sociedad civil; fortalecer una institución al más alto nivel del Estado en su rol rector de políticas y programas para la promoción de la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, es decir, equidad de género; dar acceso equitativo a las mujeres a recursos productivos y empleo; desarrollar sistemas que permitan proteger a niños, niñas, adolescentes, adultos mayores, mujeres responsables de hogar, personas desprovistas de sustento, personas con discapacidad y otras personas discriminadas o excluidas; y promover y proteger los derechos de los integrantes de las comunidades étnicas discriminadas, impulsando programas de desarrollo social que los favorezcan integralmente. En la política concerniente a salud No 13, se ha conseguido que se considere la promoción de una maternidad saludable y servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción.

2. Derecho a servicios de atención médica y de planificación de la familia (Art. 12 y 14(2)(b)(c) y 10(h) de la Convención sobre la mujer)

Como ya lo mencionamos antes, el artículo 12 de la Convención de la Mujer le exige a los estados partes “tomar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación en contra de las mujeres en el área de los cuidados de salud.” Más específicamente, el artículo 12 exige que las mujeres tengan acceso a servicios relacionados con el embarazo, parto y el periodo postnatal, así como también que cuenten con una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia. El artículo 10(h) exige que las mujeres tengan acceso “al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia.” Los artículos 14(2)(b) y (c) alientan a los estados partes a garantizar que las mujeres en zonas rurales tengan acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia y que se beneficien directamente de los programas de seguridad social. En su Recomendación General sobre “La mujer y la salud”, el Comité de CEDAW afirma que el acceso a la atención de la salud, incluida la salud reproductiva, es un derecho básico previsto bajo CEDAW.¹³

A. Acceso a servicios de salud

En el Perú, sectores importantes de la población tienen dificultades en el acceso a los servicios formales de atención de la salud. Son varias las razones que originan este

problema, siendo las principales, el lugar de residencia y los bajos niveles de ingreso en las familias. Con respecto al lugar de residencia, hay información que evidencia la seria desventaja que enfrenta la población rural.¹⁴ Ahora bien, se ha podido constatar que estas dos variables tienen una mayor incidencia en el caso de las mujeres. Esto se explica porque los ingresos femeninos suelen ser inferiores a los masculinos,¹⁵ a lo que debe sumarse el hecho que los hogares monoparentales con menos ingresos son los que tienen una mujer como cabeza de familia.¹⁶ En este sentido, no es de extrañar que las dificultades para acceder a los servicios de salud sean mayores para las mujeres pobres que viven en las áreas rurales.¹⁷ Estos hechos revisten formas mucho más dramáticas por lo que toca a la salud reproductiva, respecto a la cual las mujeres, debido a sus características biofisiológicas, tienen una demanda mayor. Resulta urgente que el Estado mejore su capacidad resolutoria, no sólo respecto de mujeres gestantes, sino en los diversos aspectos que atañen a la salud reproductiva.

B. Mortalidad Materna

El Perú es uno de los países con más alta tasa de mortalidad materna¹⁸ en Sudamérica (185/100,000 nacidos vivos), lo que significa que cada año mueren en el país alrededor de mil cuatrocientas mujeres por causas maternas.¹⁹ La situación es más grave para la población adolescente²⁰ y en el campo, donde las mujeres tienen una probabilidad dos veces mayor de morir por causas maternas en comparación con aquellas que habitan el área urbana.²¹ La atención que implica un embarazo también presenta barreras que el Estado tiene la responsabilidad de eliminar. Aunque las cifras oficiales correspondientes a 1997 muestran algunos avances en materia de cobertura,²² también dan cuenta de la enorme brecha que existe todavía entre la oferta y las necesidades de la población. Esto se ve reflejado en el hecho de que en ese mismo año sólo 8.8% de los servicios de salud a nivel nacional tuviera capacidad para proveer atención obstétrica básica, o que únicamente 6.4% de los servicios de salud de nivel primario ofreciera de manera directa un rango completo de servicios de salud reproductiva.²³

Asimismo, aun cuando existe el mandato legal de priorizar la atención materno infantil entre los servicios gratuitos, lo cierto es que hay tarifas que pagar. El sistema escalonado de costos en función del tipo de servicios y de la situación de determinados grupos vulnerables de la población, creado por el Estado, se ha convertido, en los hechos, en un mecanismo discriminatorio.²⁴ El sistema integrado de salud, recientemente diseñado, tampoco estaría garantizando la gratuidad de la atención materno infantil, y por lo tanto similares barreras podrían estar enfrentando las mujeres en este nuevo sistema.²⁵

C. Cáncer mamario y uterino

La prevención del cáncer mamario y del cáncer uterino es un aspecto que aún se encuentra en una fase muy incipiente, siendo los mayores obstáculos el desconocimiento y falta de recursos económicos.²⁶ La gran mayoría de las mujeres peruanas no se realiza los exámenes que detectan estas enfermedades. Para 1998, apenas 12.3% de las mujeres fue examinada de las mamas y solamente 22.7% se hizo la prueba del Papanicolau.²⁷

D. Demanda insatisfecha de planificación familiar

La satisfacción de las necesidades de planificación familiar de la población, objetivo estatal fundamental en los últimos años, aún no se alcanza a plenitud en el Perú. Un número significativo de mujeres procrea más hijos de los que desea tener.²⁸ Sólo entre 1991 y 1996 habrían nacido en el Perú alrededor de un millón de niños no deseados.²⁹ Si bien, la nueva administración, ha dado a conocer que para fines del 2002 el Ministerio de Salud tiene proyectado ampliar la cobertura de beneficiarios de un seguro básico de salud³⁰, este seguro no cubre la demanda anticonceptiva de las mujeres en edad fértil sino que más bien lo excluye.³¹ Las organizaciones que trabajan en torno al tema de salud reproductiva se encuentran preocupadas por un paulatino enfriamiento de los servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos del MINSA, lo que se evidencia en los lineamientos de política sectorial 2002-2012, en donde solo se aborda el tema de mortalidad materna, sin que se haga mención sobre el acceso a métodos de planificación familiar, sobretodo en las zonas de mayor pobreza.³²

