

Derechos de la Mujer en Peru: Un Reporte Sombra

www.reproductiverights.org

DERECHOS DE LA MUJER EN PERU: UN REPORTE SOMBRA

Publicado por:

Centro Legal para Derechos Reproductivos
y Políticas Públicas

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

©2000 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

<p style="text-align: center;">Leyes y políticas públicas que afectan los derechos reproductivos La aplicación de leyes y la realidad de las vidas reproductivas de las mujeres</p>

Introducción	1
Puntos principales de preocupación	2
Observaciones al informe periódico del gobierno del Perú	3
A. Acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, incluso el aborto seguro y legal (Artículos 3, 6, 23 y 26 del PDCP)	4
1. Acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar	4
2. Aborto	8
3. Esterilización	10
4. VIH-SIDA y otras infecciones transmisibles sexualmente (ITS)	11
B. Violencia contra mujeres (Artículos 3, 6 y 7 del PDCP)	12
1. Violencia sexual	12
2. Violencia doméstica	14
3. Acoso sexual	16
C. Relaciones familiares, incluyendo la igualdad entre los cónyuges (Artículos 23, 24 y 25 del PDCP)	16
D. El derecho a la educación (Artículos 2, 3, 19, 24 y 26 del PDCP)	18
E. Derechos económicos y sociales de la mujer (Artículos 3 y 26 del PDCP)	20
1. Derecho a la propiedad y la sucesión	21
2. Derechos en el ámbito laboral	22

Introducción

Este informe tiene como objetivo proveer a los miembros del Comité de Derechos Humanos información recogida por sectores no gubernamentales sobre las leyes, políticas y prácticas del Estado peruano con relación a los derechos que son de especial importancia para las mujeres y están consagrados por el Pacto de Derechos Civiles y Políticos (PDCP). Nuestra intención es dar elementos al Comité que le permitan revisar y evaluar el informe oficial presentado por el Estado peruano sobre este tema.

La referencia específica a los derechos de las mujeres obedece al interés en verificar la vigencia de un derecho humano fundamental: la igualdad. En el marco de las disposiciones del PDCP, el Estado peruano está obligado a garantizar la igualdad en el goce de todos los derechos y la protección igual y efectiva contra cualquier discriminación, entre ellas la de sexo. En virtud de ello, el Estado debe reconocer y atender las necesidades particulares de la población femenina, sector que vive una serie de desventajas por causas de género. En el informe se buscará dar cuenta de la situación de dicho sector en el país, así como de las normas, políticas y prácticas que las afectan, con énfasis en aquellas mujeres que viven en zonas rurales y que se encuentran desproporcionadamente más expuestas a la vulneración de sus derechos.

Hemos centrado nuestra atención en los derechos reproductivos y, en consecuencia, en todos aquellos que constituyen a la vez su contenido y ofrecen condiciones para su vigencia, tales como el derecho a acceder a servicios de salud, a la integridad física, psíquica y moral y a la no violencia, a la igualdad entre los cónyuges, a la educación sexual, a la igualdad en el acceso a la propiedad y sucesión, y a la participación en el mercado laboral en igualdad de condiciones. Son varios los derechos contenidos en el PDCP que garantizan estos derechos, en particular los derechos a la igualdad (artículos 2, 3, 24), a la vida (artículo 6), a la integridad física (artículo 7), a la privacidad (artículo 17), a la libre expresión (artículo 19), a la protección de la familia por parte del Estado (artículo 23) y a la no discriminación (artículo 26).

El informe cubre cinco aspectos: 1) el acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, incluyendo el aborto seguro y legal; 2) la violencia contra las mujeres; 3) las relaciones familiares, incluyendo la igualdad entre los cónyuges; 4) el derecho a la educación; y 5) los derechos económicos y sociales. Cada aspecto es tratado en dos secciones distintas. La primera sección sombreada recoge las leyes y políticas públicas estatales relativas a estos aspectos. La segunda presenta datos que informan sobre la realidad en cada uno de los mismos.

La elaboración de este informe ha estado a cargo de Mery Vargas, abogada de DEMUS e Inés Romero, consultora de DEMUS, del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM-Perú). La edición y revisión de este informe estuvo a cargo de Luisa Cabal y Kathy Hall Martínez con la asistencia de Mónica Roa y Corinne Nakamoto.

Octubre, 2000.

Puntos principales de preocupación

1. El Perú tiene la segunda mayor tasa de mortalidad materna en Sudamérica, que a su vez se ubica entre las más altas del mundo. Este índice, que se mantiene constante desde hace una década, revela el grado de compromiso del Estado peruano con los derechos humanos de las mujeres y, en particular, con el derecho a la protección de la salud, y representa una grave vulneración al derecho a la vida.

2. El sistema de cobro de tarifas por la atención del parto impide el acceso a la atención de la salud reproductiva a un número importante de mujeres, sobre todo a aquellas que se hallan en situación vulnerable por su condición de pobreza y su exclusión social. De esta manera se lesionan los derechos a la vida y a la no discriminación.

3. En los centros de salud, las usuarias experimentan violencia física y psicológica, exposición a riesgos para la vida y trato coercitivo y humillante por parte de los proveedores de los servicios de salud. La respuesta estatal frente a estas conductas que suponen la vulneración de los derechos a la vida, a la integridad física, a la no violencia, a la no tortura y a la no discriminación ha sido el encubrimiento institucional y, de llegar al sistema de justicia, la desidia e indiferencia de sus instancias. La corrupción y la discriminación por condición socioeconómica, etnia y sexo contribuyen a invisibilizar a los responsables de estos hechos y, en consecuencia, a la impunidad.

4. En la ejecución del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar se ha privilegiado la aplicación de la anticoncepción quirúrgica femenina como método de planificación familiar, haciendo uso en muchos casos de prácticas que contravienen el derecho al consentimiento informado y la prohibición de infligir trato cruel y degradante. El Programa ha afectado particularmente a las mujeres más pobres de los sectores urbanos y rurales, muchas de las cuales han sido víctimas de esterilizaciones forzadas. Tales prácticas son contrarias a los derechos a la vida, a la integridad física y a la no violencia, a la información y a la no discriminación por razón de sexo, posición económica y condición cultural.

5. El gobierno peruano no revisa sus políticas y leyes restrictivas sobre el aborto pese a las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos¹ y al hecho, bastante conocido por cierto, de que la criminalización genera prácticas clandestinas e inseguras que ponen en riesgo la salud y la vida de quienes interrumpen su embarazo. Esta situación vulnera los derechos a la vida y a la integridad física. Más aún, el gobierno ha promulgado normas que obligan a los proveedores de los servicios de salud a denunciar a las mujeres que llegan a los hospitales con complicaciones de aborto, atentando abiertamente contra el derecho a la intimidad.

6. La legislación peruana exhibe un precario desarrollo de los derechos de las usuarias de los servicios de salud. No hay desarrollo jurídico sobre el contenido de esos derechos. Existen normas genéricas que son escasamente difundidas por el Estado. Y aquellas más específicas, de carácter administrativo y de cumplimiento obligatorio para los proveedores, son en gran medida desconocidas para los y las usuarias. Con ello, se impide el ejercicio del derecho a la información.

7. La violencia sexual y la violencia familiar contra las mujeres siguen siendo objeto de subvaloración por parte del Estado. A pesar de que las normas han avanzado en términos de concebirlas como problemas de interés público, siguen percibiéndolas como hechos aislados, omitiendo por ello la adopción de medidas sostenidas para prevenirlas y para proteger a las víctimas. En el caso de la violencia familiar, la subvaloración tiene además otra causa: el que las normas establezcan que es materia conciliable. Por lo demás, tanto en una como en la otra los operadores de la administración de justicia utilizan mecanismos diversos para inhibir las denuncias o para no

imponer sanciones efectivas. Los derechos a la integridad física y psíquica, a la no violencia y a la no discriminación resultan de esta manera afectados.

8. El acoso sexual en los ámbitos laboral y educativo no es objeto de preocupación estatal. No está previsto como delito y ni siquiera están reguladas administrativamente las medidas para prevenirlo y sancionarlo. El deber estatal de proteger el derecho a la integridad física y psíquica, a la no violencia y a la no discriminación es incumplido por dicha omisión.

Observaciones al informe periódico del gobierno del Perú

En su informe el Estado peruano se limita a notificar acerca de los dispositivos legales que formalmente reconocen y garantizan la vigencia de los derechos consagrados en el PDCP. No incluye, sin embargo, información relativa al disfrute real de tales derechos por la población.

Debemos considerar, tal como lo señalara el propio Comité de Derechos Humanos,² que la tutela de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres constituye un deber estatal que implica la eliminación de los obstáculos que se interponen al goce efectivo de derechos en condiciones de igualdad. Y para ello no bastan las disposiciones puramente legislativas. Más aún, el Comité requirió ya al Estado peruano a partir del examen del informe oficial información sobre el progreso alcanzado para lograr que las mujeres gocen plenamente de los derechos consagrados en el PDCP, en particular en aspectos tales como la violencia sexual, el aborto y los derechos laborales. El gobierno no ha cumplido con satisfacer esta demanda del Comité.

A. Acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar, incluso el aborto seguro y legal (Artículos 3, 6, 23 y 26 del PDCP)

La garantía del derecho a la vida contenida en el artículo 6 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos (PDCP) exige que los gobiernos tomen “medidas positivas” dirigidas a preservar la vida.³ Este tipo de medidas deberían responder a las necesidades tanto de mujeres como de hombres de acuerdo con los artículos 3 y 26, que garantizan el igual disfrute de los derechos contenidos en el Pacto y el derecho a la igualdad ante la ley. Como la atención a la salud reproductiva es una condición esencial para la sobrevivencia de las mujeres, estas disposiciones dan origen colectivamente a una obligación gubernamental de asegurar toda la gama de servicios de salud reproductiva, incluidos los medios para impedir un embarazo no deseado.

El Comité de Derechos Humanos (en adelante “el Comité”) reconoció en su Comentario General 19(39) el derecho a “procrear y vivir juntos”, que por inferencia incluye el derecho a la atención de la salud reproductiva y a todas las formas seguras y adecuadas de anticoncepción.⁴ Con base en este argumento, el Comité considera que el difícil acceso a los métodos anticonceptivos, podría constituir una violación al Pacto.⁵

El Comité incluso ha reconocido que el deber de los Estados de proteger y asegurar el derecho a la vida incluye el deber de proteger a las mujeres que interrumpen un embarazo.⁶ Por ello ha pedido a los Estados que tomen medidas “para garantizar que la vida de las mujeres no corra riesgo a causa de disposiciones legales restrictivas sobre aborto”, es decir, que se vean forzadas a procurarse abortos en condiciones clandestinas e inseguras.⁷ En este sentido, el Comité ha recomendado la liberalización de las leyes que criminalizan el aborto.⁸

1. Acceso a servicios de salud reproductiva y planificación familiar

Leyes y políticas públicas

La Constitución Política de 1993 consagra el derecho a la protección de la salud.⁹ Obliga al Estado a defender el interés de los consumidores y usuarios de los servicios públicos y en particular a velar por la salud y seguridad de la población.¹⁰ Respecto a la planificación familiar, reconoce el derecho de las familias y las personas a decidir en la esfera de la reproducción.¹¹

La Ley General de Salud¹² señala que es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de los servicios de salud pública con arreglo a principios de equidad y reconoce una serie de derechos que amparan a las personas usuarias de tales servicios,¹³ entre ellos a informarse sobre las condiciones económicas de la prestación.¹⁴ En cuanto a los servicios de planificación familiar, establece que son derechos de las personas el elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia¹⁵ y recibir información adecuada sobre ellos, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación pueden ocasionar.¹⁶

La Ley Nacional de Política de Población¹⁷ establece, por su parte, la obligación estatal de atender las necesidades de salud de la población con tendencia a la gratuidad¹⁸ y ratifica que la atención integral de la salud materno infantil es una prioridad entre los servicios gratuitos.¹⁹ Reconoce el derecho a la salud integral y a la libre determinación del número de hijos²⁰ y señala el deber estatal de promover programas de planificación familiar con prestación de servicios a través de todos los establecimientos del sector salud.²¹ Posteriormente, mediante Resolución Ministerial,²² el Ministerio de Salud obligaría a esos establecimientos a priorizar y reforzar sus acciones en esta materia,²³ disponiendo en particular el suministro gratuito de toda la gama de métodos anticonceptivos.²⁴

En 1995 se creó el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 para ejecutar la política de salud reproductiva.²⁵ Dicho Programa reconoce que la salud reproductiva es un derecho humano y social fundamental, y considera la planificación familiar como acción prioritaria.²⁶ Entre sus principales objetivos se encuentra el de “incrementar el acceso oportuno a los servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar; mejorando la cobertura, calidad y calidez de la atención institucional”.²⁷ En concordancia con ello, ratifica la gratuidad de los servicios y los métodos anticonceptivos, incluyendo la cirugía de esterilización.²⁸

A partir de 1990, se dispone por Resolución Ministerial que los establecimientos del Ministerio de Salud ofrezcan una modalidad de atención pagada denominada “clínica”, aplicable a personas con recursos económicos, debiendo los ingresos generados a través de esta modalidad ser parcialmente destinados a sufragar el costo de atención de pacientes indigentes.²⁹

En 1998, se creó el Plan Nacional de Población 1998-2002, principal instrumento de ejecución y gestión de la política de población.³⁰ Dicho Plan señala entre sus metas la ampliación de la cobertura de servicios de salud al 100% de la población urbana y al 80% de la población rural, la disminución de la mortalidad materna en 50%, la incorporación de los varones al uso de anticonceptivos en no menos del 10% de la prevalencia total, y la ampliación del acceso al control perinatal, parto y puerperio con personal calificado al 75% de mujeres embarazadas.³¹

En 1999, el Programa de Planificación Familiar del Ministerio de Salud elaboró un dispositivo que integraba todos los aspectos involucrados en la salud reproductiva,³² el cual dispone, entre otras cosas, el aseguramiento de la competencia profesional de los proveedores de servicios para la atención en planificación familiar, el acondicionamiento de los espacios para la prestación de este servicio,³³ y la realización de jornadas de salud reproductiva en zonas de difícil acceso geográfico. Además, emite una serie de disposiciones dirigidas a asegurar: elecciones libres e informadas sobre los métodos anticonceptivos a usar sin ningún tipo de coacción, engaño o estímulo; trato digno a las usuarias; y asunción de responsabilidades de parte del Programa si hay complicaciones médicas o muertes atribuibles a los servicios de planificación familiar.

En el mismo año se creó el Plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico,³⁴ teniendo como objetivos la promoción de alternativas eficaces, eficientes y de calidad para el logro del control del cáncer a mediano plazo y la reducción de la mortalidad por cáncer de cuello uterino y mamas de

las mujeres a través de acciones preventivas y promocionales hacia adolescentes y adultas de 15 a 24 años y de detección, diagnóstico y tratamiento para las de 30 a 49 años de bajo nivel socioeconómico.³⁵

Realidad

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. 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).³⁶

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%).³⁷

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,³⁸ a lo que debe sumarse el hecho que los hogares monoparentales con menos ingresos son los que tienen una mujer como cabeza de familia.³⁹ 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.⁴⁰

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.

Mortalidad materna

El Perú ocupa el segundo lugar entre los países con más alta tasa de mortalidad materna en Sudamérica (265/100,000 nacidos vivos), lo que significa que cada año mueren en el país alrededor de mil ochocientas mujeres por causas maternas. No se ha registrado descenso en los últimos años pese a que el gobierno peruano se comprometió a llegar al año 2000 habiendo reducido a la mitad ese índice. La situación se agrava 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.⁴¹

Los servicios preventivos de salud reproductiva

La prevención del cáncer mamario y del cáncer uterino es un aspecto que aún se encuentra en una fase muy incipiente. 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.⁴² Entre las razones esgrimidas para no someterse a estos importantes mecanismos preventivos de la salud reproductiva, preocupa fundamentalmente la mencionada por las mujeres de la sierra, quienes manifestaron que no lo hacían por desconocimiento.⁴³ Las diferencias por nivel de ingresos también es notable en relación a este aspecto. Fueron sobre todo mujeres con necesidades básicas satisfechas las que se hicieron practicar

los exámenes; en cambio, entre las mujeres en extrema pobreza las proporciones se reducen a casi la mitad.⁴⁴