E. Anticoncepción de emergencia

En julio del 2001, fue aprobado el uso de las píldoras de anticoncepción de emergencia en los servicios de Salud.³³ Sin embargo, hasta la fecha, estas píldoras no están siendo incorporadas dentro de la mezcla anticonceptiva que oferta el Ministerio de Salud, aun cuando este método ya estuvo considerado en el Manual de Planificación Familiar aprobado por RM N° 0738-92-SA/DM, vigente durante más de dos años. La demora en la incorporación de la anticoncepción oral de emergencia, impide que 8 de cada 10 mujeres que tuvieron relaciones sexuales sin protección, se vean enfrentadas a un embarazo no planeado o no deseado.

F. La calidad de la atención y violaciones de los derechos humanos de las usuarias

La calidad de la atención es un factor esencial en lo que se refiere al acceso a los servicios de salud reproductiva que puede atraer o expulsar a las usuarias del sistema de salud. Se trata de un asunto todavía pendiente en el caso peruano. Hay lugares donde la relación proveedor-usuaria suele ser inequitativa y discriminatoria en contra de ésta, especialmente si es pobre.³⁴ En cuanto a los derechos de los y las usuarias de los servicios de salud, si bien algunos de los derechos están previstos en la Ley General de Salud, no son objeto de difusión entre la población. En los hechos existe desconocimiento de estos derechos no sólo por parte de las propias usuarias, sino también por el personal que provee servicios de salud. Resulta claro que los usuarios más informados acerca de sus derechos pueden acceder más y de mejor manera a los servicios.

G. Aborto

En 1998 el Comité de la CEDAW, con ocasión del examen del Tercer y Cuarto Informe periódico del Estado peruano, señaló la relación existente entre aborto clandestino y mortalidad materna y reconoció que la tipificación del aborto como delito no hace desistir del aborto sino que lo hace inseguro y peligroso para las mujeres. Recomendando al

Estado peruano revisar la legislación sobre el aborto y velar porque la mujer tenga acceso a servicios de salud generales y completos, que incluyan el aborto sin riesgo y la atención médica de urgencia cuando surjan complicaciones derivadas del aborto. Sin embargo, el Estado Peruano ha hecho caso omiso de dicha recomendación.³⁵

En la actualidad, hay en el país un alto índice de abortos practicados en condiciones inseguras. Aun cuando la clandestinidad en que se realiza dificulta la estimación de su magnitud, se calcula que es la forma en que culmina 30% de los embarazos que se producen anualmente. En promedio, cinco de cada cien peruanas de 15 a 49 años se provocaría un aborto cada año. Con esta tasa, en 1997 se habrían producido en el país 324,000 abortos,³⁶ lo que representó a su vez la causa directa de 22% de las muertes maternas.³⁷ Con todo y a pesar de su ilegalidad, el tratamiento de las complicaciones de aborto demanda una atención significativa del sistema público de salud³⁸, frente a lo cual diversas organizaciones han manifestado preocupación por la calidad de los servicios de atención post aborto.³⁹

La disposición legal que obliga a los proveedores de servicios de salud a informar a las autoridades sobre los casos en que existan indicios de aborto inducido, exceptuándolos de su derecho a la reserva profesional, disuade a las mujeres de acudir a los servicios de salud cuando la interrupción del embarazo les produce complicaciones⁴⁰. Esta norma, además de contravenir el derecho a la intimidad, atenta contra el derecho a la integridad física, ya que ellas, por temor al castigo judicial y al trato cruel de que pueden ser objeto en los establecimientos de salud —son expuestas a interrogatorios intimidatorios y otras prácticas asociadas a la idea de castigo que merecen recibir las mujeres que interrumpen sus embarazos⁴¹—, no se hacen tratar oportunamente los abortos incompletos.⁴²

H. Objeción de conciencia

Un tema que ha causado una gran preocupación en la comunidad nacional e internacional, y que está vinculado al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos es el referido a la posibilidad que los proveedores de servicios puedan hacer uso indebido de su derecho a la objeción de conciencia. En efecto, un proyecto de ley "que garantiza a los profesionales de la salud, la absoluta libertad profesional para ejercer el derecho de objeción de conciencia" ha sido presentado al Congreso Peruano⁴³, lo cual representa una potencial amenaza para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos para las mujeres. Ello debido a que los temas de objeción de conciencia que se proponen de manera genérica se focalizan principalmente en la anticoncepción y el aborto, problemática que les afecta directamente.⁴⁴

I. Esterilizaciones

El Ministro de Salud del Perú, el 24 de julio pasado, entregó disculpas públicas por el caso de las esterilizaciones forzadas de mujeres indígenas bajo la presidencia de Alberto Fujimori.⁴⁵ Las violaciones se vieron confirmadas tras la publicación de un informe del gobierno que propone eliminar las esterilizaciones de los métodos de planificación familiar.⁴⁶ Las disculpas del ministerio son claramente las bienvenidas, sin embargo la

respuesta que se le quiere dar a este problema, es decir la eliminación de las Acciones de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), podría traducirse en un obstáculo más a las opciones de planificación familiar en un país en el cual las mujeres ya tienen dificultades en satisfacer sus necesidades en materia de contracepción. Las esterilizaciones voluntarias, seguras y no coercitivas deberían seguir siendo parte de las opciones entregadas a las mujeres peruanas.