La atención materno infantil

La atención que implica un embarazo también presenta barreras que el Estado tiene la responsabilidad de eliminar. En 1996, el cuidado prenatal profesional alcanzó 81% de los casos en el área urbana, mientras que en el área rural no cubrió ni la mitad (47%).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.⁴⁶ Si consideramos esta realidad según el lugar de residencia de las parturientas, se observará que viene a ocurrir casi la misma diferencia entre mujeres rurales y mujeres urbanas: sólo 15% de los nacimientos producidos en el área rural fue atendido en un establecimiento de salud, cifra que en el ámbito urbano se elevó a 73%.⁴⁷ En cuanto al tipo de atención recibida durante el alumbramiento, menos de la cuarta parte (22%) de los acaecidos en el campo tuvo atención profesional, cuatro veces menos que en Lima Metropolitana (93%).⁴⁸

En lo que respecta a la limitada oferta de los servicios de salud reproductiva, aunque las cifras oficiales correspondientes a 1997 muestran algunos avances en materia de cobertura,⁴⁹ 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.⁵⁰

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. 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.⁵¹

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.⁵² Sólo entre 1991 y 1996 habrían nacido en el Perú alrededor de un millón de niños no deseados.⁵³

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.⁵⁴ 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. En los más de 60 testimonios recogidos en cinco ciudades peruanas, las mujeres dan cuenta de intervenciones sobre el cuerpo sin que medie información ni consentimiento, abandono y exposición a daños y sufrimientos innecesarios, respuestas agresivas por parte del personal frente a los pedidos de asistencia de las usuarias, humillaciones por el número de hijos, violencia verbal dirigida a sancionar en las usuarias el ejercicio de su sexualidad, rechazo o demora en la admisión por razones económicas, “retenciones” de usuarias y recién nacidos por no cancelar la deuda hospitalaria.⁵⁵

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. Diversos estudios han constatado que 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.

2. Aborto

Leyes y políticas públicas

En el Perú el aborto es ilegal y está considerado como un delito contra la vida, el cuerpo y la salud, con excepción del aborto terapéutico realizado para salvar la vida de la gestante o evitarle un mal grave y permanente.⁵⁶ La Ley de Política Nacional de Población, además de prohibir el aborto como método de planificación familiar,⁵⁷ establece la obligación del Estado de adoptar las medidas apropiadas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto y su compromiso de brindar tratamiento médico y apoyo psicosocial a quienes se lo hayan practicado.⁵⁸

La Ley General de Salud dispone que es responsabilidad del Estado vigilar, cautelar y atender los problemas de salud de la madre y del niño,⁵⁹ debiendo orientarse preferentemente a subsidiar total o parcialmente la atención médica de las poblaciones de menores recursos.⁶⁰ En concordancia con este deber, el Ministerio de Salud creó en 1999 el Seguro Materno Infantil que debe beneficiar a toda mujer afiliada durante la gestación y hasta los 42 días posteriores al parto, así como a los niños afiliados, desde su nacimiento hasta antes de cumplir cuatro años de edad.⁶¹ El Plan de Beneficios para las madres afiliadas a ese seguro brinda atención a cualquier complicación del embarazo, incluyendo hemorragia del primer trimestre por aborto y complicaciones de aborto.⁶²

Por su parte, el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar estableció que su plan para la reducción de la mortalidad materna deberá enfrentar el problema de las muertes ocasionadas por las complicaciones del aborto inducido ilegalmente y condicionado por los embarazos no deseados.⁶³ Pese a ello, la Ley General de Salud 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.⁶⁴ La ley ordena, además, que cuando la autoridad policial y el Ministerio Público requieran información sobre los casos de aborto, el médico tiene la obligación de darla, exceptuándolos así de la reserva correspondiente.⁶⁵

Desde 1997 el Ministerio de Salud, con financiamiento y apoyo técnico de entidades internacionales, lleva a cabo el denominado Programa Postaborto. Las acciones a desarrollar hasta el año 2001 son: diagnóstico de los servicios de atención de aborto incompleto en algunos

establecimientos de salud a nivel nacional, capacitación al personal de salud en atención humanística y técnicas modernas de tratamiento, monitoreo de las actividades, y promoción y defensa de los derechos.⁶⁶

Realidad

Pese a que en 1996 el Comité de Derecho Humanos, con ocasión del examen del Tercer Informe periódico del Estado peruano, 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, el Estado peruano ha hecho caso omiso de dicha recomendación.⁶⁷

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,⁶⁸ lo que representó a su vez la causa directa de 22% de las muertes maternas.⁶⁹ Con todo y a pesar de su ilegalidad, el tratamiento de las complicaciones de aborto demanda una atención significativa del sistema público de salud.⁷⁰

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 complicaciones. Esta norma, además de contravenir el derecho a la intimidad consagrado en el artículo 17 del PDCP, por cuanto significa injerencia en una de las decisiones más difíciles que las mujeres toman en el ámbito de su vida privada, atenta contra el derecho a la integridad física protegido en el artículo 7 del PDCP, 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 embarazos,⁷¹ no se hacen tratar oportunamente los abortos incompletos.⁷²

Si bien la clandestinidad es el principal condicionante del restringido acceso a servicios seguros de aborto, no es el único. El factor económico y el lugar de residencia juegan también un papel importante. Los espacios donde es posible acceder a la atención por aborto completo o incompleto, en condiciones seguras tanto en lo que se refiere a la salud como a la posible sanción penal, sólo están al alcance de usuarias con capacidad económica. De ahí que entre las mujeres que se someten a un aborto clandestino, las más pobres y/o las que viven en las zonas rurales sean las principales víctimas de complicaciones. En efecto, 69% de las mujeres rurales pobres que abortan tienen complicaciones y 44% de las que viven en zonas urbanas pobres.⁷³ En el promedio nacional, menos de la mitad de las mujeres que sufren de tales complicaciones es atendida en un establecimiento de salud.⁷⁴ No es de extrañar, por lo mismo, que el aborto sea una fuente importante de morbi-mortalidad entre las peruanas de escasos recursos.

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.⁷⁵

3 Esterilización

Leyes y políticas públicas

La Ley Nacional de Población fue modificada en 1995 para incluir la esterilización como uno de los métodos de planificación familiar a ser provisto por los programas gubernamentales.⁷⁶

La Ley General de Salud dispone que la aplicación de este método requiere del consentimiento escrito de la persona usuaria.⁷⁷

La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) ha merecido una regulación específica por parte del Ministerio de Salud y en particular del Programa de Planificación Familiar.⁷⁸ Para el caso de la AQV femenina, los establecimientos deben estar calificados para garantizar niveles de seguridad y calidad en las intervenciones. Para el caso de AQV masculina, no es necesario tener ambientes que cumplan requisitos esenciales de una sala de operaciones, razón por la cual no está sometida a un proceso de calificación específico. Existe un Comité Central de Calificación que regula, supervisa y monitorea los procesos y también se han previsto Comités Locales responsables del proceso de calificación.⁷⁹

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 establece para el caso de las AQV disposiciones específicas para su atención dirigidas a excluir cualquier riesgo quirúrgico y a obtener un consentimiento informado de las usuarias.⁸⁰

Realidad

En los últimos años, la ejecución del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 produjo en el Perú un escándalo de considerables proporciones a raíz de las denuncias provenientes de distintas partes del país que advertían sobre la realización de esterilizaciones forzadas en contra de mujeres de los sectores sociales más vulnerables. 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.⁸¹ Sin embargo, la preferencia por este método no se debía en todos los casos al voluntario asentimiento de las mujeres. 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.⁸² 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.⁸³

Esta situación, que fue develándose paulatinamente, obligó a la autoridad administrativa de salud a emprender medidas correctivas, reconociendo e incorporando algunas sugerencias planteadas por la Defensoría y las organizaciones de la sociedad civil.⁸⁴ 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.⁸⁵ Sin embargo, la escasa difusión de las disposiciones entre las interesadas no les permite hacer exigibles los derechos que las amparan.⁸⁶

De ahí que los problemas en la aplicación de la AQV, no obstante los correctivos, subsistan. 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. Se hallaron también formularios de consentimiento informado y materiales informativos sobre planificación familiar escritos únicamente en español, inaccesibles para las mujeres de habla quechua.⁸⁷ Además, no todas las muertes producidas presumiblemente como consecuencia de una esterilización quirúrgica han sido investigadas por el Poder Judicial.⁸⁸