El gobierno debería continuar impulsando reformas institucionales para prevenir que en el futuro se repitan este tipo de abusos⁴⁷ y en este sentido seguir colaborando con la Defensoría del Pueblo y miembros de la sociedad civil.⁴⁸ El Gobierno debería además continuar sus esfuerzos por llevar ante la Justicia a los responsables de estas esterilizaciones forzadas. Ya han habido un cierto número de investigaciones criminales y juicios con relación a dichos cargos, sin embargo un reciente informe de la Defensoría del Pueblo menciona que hasta la fecha sólo en 5 casos el responsable ha sido condenado⁴⁹. Finalmente, el gobierno debiera tomar las medidas necesarias para indemnizar a las víctimas de las esterilizaciones forzadas.

J. VIH-SIDA y ETS

Aun cuando el VIH y el SIDA constituyen un fenómeno relativamente nuevo en el Perú, se están propagando rápidamente. El mecanismo de transmisión más importante es el sexual (95.7%). Actualmente se estima que hay 75,000 personas que viven con el VIH/SIDA, aun cuando los casos registrados oficialmente ascienden únicamente a 22,696. Lo que resulta alarmante es que la proporción de contagio entre hombres y mujeres, se va acercando de manera acelerada; de una relación de 11 hombres por una mujer, se ha pasado a 2.7 varones por una mujer. El promedio de edad, también va disminuyendo, pues ahora la mayoría de personas infectadas, se encuentra entre los 15 y los 25 años, lo que podría significar que se infectaron durante la infancia y/o adolescencia, considerando el largo periodo de latencia de la enfermedad. Esto parece indicar que la labor educativa dirigida a prevenir entre los adolescentes el ejercicio de la sexualidad en condiciones inseguras no está cumpliendo su objetivo.⁵⁰

3. Violencia contra la mujer (Art. 5 y 16(c) de la Convención sobre la mujer)

CEDAW contiene varias provisiones que requieren de la intervención del estado para prevenir la violencia basada en el sexo. El artículo 5 exige a los estados “Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres” con miras a alcanzar la eliminación de prácticas basadas en la idea de la inferioridad de la mujer. Además, la violencia contra la mujer dentro del matrimonio y la familia está condenada por el artículo 16(c) que asegura a mujeres y hombres los “mismos derechos y responsabilidades durante el matrimonio...”

El Comité de CEDAW, en su Recomendación General 19 sobre “La violencia contra la mujer”, reconoce que la violencia basada en el sexo discrimina a la mujer y por lo tanto impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre.⁵¹ El Comité define “violencia basada en el sexo” como “violencia dirigida contra la mujer porque es mujer o que la afecta en forma desproporcionada.”⁵² Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole sexual.⁵³ El Comité pone énfasis en que CEDAW no se limita a los actos cometidos por

los gobiernos o en su nombre, sino también por aquellos practicados por terceros. Los gobiernos tienen la obligación de adoptar medidas con la diligencia debida para prevenir tales actos entre individuos que vivan bajo sus jurisdicciones.⁵⁴

A. Violencia sexual

Las normas legales emitidas durante los últimos años tienen el mérito de haber reconceptualizado la violencia sexual. Esta se considera hoy como problema de interés público, adjudicándose al Estado el papel de actor directo en su erradicación. Sin embargo, debe señalarse que en el país hay un sistema de registro muy deficiente sobre los delitos sexuales pese al alto grado de incidencia de dichos delitos en las cifras de criminalidad.⁵⁵ Las estadísticas oficiales señalan que en 1998 se produjeron 4,677 violaciones sexuales en el ámbito nacional,⁵⁶ cuando diversos estudios estiman cifras muy superiores. Un estudio realizado en 1995 reveló que en ese año se habrían producido 25,000 violaciones sexuales⁵⁷ y otro, realizado en 1997, indicó que sólo en Lima Metropolitana se podrían haber producido en el año precedente 19,332 violaciones sexuales.⁵⁸ Si se tiene en cuenta que contar con un registro eficiente es un aspecto importante para dimensionar un problema, es claro que su ausencia delata la falta de intención real de hacerle frente.

B. Violencia familiar

Al igual que ocurre con la violencia sexual, no existe un registro eficiente de los casos de violencia familiar. El sistema no está unificado y los casos son detectados según la dependencia en que son presentados (defensorías, comisarías, establecimientos de salud, etc.). Para las zonas rurales y andinas del Perú no se han hecho tampoco estudios que registren la magnitud y particularidades de la violencia. Esto no permite conocer con precisión la dimensión del problema.⁵⁹ El primer esfuerzo en el ámbito nacional, para la medición de la incidencia de la violencia familiar en la sociedad peruana, lo constituye la ENDES 2000. Esta encuesta arrojó que 41% de las mujeres alguna vez había sido agredida físicamente por su esposo o compañero; de las cuales 83% algunas veces y un 16%, frecuentemente.