4 VIH-SIDA y otras infecciones transmisibles sexualmente (ITS)

Leyes y políticas públicas

En 1996 se promulgó la ley que establece las bases para la elaboración de un Plan Nacional de Lucha contra el SIDA.⁸⁹ El Plan tiene como objetivos: a) coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/SIDA y las ITS; b) promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, el control y la asistencia de dichas enfermedades; y c) proponer los cambios legislativos que faciliten el adecuado desarrollo de la lucha contra las mismas.⁹⁰ Según esta ley, las pruebas para diagnosticarlo son voluntarias y se realizan previa consejería.⁹¹ Los resultados y la información sobre la causa cierta o probable de contagio son de carácter confidencial y sólo pueden ser solicitados por el Ministerio Público o el Poder Judicial.⁹² La ley también protege a los portadores del VIH/SIDA mientras éstos se encuentren aptos para desarrollar sus obligaciones. Es nulo el despido cuando la causa invocada es ser portador del VIH/SIDA.⁹³

Ese mismo año también se aprobó el documento denominado “Doctrina, normas y procedimientos para el control de las ITS y el SIDA en el Perú”, el cual pretende uniformar los principios y criterios de operación de las instituciones de salud respecto a las actividades relacionadas con la prevención y el control de estas enfermedades en el ámbito técnico y administrativo.⁹⁴ Es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud.⁹⁵

Realidad

Aun cuando el VIH y el SIDA constituyen un fenómeno relativamente nuevo en el Perú, se están propagando rápidamente. Según cifras oficiales, hasta 1990 se reportaron 933 casos de SIDA; para 1995 ya eran 3,500 y hacia enero de 1999 se elevaban a 8,354.⁹⁶ Hasta enero de 1999 se habían registrado oficialmente 7,977 casos de personas infectadas con VIH.⁹⁷ No obstante, los estimados nos indican cifras considerablemente superiores. Así para el año 2000 se estima que habrá cien mil personas infectadas con el virus de VIH.⁹⁸

Para la población adolescente, el SIDA constituye ya un peligro real. Según el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) del Ministerio de Salud, 40% de los casi seis mil casos reportados hasta septiembre de 1997 (aunque se estimaba ya que el número real de casos estaría por encima de los ocho mil)⁹⁹ se ubicaba en el grupo etáreo de 20 a 29 años, lo que podría significar que se infectaron durante la adolescencia, considerando el largo periodo de latencia de la enfermedad.¹⁰⁰ 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.

Para el sector femenino, el riesgo de adquirir esta enfermedad mortal también se acrecienta año tras año. Si en 1990 por cada 15 varones con SIDA había una mujer con el mismo mal, para 1998 la proporción se había estrechado de modo que por cada cinco varones ya había una mujer infectada.¹⁰¹ Son las mujeres del área rural las que se encuentran en mayor desventaja para evitar el contagio. El desconocimiento de su existencia es proporcionalmente mayor en ellas que en las mujeres urbanas, y en las que saben que existe la enfermedad prima la mala información, lo que significa que en los hechos un gran número de estas mujeres no está tomando las medidas preventivas correspondientes.¹⁰²

B. Violencia contra mujeres (Artículos 3, 6 y 7 del PDCP)

El artículo 7 del PDCP declara que nadie deberá ser sometido a tortura ni a tratos o castigos degradantes o inhumanos. El artículo 5 asegura el derecho a la vida de la persona. Ambos derechos son potencialmente violados cuando las mujeres son sometidas a violación sexual y violencia doméstica. La inexistencia de una ley que proteja a las mujeres frente a estos tipos de violencia y la falta de diligencia en la aplicación por parte del gobierno de estas leyes, son una violación del artículo 3, que dispone el igual disfrute de los derechos del Pacto para ambos sexos.

El Comité ha instado a los Estados a que promulguen leyes que dispongan la protección efectiva contra la violación, el abuso sexual y la violencia contra las mujeres.¹⁰³ El Comité también ha dicho que hacer de la violación un delito querellable (de modo que son las sobrevivientes, y no el Estado, quienes deben emprender una acción) y someter el aborto a castigos penales incluso en el caso de violación, son incompatibles con los artículos 3, 6 y 7 del Pacto.¹⁰⁴ En el mismo tenor, el Comité sostiene un punto de vista negativo de las disposiciones legales que eximen a un violador de castigo si se casa con su víctima,¹⁰⁵ y ha criticado a los Estados que no consideran la violación conyugal como delito.¹⁰⁶ El Comité ha expresado además su preocupación sobre el alto número de incidentes de acoso sexual en el lugar de trabajo¹⁰⁷ y ha comentado que tales actos de discriminación, deberían “ser declarados delitos punibles”.¹⁰⁸

De otra parte, el Comité ha reconocido que ciertos grupos son particularmente vulnerables a la violencia y ha enfatizado la importancia de una activa participación de los Estados parte en la revelación de información relacionada con actos de violencia y abuso sexual contra mujeres detenidas o prisioneras.¹⁰⁹

1. Violencia sexual

Leyes y políticas públicas

La violación sexual es un delito tipificado en el Código Penal de 1991 como “acto sexual o análogo” realizado con violencia o grave amenaza contra la víctima.¹¹⁰ Las penas son bastante elevadas, habiendo sido incluso incrementadas en leyes posteriores, sobre todo para los casos en que las víctimas son menores de edad. Así, si el acto sexual o análogo se comete contra niños o niñas menores de siete años, la pena es de cadena perpetua.¹¹¹ En 1998, se modificó el Código de los Niños y Adolescentes, estableciendo que los niños y niñas tienen derecho a ser respetados por sus educadores, incluyendo este respeto no cometer actos de acoso, abuso o violencia sexuales.¹¹²

En 1999 se aprobó una ley que establece los derechos de las víctimas de violencia sexual, en particular de los menores de 14 años. Entre las principales medidas que dispone se encuentran: el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH) deberá promover programas públicos y privados de prevención, protección y atención de la violencia sexual dirigida

contra los niños y niñas y adolescentes; la obligatoriedad de la intervención del fiscal en todos los procedimientos policiales y judiciales; la obligatoriedad de proveer a los niños y niñas y adolescentes de abogados de oficio que les brinden asistencia judicial integral y gratuita.¹¹³

En 1997 se eliminó, mediante ley, la norma contenida en el Código Penal que permitía la exención de pena al violador y coautores si uno de ellos contraía matrimonio con la víctima.

En 1999, se modifica mediante ley el Código Penal estableciendo el ejercicio público de la acción penal para los delitos contra la libertad sexual, que anteriormente sólo tenían acción privada.¹¹⁴ Esta ley señala, asimismo, un procedimiento especial para la investigación del delito, el cual debe preservar la identidad de la persona agraviada, recabar su consentimiento para practicarle el examen médico legal, así como también considerar su estado físico y emocional al momento de la actuación de las pruebas judiciales.¹¹⁵

Realidad

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. Este propósito formalmente enunciado está contradicho, sin embargo, por la ausencia de políticas específicas en esta materia.

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.¹¹⁶ Las estadísticas oficiales señalan que en 1998 se produjeron 4,677 violaciones sexuales en el ámbito nacional,¹¹⁷ cuando diversos estudios estiman cifras muy superiores. Un estudio realizado en 1995 reveló que en ese año se habrían producido 25,000 violaciones sexuales¹¹⁸ y otro, realizado en 1997, indicó que sólo en Lima Metropolitana se podrían haber producido en el año precedente 19,332 violaciones sexuales.¹¹⁹ 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.

La dificultad real para denunciar y la virtual impunidad en que muchos casos terminan sobre todo si las víctimas son mujeres adultas constituyen otras muestras de la deficiencia estatal. Hay datos que permiten afirmar que la negligencia en que incurren los operadores del sistema de justicia tanto durante las investigaciones como en la persecución del delito,¹²⁰ así como los estereotipos de género presentes en la fundamentación de los procedimientos de los operadores de la administración de justicia, son factores que determinan esta impunidad.¹²¹ En la sede judicial, investigaciones señalan que el sistema de justicia parece conceder escasa importancia a los delitos de agresión sexual contra mujeres pues las penas solicitadas por los fiscales a menudo son leves, están por debajo del mínimo legal o cumplen una función simbólica, ya que permiten la inmediata excarcelación de los autores.¹²² Las resoluciones finales suponen en muchos casos exclusión o restricción de los derechos de las denunciadas: sentencias absolutorias, fallos condenatorios de ejecución suspendida, declaratorias de prescripción de la acción penal e incluso de no admisión de las denuncias.¹²³

De otro lado existen normas que refuerzan desempeños discriminatorios de parte de los agentes del sistema de justicia, como las disposiciones policiales abiertamente sexistas aplicables a la investigación de este tipo de delitos, lo que se refleja en el hecho de que la víctima deba ser investigada sobre el grado de resistencia que opuso frente a la agresión, si gritó, el tipo de relaciones que tenía con el agresor previas al delito, entre otros.¹²⁴

Si a ello se suma la ausencia de políticas y programas orientados a la prevención de estas conductas y a la reparación integral de las víctimas, y el hecho de que la represión penal sea

prácticamente la única respuesta estatal frente al problema, es lícito concluir que en los hechos el Estado no sólo tolera sino que además subvalora estos delitos.

2. Violencia doméstica

Leyes y políticas públicas

En 1993 se promulgó la ley sobre Protección frente a la Violencia Familiar que establece la política del Estado y de la sociedad frente a este tipo de violencia.¹²⁵ La ley define como manifestaciones de violencia familiar “cualquier acción u omisión que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión, inclusive la amenaza o coacción graves y/o reiteradas, así como la violencia sexual” entre cónyuges, ex-cónyuges, convivientes, ex-convivientes, ascendientes, descendientes, parientes, quienes habiten en el mismo hogar o hayan procreado hijos en común.¹²⁶ En cuanto al proceso, la ley dispone que las delegaciones policiales deben recibir las denuncias y realizar las investigaciones preliminares.¹²⁷ El fiscal, por su parte, debe actuar de oficio al conocer directamente los hechos y también recibe denuncias directas, verbales o escritas de las víctimas o sus familiares, o de cualquier otra persona si se trata de proteger a menores de edad.¹²⁸ Los jueces o fiscales pueden dictar las medidas cautelares o de protección siguientes: retiro del agresor del domicilio, orden de impedimento de acoso a la víctima, suspensión temporal de visitas, inventario de los bienes del agresor y otras medidas que garanticen la integridad física, psíquica y moral de la víctima.¹²⁹

En 1997, mediante ley, se modificó el Código Penal incorporando como agravantes los delitos de lesiones graves y lesiones leves en la relación conyugal, de convivencia y otros vínculos familiares existentes entre agresor y víctima.¹³⁰

En 1998, una nueva modificatoria de la ley sobre Protección frente a la Violencia Familiar, estableció que no sólo los certificados médicos expedidos por el Instituto de Medicina Legal tienen valor probatorio del estado de salud física y mental en los procesos judiciales sobre violencia familiar, sino también aquellos expedidos por otros establecimientos médicos del Estado.¹³¹

Como medidas institucionales, en los últimos años se han creado Comisarías de la Mujer y Secciones Especializadas de las Comisarías Distritales a nivel nacional. Asimismo, en 1999 el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH) puso en funcionamiento un Módulo Piloto de Atención contra la Violencia Familiar con el fin de ofrecer a la población de Lima servicios diversos dirigidos a asegurar que los procesos judiciales por violencia familiar sean ágiles y oportunos.¹³²

Realidad

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.¹³³

Los pocos datos estadísticos que se conocen se refieren a Lima Metropolitana, lo que de alguna manera permite vislumbrar la magnitud de la violencia en el país. Según una encuesta realizada en abril de 1999, más de 80% de las informantes refirió que conoció casos cercanos de situaciones de

violencia contra mujeres en la vida familiar en el último año.¹³⁴ También en 1999, otro estudio reveló que 35% de las mujeres son víctimas de maltrato psicológico por parte de su pareja.¹³⁵

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, la aplicación práctica de la legislación promulgada presenta serios problemas. En las instancias policial y judicial persiste la tendencia a restar gravedad a los incidentes de violencia familiar, siendo excepcionales los casos tramitados adecuadamente ante la administración de justicia. En este sentido, las concepciones y actitudes con que operan los agentes del sistema de justicia constituyen una barrera muy fuerte para el ejercicio de los derechos de las mujeres víctimas de maltratos por parte de su pareja.¹³⁶

Entre los obstáculos para la efectiva aplicación de la ley 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.¹³⁷ Es más, estas autoridades muchas veces prefieren no inmiscuirse, argumentando que se trata de problemas privados.¹³⁸

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. Tampoco se han inaugurado casas refugio para acoger a las mujeres víctimas tal como prevé la ley.¹³⁹

3. Acoso sexual

Leyes y políticas públicas

El acoso sexual está regulado dentro de las provisiones de la legislación laboral¹⁴⁰ como un acto de hostilidad del empleador equiparable al despido,¹⁴¹ mas no como delito. La ley laboral también considera como actos de hostilidad aquellos que contravienen la moral y que constituyen actitudes deshonestas que afecten la dignidad del trabajador o trabajadora. Según esta ley, el trabajador o trabajadora que se considere hostilizada por esta causa 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, independientemente de la multa que se imponga al empleador.¹⁴² El plazo para actuar por la vía judicial contra los actos de hostigamiento sexual caduca a los 30 días naturales de producido el hecho.¹⁴³

Actualmente, existe un proyecto de ley que contempla el acoso sexual en los centros de trabajo y educativos y lo concibe como falta laboral merecedora de sanciones de la misma naturaleza. El proyecto de ley regula un procedimiento administrativo en el interior del centro de trabajo sólo luego del cual es posible formular demanda ante el Poder Judicial.¹⁴⁴

Realidad

El acoso sexual es una de las manifestaciones de violencia de género más desatendidas por las políticas estatales. Pese a las graves consecuencias que genera en la salud psíquica y moral de las

mujeres víctimas e incluso en su productividad laboral, es muy poco lo que se ha logrado avanzar para erradicar este problema.

Por lo que se refiere al acoso sexual 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.¹⁴⁵

La permanencia por más de dos 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.

C. Relaciones familiares, incluyendo la igualdad entre los cónyuges (Artículos 23, 24 y 26 del PDCP)

El artículo 23 del PDCP declara que la familia es la unidad “natural y fundamental” de la sociedad y proclama que la familia tiene derecho a la protección del Estado. Esta disposición también garantiza el derecho a contraer matrimonio y afirma el deber de los Estados de asegurar igualdad de derechos y responsabilidades para ambas partes en el matrimonio.

El Comité se ha explayado sobre las disposiciones del PDCP acerca del matrimonio y de la vida familiar. Si bien el Pacto no suscribe ninguna edad particular para contraer matrimonio, el Comité ha observado que la edad que escoja el Estado “debe ser tal que habilite a cada uno de los futuros esposos a dar su consentimiento en la forma y bajo las condiciones prescritas por la ley”.¹⁴⁶ Incluso el Comité ha recomendado que los Estados parte introduzcan una edad mínima uniforme para el matrimonio de hombres y mujeres que cumpla con el artículo 23 del Pacto.¹⁴⁷ También expresó una seria preocupación sobre la existencia de disposiciones legales que discriminan a la mujer dentro del matrimonio¹⁴⁸ incluyendo la diferencia en la edad legal para el matrimonio de hombres y mujeres. El Comité ha establecido claramente que este tipo de normas son incompatibles con los artículos 3, 23, 24 y 26 del Pacto.¹⁴⁹

El Comité ha dado firmes declaraciones relacionadas con el divorcio y los derechos de las mujeres, criticando las leyes de algunos Estados que instruyen a los jueces en casos de divorcio a tomar en cuenta la educación, los hábitos y la conducta de ambos esposos debido a que este tipo de consideraciones podrían conducir a discriminación contra las mujeres.¹⁵⁰ También ha afirmado que “cualquier trato discriminatorio con respecto a las bases y procedimientos para el divorcio, la custodia de los hijos e hijas, la manutención o pensión, o la pérdida de recuperación de la patria potestad, debe ser prohibido”.¹⁵¹ Incluso el Comité ha expresado su preocupación sobre la falta de acceso al divorcio, lo que puede conducir a que las mujeres casadas permanezcan sujetas a leyes sobre propiedad discriminatorias de manera permanente. El Comité encuentra que estas circunstancias pueden ser una violación potencial del artículo 23.¹⁵²

Leyes y políticas públicas

La Constitución de 1993 garantiza la protección de la familia y señala que la comunidad y el Estado deben promover el matrimonio, reconociéndolo como institución natural y fundamento de la sociedad.¹⁵³ Según el Código Civil,¹⁵⁴ los cónyuges tienen en el hogar iguales derechos, deberes y autoridad.¹⁵⁵