No obstante los indudables avances en términos legislativos que se han producido en el Perú en los últimos años frente a la problemática de la violencia familiar, existen obstáculos para su aplicación práctica. Entre estos se encuentra, por ejemplo, el hecho de que durante la investigación se suele producir resistencia a adoptar medidas cautelares y de protección por parte de las instancias facultadas y, en el caso de adoptarse, no suelen ser oportunas ni logran cumplir ya con su objetivo, que es evitar la comisión de violencia. Tampoco se han previsto mecanismos de seguimiento a las medidas de protección y a las sentencias; y el criterio de que la violencia familiar es una ofensa conciliable contribuye a generar impunidad.⁶⁰ Es más, estas autoridades muchas veces prefieren no inmiscuirse, argumentando que se trata de problemas privados⁶¹

Por otro lado, el Estado peruano no ha cumplido con obligaciones que la ley ha previsto en calidad de políticas para erradicar la violencia familiar, tales como la inclusión del tema de la

violencia en el programa escolar de estudios, de modo que no se influye en patrones de comportamiento sexistas frente a la violencia.⁶²

C. Acoso sexual

El acoso sexual es una de las manifestaciones de violencia de género más desatendidas por las políticas estatales.⁶³ En el ámbito laboral, el factor normativo es el primer gran obstáculo que enfrenta la víctima. La dificultad probatoria de la “falta del empleador” ha determinado que casi ningún caso haya llegado a conocimiento de las autoridades administrativas de trabajo y prácticamente ninguno haya tenido resolución favorable de acuerdo al procedimiento señalado por ley. Tratándose del acoso sexual en el ámbito educativo, se ha observado que las autoridades llamadas a reprimirlo no actúan según sus funciones. Las Defensorías municipales, parroquiales, comunales y escolares registran casos de acoso hacia las niñas en la escuela ejercido por docentes, pero por lo general no se ejecuta ninguna acción contra el agresor o simplemente se le traslada de colegio, sin proceder a investigar los hechos ni aplicar sanciones administrativa o judicialmente.⁶⁴

Esperamos que el Comité también considere hacer las siguientes preguntas al gobierno peruano:

1. ¿Qué se está haciendo para eliminar las barreras con las cuales las mujeres se enfrentan al momento de acceder a salud reproductiva y servicios de planificación familiar completos y al alcance de cada cual, particularmente en relación con los honorarios cobrados por cuidados pre y postnatales? ¿Qué medidas se están tomando para enfrentar la alta tasa de mortalidad materna en Perú, principalmente entre mujeres campesinas?
2. ¿Qué medidas ha adoptado el gobierno peruano a fin de asegurar que los proveedores de servicios de salud respondan por la violencia física y psicológica y discriminación sufrida por mujeres dentro de las instituciones prestadoras de servicios de salud? ¿Qué medidas se han tomado para garantizar la calidad de los servicios de salud como componente del acceso a los mismos? ¿Se ha hecho algún tipo de esfuerzos para divulgar los derechos de los usuarios de servicios de atención médica o para promover una ley sobre los derechos de las usuarias mujeres?
3. ¿Qué se ha hecho en orden a establecer un seguimiento a las recomendaciones del Comité en relación con revisar la legislación que penaliza el aborto? ¿Se ha llevado a cabo algún tipo de esfuerzo con vistas a revisar la ley que viola los derechos del usuario, al obligar a los proveedores de servicios de salud a informar a la policía sobre casos de abortos inducidos?
4. ¿Qué medidas ha tomado el gobierno con el fin de garantizar un acceso por parte de las mujeres a servicios de información para la prevención y tratamiento del VIH/SIDA y para prevenir y castigar cualquier discriminación contra aquellas mujeres portadoras de VIH/SIDA? ¿Ha tomado el gobierno medidas para enfrentar los factores determinantes en la creciente vulnerabilidad a contraer VIH/SIDA tales como la relación de poder desigual frente a los hombres y la subordinación social?

5. ¿Qué esfuerzos se han llevado a cabo con el fin de hacer cumplir las políticas de estado y enfrentar casos de impunidad relacionados con violencia sexual y doméstica contra la mujer? Más específicamente, ¿Existen hoy en día mecanismos para denunciar y registrar casos de violencia sexual y doméstica y para hacer un seguimiento a medidas de protección y sentencias contra los autores de aquellos crímenes?
6. ¿Qué medidas se están tomando para enfrentar el tema del acoso sexual en el ámbito del trabajo y la escuela? ¿Existe algún tipo de regulación administrativa en funcionamiento? ¿Ha habido algún tipo de avance en el proyecto de ley que abarca el acoso sexual en el ámbito laboral y educacional?

Existe una brecha importante entre lo establecido en la Convención sobre la mujer y la realidad en la vida y salud reproductiva de estas mismas. Apreciamos el constante interés que el Comité ha mostrado en materia de salud y derechos reproductivos de los adolescentes así como las observaciones finales y recomendaciones que ha emitido en el pasado, recalcando la necesidad de los gobiernos de tomar medidas para asegurar la realización de estos derechos.

Esperamos que esta información sea útil durante la sesión de revisión del informe que será presentado por el gobierno de Perú con el fin de asegurar el cumplimiento por parte del gobierno peruano con lo establecido en la Convención de la Mujer. En caso que tuviesen cualquier duda o necesitaran mayor información, por favor no duden en ponerse en contacto con las abajo firmantes.

Atentamente,

Luisa Cabal
Asesora legal
para Latinoamérica y el Caribe

Laura Katzive
Asesora legal
para proyectos globales

¹ Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW), adoptada el 18 de diciembre, 1979, Asamblea General, Res.34/180, U.N.GAOR, Sesión 34, Supp. No.46. at 193, U.N. Doc. A/34/46 (1979), entrada en vigor el 3 de septiembre, 1981, art.12(2),

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sconvention.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

² *Ibid.*

³ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (COMITÉ DE CEDAW), *Recomendación General 24, La mujer y la salud*, art.12, pár. 31(b)(c), U.N.Doc A/54/38Rev.1(1999),

<<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/sgenre.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

⁴ *Ibid.*, pár. 31(a)

⁵ Decreto Legislativo 866, 29.10.96. Durante el gobierno de Fujimori (1990-2000), hubo denuncias en contra de este Ministerio por la manipulación que se estaba llevando a cabo a través de los programas de apoyo social. Por ese motivo, dicho ministerio tuvo uno de los procesos más intensos de reorganización durante la gestión del gobierno del Dr. Paniagua. (Nov. 200-julio 2001), gestión que concluyó con documentos propositivos acerca de un posible reordenamiento del sector.

⁶ Declaraciones de Carlos Bruce, Ministro de la Presidencia y Secretario General del Partido de Gobierno. *La República*, 2 de Mayo, 2002. *Ministerio de Desarrollo Social se anuncia en Fiestas Patrias*

⁷ El Comercio, “Por la vigencia del PROMUDEH”, A-13, domingo 12 de mayo de 2002. Pronunciamiento de organizaciones de la sociedad civil.

⁸ Ley No 27779 del 11/07/2002. Ley orgánica que modifica la organización y funciones de los ministerios.

<http://www.congreso.gob.pe/out_of_domain.asp?URL=http%3A//200.37.159.7/pley/pley.htm>, visitada el 2 de agosto de 2002.

⁹ MINISTERIO DE SALUD, *Informe de asesoría jurídica*, Lima, Perú, 15 de enero de 2002. MINISTERIO DE SALUD, *Informe de asesoría del despacho viceministerial*, Lima, Perú, 26 de marzo de 2002. Según las nuevas autoridades, “la salud tiene una visión integral de la persona humana y la familia cuya doctrina va en contra de la dicotomización o fraccionamiento por género”. De otro lado, ha trascendido que las autoridades del Ministerio de Salud del actual gobierno, se oponen a la utilización del vocablo género en documentos oficiales, como es el Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia, a pesar que este término es parte de tratados internacionales suscritos por el Perú.

¹⁰ MOVIMIENTO MANUELA RAMOS, *Derechos de las mujeres y equidad de género: Estado actual de su cumplimiento por el Estado Peruano*. Lima, 2001, p. 42. El Programa Mujer y Desarrollo fue creado en 1990, dictándose en 1995 los lineamientos del programa. En ellos se considera el enfoque de género como orientador de las actividades relacionadas a la salud de la mujer, con el objetivo de contribuir a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer que influyan en el deterioro de su salud y familia.

¹¹ *Ibid.*

¹² REPÚBLICA DEL PERÚ, FORO DE GOVERNABILIDAD, *Acuerdo Nacional*, versión final aprobada *ad referendum* el 5 de julio de 2002, <<http://www.acuerdonacional.gob.pe/tematicos/equidad/textos.htm>>, visitada el 2 de agosto de 2002.

¹³ COMITÉ DE CEDAW, *Recomendación General 24, La Mujer y la Salud*, art.12, pár. 31(a).

¹⁴ JOSÉ CARLOS VERA LA TORRE, *Gastos de los hogares en salud* (separata), Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), octubre de 1999. Según la Encuesta Nacional de Hogares 98 II (ENH 98 II), las personas que tienen menos posibilidades de acceder a un servicio de salud cuando lo necesitan son las que viven en dicha zona, 52% frente a 70% de la población urbana. En cuanto a la variable económica, hay datos que permiten inferir que una de las principales razones por la que las personas no buscan atención de salud es la falta de dinero. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Hogares 98 IV (ENH 98 IV), ésta fue la razón señalada por el mayor porcentaje de personas encuestadas (36.6%.) La ENH 98 II evidenció que en las zonas donde el nivel de pobreza es más alto —como la sierra norte y sur y el oriente—, el número de personas que sintiéndose enfermas no se atienden supera el 40%.

¹⁵ ROSA FLORES MEDINA, “La mujer y la brecha salarial”, en *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta ENNIV-1997*, Richard Webb y Moisés Ventocilla (eds), Lima, USAID y UNICEF, 1999, p. 233. La mujer trabajadora, según promedio nacional, percibe menos de la mitad de lo que gana el trabajador varón (brecha de 55.4%), siendo la diferencia más marcada en el área rural (la brecha es de 87% en la sierra rural, de 68.8% en la selva rural y de 64.8% en la costa rural).

¹⁶ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) Y MINISTERIO DE PROMOCIÓN DE LA MUJER Y DESARROLLO HUMANO (PROMUDEH), *Género: equidad y disparidades. Una revisión en la antesala del nuevo*

milenio, Lima, 1999, p. 136. Del total de hogares conducidos exclusivamente por mujeres, el 27,2% se encuentra en situación de pobreza, mientras que del total de hogares conducidos exclusivamente por hombres, este porcentaje llega a casi la mitad (13,5%).

¹⁷ MARGARITA PETRERA, “La demanda por servicios de salud de la mujer rural en el Perú”, en *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta ENNIV-1997*, Richard Webb y Moisés Ventocilla (eds), Lima, USAID y UNICEF, 1999, pp. 198, 199, 205. Aunque las mujeres rurales son quienes tienen las probabilidades más altas de enfermar —37.8% frente al 34.7% del varón rural, 30% de la mujer urbana y 25.8% del hombre urbano—, constituyen uno de los sectores que menos uso hacen de los servicios institucionales de salud: 21.4% frente a 38.8% de la población femenina urbana y 37.8% de la población masculina urbana.

¹⁸ NAZARIO CARRASCO IZQUIERDO, “Embarazo precoz y violencia”, en *La violencia cotidiana. Visión del Estado y la sociedad civil*, Congreso de la República Lima y Comisión Especial que Investiga las Causas y Consecuencias de la Violencia Cotidiana en el País, Lima, 1998, p. 90. En algunas zonas con elevada proporción de población rural, pobre y extremadamente pobre, las probabilidades se quintuplican, de modo que, siendo el promedio nacional la muerte de una mujer por causas maternas cada cinco horas, en estas zonas está ocurriendo aproximadamente una muerte cada hora. Las zonas que nos referimos corresponden a los departamentos Huancavelica, Puno, Cusco, Apurímac, Ucayali.