Matrimonio de menores de edad

El Código Civil establece que la edad mínima para contraer matrimonio sin necesidad de autorización alguna es 18 años.¹⁵⁶ Por regla general, los menores de 16 años son absolutamente incapaces y no pueden contraer matrimonio, salvo si el juez los dispensa por motivos graves. A través de una reciente ley,¹⁵⁷ se ha equiparado la edad mínima de hombres y mujeres para contraer matrimonio mediante esta dispensa judicial de modo que se puede autorizar el matrimonio de hombres y mujeres con 16 años cumplidos. Esta ley dispone, además, que los mayores de 14 años adquieren capacidad a partir del nacimiento de un hijo, pero sólo para realizar ciertos actos, como por ejemplo, reconocer a sus hijos, demandar por gastos de embarazo y parto, demandar y ser parte en los procesos judiciales de tenencia y alimentos a favor de sus hijos. Además, cuando una persona menor de 14 años tiene un hijo, podrá reconocerlo cuando cumpla dicha edad.¹⁵⁸

Uniones de hecho

La Constitución Política de 1993 define y garantiza las uniones de hecho al establecer que la unión estable de un varón y una mujer libres de impedimento matrimonial da lugar a una comunidad de bienes sujeta al régimen de la sociedad de gananciales similar al que rige el matrimonio.¹⁵⁹ El Código Civil agrega que dicha unión debe perseguir finalidades y cumplir deberes semejantes a los del matrimonio, y establece como requisito que la misma haya durado por lo menos dos años continuos.¹⁶⁰

Divorcio y custodia

Producido el divorcio, la custodia y la patria potestad de los hijos se confía al cónyuge que obtuvo la separación por causa específica, a menos que el juez de familia, atendiendo al bienestar de los hijos o hijas, determine que el otro cónyuge se encargue de todos o algunos de ellos o que una tercera persona deba hacerlo.¹⁶¹ Si ambos cónyuges son culpables de la separación, los hijos varones mayores de siete años quedan a cargo del padre y tanto las hijas menores de edad como los hijos menores de siete años quedan al cuidado de la madre, aunque el juez podría disponer una medida diferente.¹⁶²

Realidad

Según las estadísticas oficiales, las mujeres contraen matrimonio a una edad más temprana que los varones: 21 años frente a los 25 años de éstos.¹⁶³ Si se entiende que la nupcialidad es un elemento de riesgo de embarazo y de asunción de responsabilidades domésticas, puede deducirse que al casarse más jóvenes, a las mujeres se les reducen las posibilidades de desarrollo individual en comparación con los varones. Por lo que se refiere a las mujeres rurales, su situación es más desventajosa aún: ellas se casan aproximadamente a los 19 años, frente a los 22 años de las que residen en las ciudades. Estudios han detectado que las mujeres se están casando cada vez a menor edad.¹⁶⁴

En el país existe una proporción significativa de hogares conducidos únicamente por mujeres, sin

presencia del cónyuge.¹⁶⁵ La situación de estas mujeres jefas de hogar es bastante difícil. Las cifras muestran que su situación es de mayor vulnerabilidad frente al difícil problema de la pobreza, en gran parte porque ellas deben asumir la responsabilidad familiar sin ningún otro apoyo. En los hogares con mujeres cabeza de familia es donde hay mayor incidencia de pobreza.¹⁶⁶

D. El derecho a la educación (Artículos 2, 3, 19, 24 y 26 del PDCP)

La educación es necesaria para el ejercicio de todos los demás derechos, incluido el derecho a tomar decisiones informadas sobre salud reproductiva y la propia capacidad reproductiva. Los artículos 2, 3 y 26 garantizan el disfrute igual de los derechos y la igualdad ante la ley, lo cual implica que hombres y mujeres deben tener igual acceso a la educación, incluida la educación sexual. El artículo 19 trata de la libertad de expresión y de opiniones. Dado que la educación es lo que provee el conocimiento necesario para que el individuo forme sus opiniones y creencias, el artículo 24 garantiza una protección especial de los niños y niñas. La educación es una fuente crucial de protección porque prepara a las muchachas para participar en igualdad de condiciones con sus contrapartes hombres en las esferas pública y privada. En el contexto de la reproducción, la educación permite a las mujeres jóvenes protegerse de embarazos no deseados y de infecciones sexualmente transmisibles.

El Comité ha promovido medidas, incluida la acción afirmativa, para remediar la discriminación en áreas como la educación, “tal como se identifica en los artículos 2 y 26”.¹⁶⁷ El Comité ha sugerido “campañas de educación e información” como un medio que se puede emplear para eliminar las actitudes discriminatorias persistentes y los prejuicios contra las mujeres”.¹⁶⁸ Al precisar aún más su interés en la educación, el Comité ha indicado que se tomen medidas para publicar material educativo en las lenguas vernáculas de mayor empleo en los Estados en los que existen múltiples dialectos.¹⁶⁹

Leyes y políticas públicas

La Constitución de 1993 establece que es deber del Estado asegurar que nadie se vea impedido de recibir educación adecuada por razón de su situación económica o de limitaciones mentales o físicas. En las instituciones estatales, la educación es gratuita. En las universidades públicas, el Estado garantiza el derecho a la educación gratuita a los alumnos y alumnas que mantengan un rendimiento satisfactorio y no cuenten con los recursos económicos necesarios para cubrir los costos de educación.¹⁷⁰

Educación sexual

A principios de 1996 el gobierno anunció que la educación sexual sería incluida paulatinamente en el programa escolar de estudios a nivel secundario. Con ese propósito, el Ministerio de Educación emitió las “Guías de Educación Familiar y Sexual para Docentes y Padres de Familia” como parte del Programa Nacional que comprende el periodo 1995-2001.¹⁷¹

El Plan General de Capacitación Docente se plantea como objetivos educar niños, niñas y jóvenes en los siguientes temas: aspectos básicos de la vida familiar y desarrollo de la sexualidad, educación en valores, autoestima y roles de equidad y género. En la educación secundaria, el énfasis se hace en los contenidos sobre sexualidad responsable, la necesidad de postergar el inicio de las relaciones sexuales y la prevención de las ITS, el SIDA y los embarazos no planificados.

En 1998 el Ministerio de Educación presentó el Programa Nacional de Educación Sexual, el

cual tiene como objetivo general “contribuir a la formación integral de los educandos a fin de que con libertad y acorde con su realidad sociocultural, tomen decisiones responsables y saludables para su bienestar personal, familiar y social, en el marco de una educación en valores, de equidad de género, ciudadanía y democracia”.¹⁷² Entre sus objetivos específicos, el Programa ratifica el interés estatal por incorporar contenidos de educación sexual en los programas curriculares de educación inicial, primaria y secundaria y formación docente.¹⁷³

Realidad

La falta de acceso a la educación constituye una de las grandes barreras para el ejercicio de derechos y es un problema que en el Perú afecta a la mayoría de la población. Aun cuando los índices relativos a la cobertura en educación básica y las tasas de asistencia escolar han mejorado en los últimos años,¹⁷⁴ persisten otros problemas. Se observa, por ejemplo, que en poco más de la mitad de los hogares peruanos sus miembros de 15 y más años de edad registran seis o menos años de estudio, es decir, son hogares con un nivel educativo muy bajo. Sólo en la casi séptima parte de ellos existiría un ambiente familiar propicio para desarrollar de manera óptima las habilidades intelectuales de los niños, niñas y adolescentes.¹⁷⁵ En el ámbito rural la situación es mucho más crítica: el clima educativo bajo y muy bajo afecta a 89.3% de los hogares.¹⁷⁶ Esto explicaría en gran parte las condiciones de vida de la población con instrucción deficiente, si se toma en cuenta la importancia que posee la educación para disminuir la probabilidad de ser pobre.¹⁷⁷

En este panorama general, las mujeres experimentan una mayor desventaja. Un primer dato lo constituye la tasa de analfabetismo femenino. Si bien en la presente década el analfabetismo ha descendido, tal reducción no ha sido equitativa pues la disminución más importante se ha realizado entre los varones, quienes presentan una contracción de casi 50%, mientras que en el caso de las mujeres el analfabetismo se redujo en menos de 40%.¹⁷⁸ Todavía la mayoría de los analfabetos son mujeres, principalmente las que viven en el sector rural.¹⁷⁹ Si se realiza una observación panorámica, podrá verse que la razón hombre/mujer analfabeto/ta se ha incrementado: si en 1961 por cada analfabeto varón había dos analfabetas, hoy, cuarenta años después, hay tres.¹⁸⁰