¹⁹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000*, Lima, 2001, p. 123.

²⁰ *Ibid.* En términos de edad, la tasa de muerte para adolescentes madres de 15-19 años, es de 22.2 por 100,000 mujeres, casi el doble que para el grupo de 30-34 años, que tiene una tasa de 12.3 por 100,000 mujeres. █

²¹ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), *Encuesta demográfica y de salud familiar 1996*, Lima, 1997, p. 131

²² INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), *Estado de la población peruana: 1997. Salud reproductiva*, Lima, INEI y UNFPA, 1997, p. 28. El Programa Materno-Perinatal del Ministerio de Salud señala que entre 1990 y 1996 el número de usuarias se incrementó considerablemente: el control prenatal se multiplicó 2.7 veces, el parto 2.3 veces y el del puerperio casi se quintuplicó.

²³ INEI, *Encuesta 2000*, p.125, ss. Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, Lima, s/f, p. 88 (mimeo en los archivos del CRLP). La tasa actual de cobertura, de por lo menos una visita prenatal, fue de 85% en el 2000, mientras que para 1996 era de 67% y para 1992 era de 64%. Sin embargo, hay marcadas diferencias entre áreas urbanas y rurales, así en el 2000, el cuidado prenatal profesional alcanzó 89% de los casos en el área urbana, mientras que en el área rural no cubrió ni la mitad (45%). Por lo que se refiere a la atención del parto, también presenta diferencias cualitativas según condición socioeconómica y lugar de residencia. Así, si más de las tres cuartas partes de las mujeres con necesidades básicas satisfechas (79.6%) logra atenderse en establecimientos de salud, el caso de aquellas en extrema pobreza es exactamente inverso: las casi tres cuartas partes de los partos (72.6%) se produjeron en la propia casa.

²⁴ COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (CLADEM) Y CENTRO LEGAL DE DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS (CRLP), *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*, Lima, 1988, pp. 82-83. Habiéndose dispuesto que los recursos obtenidos por el pago de tarifas se consideren ingresos propios para los establecimientos de salud, éstos seleccionan y atienden a las usuarias con capacidad de pago, en desmedro de aquellas que no la poseen. Pero estos costos no son los únicos. La atención de la salud reproductiva en muchos casos implica gasto en servicios, medicinas y exámenes que corren por cuenta exclusiva de las usuarias. El caso de la atención del parto es bastante ilustrativo. El costo por este servicio es fijado por y según los criterios de cada establecimiento de salud. El costo que representan las complicaciones, las medicinas y los análisis es asumido por las pacientes, e incluso a veces éstas deben dejar un monto como garantía. En el interior del país, en un poblado de la selva, con una mayoría de habitantes en situación de pobreza extrema, debido a la incapacidad de pagar los costos de los servicios, la mayoría de las mujeres prefiere dar a luz en sus casas.

²⁵ D.S. No 003-2002-SA, 25 de mayo de 2002, *El Peruano, Normas Legales*, Lima, p. 223616.

²⁶ ELSA ALCÁNTARA DE SAMANIEGO, *Salud reproductiva, pobreza y condiciones de vida en el Perú* (separata), Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), diciembre de 1999, p.5 y 6. Entre las mujeres de la sierra, el desconocimiento fue la razón aludida por 45.3% de las mujeres que no se hicieron examen de mamas y 41.5% de las que no pasaron la prueba de Papanicolau. En Lima Metropolitana, en cambio, la razón principal fue la no necesidad o desinterés. Entre las mujeres con necesidades básicas satisfechas, 14.6% se hizo el examen de mamas y 25.3% el de Papanicolau, mientras que entre las más pobres sólo lo hizo 6.9% en el primer caso y 15.5% en el segundo.

²⁷ *Ibid.*, p. 4. Cifras obtenidas a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 1998 II.

²⁸ INEI, *Encuesta demográfica*, 1997, p. 107. Las cifras oficiales señalan que en 1996, 12% de las mujeres en unión tenía necesidades insatisfechas de planificación familiar: 9% para limitar el tamaño de la familia y 3% para espaciar el nacimiento de los hijos.

²⁹ *Ibid.*, pp. 113-114. El millón de niños corresponde a 35% de los nacimientos ocurridos en ese periodo. Si todos los nacimientos no deseados pudieran ser prevenidos, la tasa global de fecundidad en el país sería de 2.2 hijos por mujer, y no de 3.5 como es en la realidad

³⁰ “Atención de salud en distritos pobres se ampliará a 7.5 millones de personas”, *El Peruano*, Lima, p. 6, 28 de septiembre de 2001. Se proyecta alcanzar a 7.5 millones de peruanos de los estratos más pobres, de los cuales 6.4 millones serán niños y adolescentes, 420 mil gestantes y 680 mil adultos.

³¹ D.S. No 003-2002-SA, *El Peruano*, Normas Legales, Lima, 25 de mayo de 2002, p. 223616. Así se deduce del D.S. No 003-2002-SA que establece las prestaciones ofrecidas por el Seguro Integral de Salud, en donde el componente materno infantil solo está referido a la atención de gestantes, estableciéndose una exclusión expresa para las “personas en contacto con los servicios de salud en circunstancias relacionadas con la reproducción.”

³² MINISTERIO DE SALUD, *Lineamientos de Política Sectorial para el Periodo 2002-20012 y principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 – Julio 2006*, <<http://www.minsa.gob.pe>>, visitada el 12 de junio de 2002. INEI, *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000*, Lima, 2001, p. 69, Tabla 5.10. Ello resulta de particular importancia, máxime si tomamos en cuenta que según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar del 2000 aproximadamente el 80 por ciento de las mujeres que usan anticonceptivos los reciben de alguna de las entidades del sector público.

³³ R.M. No 399-2001.SA/DM, *El Peruano* Normas Legales, 17.07.01.

³⁴ GRUPO IMPULSOR NACIONAL (GIN), *Mujeres y ciudadanía en el Perú. Avances y barreras*, Lima, 1998, p. 50. CLADEM Y CRLP, *Silencio y complicidad*, pp. 56, ss. Sobre este particular se han documentado casos de especial gravedad. Una investigación realizada entre 1996 y 1997 estableció, a través de documentación de casos y testimonios, la existencia de diversas modalidades de violencia ejercida contra las usuarias en los centros de salud estatales, en particular de zonas urbano marginales y rurales: violencia sexual, violencia contra gestantes y parturientas y pacientes que llegan a los establecimientos con sospecha de aborto incompleto. CLADEM Y CRLP, *Silencio y complicidad*, pp. 56, ss.

³⁵ COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (CEDAW), *Observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer : Perú*, 8 de julio, 1998, A/53/38/Rev.1, párs.292-346. Véase, COMITÉ DE DERECHOS HUMANOS DE LAS NACIONES UNIDAS (CDH) *Observaciones finales del 58 periodo de sesiones del Comité de Derechos Humanos: Perú*, UN Doc. CCPR/C/79/Add.72, 18 de noviembre, 1996, para. 15. Recomendación similar hizo el Comité de Derecho Humanos, con ocasión del examen del Tercer Informe periódico del Estado peruano (1996), en donde señaló la relación existente entre aborto clandestino y morbi-mortalidad materna y reconoció que la criminalización del aborto podría constituir trato cruel, inhumano y degradante, en franca vulneración del artículo 7 del PDCP, recomendando, por ello, revisar la legislación que penaliza la interrupción voluntaria del embarazo, incluso en caso de violación.

³⁶ INEI, *Estado de la población*, pp. 33-34.

³⁷ MINISTERIO DE SALUD, *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, Lima, 2000, p. 17.

³⁸ INEI, *Encuesta 2000, Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, p. 91. El Programa Materno Perinatal del Ministerio de Salud señala que en 1997, 15% de las admisiones obstétrico ginecológicas se debieron a complicaciones de aborto.

³⁹ CRLP, *Carta enviada al Ministro con fecha 17 mayo del 2002, (En los archivos del CRLP)*. Según información de un grupo de instituciones independientes que trabajan en el campo de la salud, el Ministerio de Salud está pretendiendo regresar al uso del legrado uterino, desconociendo los avances en la mejor atención de las mujeres que presentan un aborto incompleto, con la Aspiración Manual Endouterina (AMEU), que presenta menores efectos traumáticos y constituye una técnica que se viene usando en 48 hospitales del Perú, permitiendo que miles de mujeres sean atendidas con menor riesgo y de una forma más segura.

⁴⁰ Ley 26842, 15 de julio, 1997, publicada el 20 de julio de 1997. Entrada en vigor en enero de 1998.

⁴¹ CLADEM Y CRLP, *Silencio y complicidad*, pp. 56, 59.

⁴² INSTITUTO DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI), *Perú: Compendio de estadísticas sociodemográficas 1998-1999*, Lima, 1999, p. 512. CLADEM Y CRLP, *Silencio y complicidad*, p. 56. En los casos de sospecha de aborto, algunos proveedores de servicios de salud evidencian intenciones de castigar a las mujeres y las someten por ello a interrogatorios amenazadores e incluso a trato inhumano, motivados por la idea de que son criminales. Habría que

señalar además que las reducidas cifras de criminalidad por prácticas abortivas demuestran la ineficacia e inutilidad de las leyes punitivas. En los hechos, tales normas, lejos de impedir que las mujeres recurran al aborto, cumplen una función más bien trágica: que las miles de mujeres que deciden interrumpir su embarazo lo tengan que hacer en condiciones inseguras y con un alto riesgo para sus vidas. En 1998, la Policía Nacional registró 772 delitos de aborto en el ámbito nacional, que constituyeron tan solo 3.1% de todos los delitos contra la vida el cuerpo y la salud.

⁴³ Proyecto de ley No 0116 (2001), presentado 26 de julio de 2001. Presentado por el congresista Dr. Luis Solari, ex- Ministro de Salud del actual gobierno y líder de una de las corrientes más conservadoras en materia de derechos sexuales y reproductivos en el Perú,

http://www.congreso.gob.pe/out_of_domain.asp?URL=http%3A//200.37.159.7/pley/pley.htm, visitada el 12 de junio de 2002. La objeción de conciencia está reconocida como un derecho, que permite a los profesionales de servicios de salud rehusar a la ejecución de cualquier procedimiento o acto médico legalmente aceptado que vaya en contra de sus creencias o principios, supuesto actualmente contemplado en la Ley General de Salud. Sin embargo, lo que se cuestiona es que se le quiera dar a este derecho un contenido irrestricto, ya que ello podría conllevar el poner en riesgo los derechos de las usuarias de los servicios de salud, especialmente de las poblaciones más vulnerables.

⁴⁴ COMITÉ, *Recomendación General No 2*, 20º período de sesiones, 1999. Lo mismo que ha sido reconocido por el Comité.

⁴⁵ “200 mil fueron esterilizados sin consulta durante el fujimorismo; Ministro de Salud pide disculpas públicamente por atentado contra la vida”, *La República*, Lima, 24 de julio de 2002,

<http://www3.larepublica.com.pe/2002/JULIO/pdf24/>, visitada el 5 de agosto de 2002.