La brecha existente en el nivel de instrucción formal alcanzado por hombres y mujeres también es ejemplo de la desfavorable situación femenina: los hombres siguen alcanzando niveles de instrucción superiores a los logrados por las mujeres.¹⁸¹ Las mayores desigualdades en la educación de las mujeres tienen base regional y étnica: las mujeres pertenecientes a las comunidades indígenas de la sierra y a los grupos étnicos de la selva son las que están en situación de mayor desventaja.¹⁸²

En lo que toca a la educación sexual, aunque hay una mayor inclusión de temas sexuales en el programa escolar de estudios, no se han superado los estereotipos y actitudes tradicionales de los y las docentes. Lo que se imparte en las aulas es información anatómica y fisiológica, sin abordar la dimensión de la sexualidad, la autoestima y los derechos de las personas.¹⁸³

E. Derechos económicos y sociales de la mujer (Artículos 3 y 26 del PDCP)

La salud y los derechos reproductivos no se pueden evaluar plenamente si no se tiene en cuenta el nivel económico y social de las mujeres en las sociedades en las que viven. El nivel socioeconómico de las mujeres no sólo refleja actitudes sociales que afectan a los derechos reproductivos, sino que también suele tener un impacto directo en la capacidad de las mujeres para ejercer los derechos reproductivos. Por ejemplo, las leyes que afectan la condición económica de las mujeres pueden contribuir a la promoción o a la obstrucción del acceso de las mismas a la atención de la salud reproductiva y a su capacidad de tomar decisiones voluntarias e informadas sobre esa

atención.

El Comité ha reconocido que los derechos económicos y sociales, tales como el derecho al trabajo, se intersectan con otros derechos previstos en el Pacto, que tienen un impacto importante en las vidas reproductivas de las mujeres. El Comité ha afirmado que la inequidad en el acceso al mercado laboral es una violación al Pacto y ha hecho fuertes recomendaciones para que los Estados parte eliminen de hecho y de derecho la discriminación contra la mujer en este campo.¹⁸⁴ De la misma manera ha expresado una seria preocupación sobre las prácticas discriminatorias en la contratación, particularmente el requerimiento de que las mujeres prueben que no se encuentran embarazadas o que han sido esterilizadas.¹⁸⁵

En otras recomendaciones relacionadas con los derechos sociales y económicos, el Comité ha proclamado su preocupación por “la aplicación de leyes consuetudinarias en materia de estatus personal... y derechos de herencia que refuerzan actitudes relacionadas con el papel y la condición de las mujeres”.¹⁸⁶

1. Derecho a la propiedad y a la sucesión

Leyes y políticas públicas

La Constitución de 1993 establece la igualdad ante la ley,¹⁸⁷ lo que incluye igualdad para contratar con fines lícitos y ejercer el derecho a la propiedad y a la herencia, entre otros. La Constitución señala también que toda persona tiene derecho a la propiedad y a la herencia.¹⁸⁸

El Estado garantiza que la propiedad es un derecho inviolable. El Código Civil señala que hombres y mujeres tienen igual capacidad de goce y de ejercicio de sus derechos civiles.¹⁸⁹ No hay restricciones legales al derecho a la propiedad para las mujeres.

Respecto al derecho sucesorio, según disposición del Código Civil, existe la obligación legal de mujeres y hombres casados de no renunciar a una herencia o legado o dejar de aceptar una donación sin el consentimiento del otro cónyuge.¹⁹⁰

Realidad

Si bien las normas garantizan los derechos a la propiedad y a la herencia de todas las personas, varones y mujeres por igual, hay mecanismos legales imperfectos que, aunados a ciertas prácticas y costumbres, no permiten que estos derechos sean efectivos para todas las mujeres.¹⁹¹

Las costumbres sociales y los rezagos de leyes anteriores impiden que en algunos casos las mujeres ejerzan a cabalidad sus derechos patrimoniales dentro del matrimonio. En efecto, a pesar de la exigencia legal de la administración conjunta de los bienes sociales,¹⁹² lo habitual es que el varón sea el administrador e incluso quien puede disponer de los bienes, solicitándose la intervención de la mujer sólo por cumplir con un formalismo. Esta situación se aprecia sobre todo en los hogares donde las mujeres no aportan ingresos a la familia.¹⁹³

La ley actual determina que en este aspecto la situación de las mujeres unidas de hecho sea más desventajosa, ya que si no logran acreditarla por dos años o más mediante prueba escrita¹⁹⁴ (lo cual es sumamente difícil de cumplir) no pueden aplicarse las normas sobre sociedad de gananciales. Entre tanto, el varón actuará como administrador de los bienes de su concubina e incluso dispondrá de ellos sin consentimiento de la mujer, en la medida en que, al no estar casados, no es exigible el

requisito de la intervención de la mujer.¹⁹⁵

En las zonas rurales la realidad es mucho más restrictiva para que las mujeres puedan acceder formalmente a la propiedad. Según el censo agropecuario de 1994, 20.3% de las unidades agropecuarias estaba conducida directamente por mujeres; de éstas, sólo 7.5% contaba con título de propiedad. En cambio, de las unidades conducidas por varones, 28.1% contaba con dicho título.¹⁹⁶

Las familias de escasos recursos de la periferia urbana tampoco están libres de problemas similares. Cuando se trata de formalizar la propiedad informal, no es extraño que los documentos de identidad, necesarios para estos efectos, sean requeridos de manera diferenciada a hombres y mujeres. Los varones suelen declarar su estado civil sin necesidad de ninguna acreditación, mientras que a las mujeres casadas, para inscribirlas como tales, se les exige la presentación de la respectiva partida de matrimonio. En ocasiones, en las transacciones sólo se considera el estado civil consignado en el documento de identidad del esposo (como soltero), vulnerando así el derecho de la esposa, quien podría perder los gananciales e incluso los bienes propios. En el caso del concubinato, los problemas se agravan. Si bien las oficinas de registro admiten la inscripción de un predio a nombre de los convivientes, esto sólo es posible en el caso del concubinato propio, es decir, cuando no hay impedimento para el matrimonio; cuando se trata del doble concubinato, en la práctica el título es otorgado a nombre de los varones. Esta delicada situación no ha merecido todavía regulación legal.¹⁹⁷

2. Derechos en el ámbito laboral

Leyes y políticas públicas

La Constitución establece el respeto a la igualdad y no discriminación en el empleo¹⁹⁸ y la protección especial a la madre trabajadora.¹⁹⁹ Existe amparo contra la discriminación en el empleo por causa de embarazo. El despido es nulo si se produce en cualquier momento del periodo de gestación o dentro de los noventa días posteriores al parto. Además, la carga de la prueba ya no recae en la trabajadora, sino en el empleador, quien debe acreditar que existe una causa justa para despedirla.²⁰⁰

Las prácticas discriminatorias en el momento de la contratación laboral han sido reguladas en 1997 por una ley de acuerdo a la cual las ofertas de empleo no pueden contener requisitos discriminatorios o que anulen o alteren la igualdad de oportunidades o de trato.²⁰¹

La Ley de Modernización de la Seguridad Social, promulgada en 1997, regula el régimen de atención de salud para las trabajadoras.²⁰² Éstas y las cónyuges o convivientes de los trabajadores asegurados tienen derecho a las prestaciones de salud a cargo de ESSALUD.²⁰³ Este organismo brinda cobertura a los asegurados y sus derechohabientes²⁰⁴ a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en salud.²⁰⁵

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.²⁰⁶

En cuanto a los derechos de las trabajadoras, la regulación anterior que dictaba medidas protectoras para ellas fue derogada en 1995.²⁰⁷ Posteriormente, se han ido restableciendo algunos derechos tales como el descanso pre y postnatal por 45 días cada uno²⁰⁸ y el derecho de lactancia.²⁰⁹ El antiguo derecho a la sala cuna no ha sido repuesto.