⁴⁶ SUBCOMISIÓN INVESTIGADORA DE PERSONAS E INSTITUCIONES INVOLUCRADAS EN LAS ACCIONES DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV), CONGRESO DEL PERÚ, *Informe final sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) en los años 1990-2000*, Lima, Perú, junio de 2002.

⁴⁷ DEFENSORÍA DEL PUEBLO, Resolución Defensorial no. 03-DP-2000, 28 de enero, 2000,

<http://www.ombudsman.gob.pe/informes/aqvii/dp003-2000.pdf>, visitada el 12 de junio 2002. En el año 2001, fueron creadas dos comisiones, una en el Ministerio de Salud y otra en el Congreso de la República. En los dos primeros años de aplicación del Programa (1996-1997), como consecuencia de la agresiva campaña de planificación familiar llevada a cabo por el Ministerio de Salud, se observó un incremento sorprendente de esterilizaciones femeninas. Investigaciones realizadas por medios de comunicación y grupos de mujeres fueron notificando a la comunidad nacional e internacional sobre numerosos 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 y, sobre todo, de la fijación de cuotas de esterilización por las autoridades de salud, presionando o incentivando al personal y a los establecimientos de salud para su cumplimiento. En mérito a estos hechos, la Defensoría del Pueblo elaboró un informe pronunciándose sobre este problema y planteando un conjunto de medidas y recomendaciones al sector salud. Dichas medidas fueron incorporadas al conjunto de normas que de manera integral regulan la atención de la planificación familiar en general y la provisión de la anticoncepción quirúrgica en particular.

⁴⁸ *Ibid.* En julio de 1998, con ocasión de la Décimo Novena Sesión del CEDAW, la delegación oficial peruana distribuyó un documento titulado “El Programa Peruano de Salud Reproductiva”, que señalaba los correctivos al PNSRPF, entre ellos, aquel que establece que “no habrá metas para los proveedores en ligadura de trompas o vasectomías o sobre cualquier otro método de planificación familiar...” Sin embargo, durante 1998 y 1999 se detectaron casos en que las mujeres no tuvieron acceso suficiente a información previa a la realización de la intervención quirúrgica, en que el plazo de reflexión no siempre fue respetado, en que la autorización para la operación fue firmada en situaciones de presión, o en que el sistema de evaluaciones postoperatorias era deficiente.

⁴⁹ “Declaraciones de defensora adjunta para los Derechos de la Mujer”, *El Comercio*, Lima, 28 de septiembre de 2001, p. A-15.

⁵⁰ MOVIMIENTO MANUELA RAMOS, *Derechos de las mujeres y equidad de género: Estado actual de su cumplimiento por el Estado Peruano*, Lima, 2001, p. 56.

⁵¹ COMITÉ DE CEDAW, *Recomendación General 24, La violencia contra la mujer*, pár.1, U.N. Doc. No. A/47/38 (1992), <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recomm.htm>, visitada el 2 de agosto de 2002.

⁵² *Ibid.*, pár.6.

⁵³ *Ibid.*

⁵⁴ *Ibid.*, pár.9.

⁵⁵ INEI, *Estadísticas sociodemográficas 1998-1999*, p. 514. Según estadísticas oficiales, 44.1 % de los delitos contra la libertad son delitos de violación sexual, ocupando el tercer lugar entre los delitos más frecuentes, después

de los delitos de lesiones y de tráfico ilícito de drogas.

⁵⁶ INEI, *Estadísticas sociodemográficas 1998-1999*, p. 514

⁵⁷ MINISTERIO DE JUSTICIA DEL PERÚ, COMISIÓN PERMANENTE DE LOS DERECHOS DE LA MUJER Y DEL NIÑO, *Informe nacional de la mujer - Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Lima, 1995, p. 106.

⁵⁸ ESTUDIO PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER (DEMUS), *Qué estamos pensando los limeños sobre las agresiones sexuales? Aproximación a las concepciones y experiencias de los pobladores de Lima Metropolitana en dos periodos: 1997 y 1999*, Lima, 2000 (mimeo en los archivos del CRLP).

⁵⁹ GRUPO IMPULSOR NACIONAL (GIN), MUJERES POR LA IGUALDAD REAL, *Balance del Grado de Cumplimiento de la Plataforma de Acción Mundial en el Perú*, p. 47.

⁶⁰ *Ibid.*, p. 47. Al señalar la Ley que la conciliación es una etapa obligatoria del proceso, el juez y el fiscal promueven y en muchos casos imponen la resolución del conflicto fundándose en la necesidad de preservar la unidad familiar. Se ha detectado incluso —sobre todo en el interior del país— que la instancia policial se atribuye con frecuencia esta competencia reservada a los magistrados.

⁶¹ MOVIMIENTO MANUELA RAMOS, *Nadie sabe lo que pasa dentro de mi casa, yo no más conozco mi pena...*, Lima, 1997, p. 9. Testimonios recogidos a partir de trabajos efectuados con mujeres organizadas de zonas rurales de mayor pobreza.

⁶² Ley 26260 y modificatorias, *Ley de Protección frente a la Violencia Familiar*, art. 3, 23 de diciembre 1993. Son acciones que el Estado debe desarrollar como políticas para erradicar la violencia familiar.

⁶³ La permanencia por más de cinco años en el Congreso de la República del proyecto que pretende regular este tema tanto en el ámbito laboral como en el educativo, es prueba bastante reveladora del escaso interés que este problema tiene para los legisladores.

⁶⁴ GIN, *Balance*, p. 48.