Las trabajadoras, asimismo, disfrutan de un subsidio por maternidad que se otorga por noventa días a condición de que no realicen actividad remunerada alguna;²¹⁰ no obstante, no se ha regulado integralmente el tema. El subsidio por lactancia es un beneficio que hoy se otorga sólo a las trabajadoras²¹¹ (anteriormente se otorgaba además a la madre o persona que estuviera a cargo del hijo o hija de un trabajador asegurado). En materia pensionaria, se ha equiparado la edad de jubilación para hombres y mujeres en 65 años y se ha establecido el mismo periodo de aportación para la percepción de una pensión: 20 años.²¹²

Realidad

Actualmente las mujeres participan en mayor proporción en la población económicamente activa nacional,²¹³ pero lo hacen en labores de baja productividad que exigen bajos niveles de calificación.²¹⁴ Además, el desempleo sigue afectando más a las mujeres.²¹⁵

La remuneración que perciben sigue siendo inferior a la de los varones en una proporción significativa: para 1997 el ingreso medio de las mujeres representaba 74.2% del ingreso medio de los varones, confirmándose así la discriminación salarial por razón de género. La disparidad de los ingresos se produce en casi todas las actividades laborales, en particular en los niveles directivos, en los que las mujeres ganan en promedio casi la tercera parte que los hombres.²¹⁶ Algunos estudios indican que el mayor nivel de instrucción no equilibra las cosas porque con los mismos años de estudios, las disparidades siguen presentes.²¹⁷

Los derechos proclamados por las normas que sustentan la igualdad entre hombres y mujeres no se ejercen cabalmente. Por ejemplo, el embarazo sigue siendo causal de despido encubierto en muchos centros de trabajo y los avisos periodísticos de solicitud de trabajadores siguen encubriendo discriminación en contra de las mujeres al exigir requisitos que discriminan a la mujer.

Finalmente hay que señalar que el Proyecto de ley sobre responsabilidades familiares compartidas, que busca equiparar los deberes y derechos del padre y la madre trabajadores de modo que redunde en términos de mayor equidad en su situación laboral, permanece en el Congreso de la República hace varios años sin que se debata definitivamente.²¹⁸

¹ 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.

² Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (CDH), *Igualdad de derechos entre hombres y mujeres: Observación general no. 28*, UN Doc. CCPR/C/21/Rev.1/Add.10, 29 de marzo, 2000, para. 3.

³ Comité de Derechos Humanos, *El derecho a la vida (artículo 6)*, *Observación general 6*, 30 de julio, 1982, para. 5.

⁴ Centro de Derechos Humanos de Naciones Unidas, *Manual de preparación de informes sobre los derechos humanos 120*, U.N. Doc. DH/PUB/91/1, 1991, p. 113.

⁵ *Ibid.*, para. 239.

⁶ Comité de Derechos Humanos (CDH), *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Chile*, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.104, 30 de marzo, 1999, para. 15.

⁷ Comité de Derechos Humanos (CDH), *Informe del Comité de Derechos Humanos*, sesión 52, U.N. Doc. A/52/40, 21 de septiembre, 1997, para. 167.

⁸ CDH, *Observaciones finales de Chile*, para. 15.

⁹ Constitución Política del Perú, art. 7.

¹⁰ *Ibid.*, art. 65.

¹¹ *Ibid.*, art. 6.

¹² Ley no. 26842, Ley General de Salud (en adelante Ley General de Salud), promulgada el 15 de julio, 1997, publicada el 20 de julio, 1997.

¹³ Como los derechos a exigir servicios de atención a la salud que cumplan con los niveles de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas profesionales (art. 2), a recibir atención médico-quirúrgica de emergencia en cualquier establecimiento de salud cuando se necesite y cuando esté en riesgo la vida o la salud (art. 3), a solicitar información en materia de salud sin explicar la causa del requerimiento (art. 5), a que se 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 (art. 40). *Ibid.*

¹⁴ *Ibid.*, art. 40.

¹⁵ *Ibid.*, art. 6.

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Decreto Legislativo no. 346, Ley de Política Nacional de Población, promulgado el 5 de julio, 1985, publicado el 6 de julio, 1985.

¹⁸ *Ibid.*, art. 22.

¹⁹ *Ibid.*, art. 34. La gratuidad había sido establecida ya en el artículo 1 del D.S. no. 019-81-SA, del 6 de agosto de 1981.

²⁰ *Ibid.*, art. IV del Título Preliminar.

²¹ *Ibid.*, art. 24.

²² Resolución Ministerial no. 572-95-SA/DM, promulgada el 17 de agosto, 1995, publicada el 19 del mismo mes y año.

²³ *Ibid.*, art. 1. La priorización se daría a través de servicios que difundan información y conocimientos en dicha materia.

²⁴ *Ibid.*, art. 2.

²⁵ Ministerio de Salud (MINSA), *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, Lima, 1996. El Programa fue aprobado por R.M. no. 071-96-SA/DM, el 6 de febrero, 1996.

²⁶ *Ibid.*, p. 5.

²⁷ *Ibid.*, p. 26.

²⁸ *Ibid.*, p. 28.

²⁹ Resolución Ministerial no. 071-90-DM, Normas para la atención en las clínicas de instituciones del Ministerio de Salud, promulgada el 20 de febrero, 1990, publicada el 23 del mismo mes y año, introducción. Según esta norma, las tarifas de "Clínicas" se establecerán de acuerdo al estudio de costos de la Institución y los recursos que se generen se considerarán recursos propios del Hospital en un 50%; el 50% restante se considerará como honorarios del profesional o profesionales que generen dichos recursos.

³⁰ Decreto Supremo no. 011-98-PROMUDEH, promulgado el 26 de septiembre, 1998, publicado el 29 del mismo mes y año.

³¹ Para ejecutar este Plan, se conforma la Comisión Nacional de Coordinación del Plan Nacional de Población 1998-2002 (COORDIPLAN) como ente coordinador nacional, según Resolución Ministerial no. 009-99-PCM, promulgada el 26 de enero de 1999. La Comisión es intersectorial y está integrada por el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH), el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Presidencia, el Instituto Peruano de Seguridad Social, el Instituto Nacional de Estadística e Informática y el Consejo Nacional de Ambiente

³² Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, Normas de Planificación Familiar (en adelante Resolución sobre planificación familiar), 22 de septiembre, 1999.

³³ Deben proveer sala de espera, ambiente de consulta con privacidad visual y auditiva, etcétera.

³⁴ Resolución Ministerial no. 103-99-SA/DM, Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico: cuello uterino y mama 1998-2000, 26 de febrero, 1999.

³⁵ *Ibid.*, p. 4.

³⁶ José Carlos Vera La Torre, *Gastos de los hogares en salud* (separata), Lima, Instituto Nacional de Estadística e

Informática (INEI), octubre de 1999.

³⁷La 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%. *Ibid.* Hay cifras más alarmantes aún. Según la Encuesta Nacional de Medición de niveles de vida (1997), cerca de 70% de la población nacional con el nivel de gasto *per cápita* más bajo y que enfermó, no llegó a consultar a nadie; a diferencia del grupo de personas con mayor nivel de gasto, cuyo porcentaje llegó sólo a 37.3%. Richard Webb y Moisés Ventocilla (eds), *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta ENNIV-1997*, Lima, USAID y UNICEF, 1999, p. 320.

³⁸ 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). 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.

³⁹ 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%). 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.

⁴⁰ 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. Margarita Petrerá, “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.

⁴¹ Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Encuesta demográfica y de salud familiar 1996*, Lima, 1997, p. 131. 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. 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, 1998, p. 90.

⁴² Cifras obtenidas a partir de la Encuesta Nacional de Hogares 1998 II. 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. 4.

⁴³ Así lo declaró 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. *Ibid.*, p. 5.

⁴⁴ 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. *Ibid.*, p. 6.

⁴⁵ INEI, *Encuesta demográfica de 1996*, p. 134.

⁴⁶ Alcántara de Samaniego, *Salud reproductiva y pobreza*, p. 6.

⁴⁷ INEI, *Encuesta demográfica de 1996*, p. 139.

⁴⁸ *Ibid.*, p. 141.

⁴⁹ 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. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Estado de la población peruana: 1997. Salud reproductiva*, Lima, INEI y UNFPA, 1997, p. 28.

⁵⁰ *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).

⁵¹ 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. Hacia 1997, en los hospitales de Lima la atención del parto normal podía costar S/. 250.00 nuevos soles (US \$ 100.00 en aquel momento) o S/. 90.00 nuevos soles (US \$ 35.00), mientras que la atención del parto por cesárea podía costar S/. 450.00 nuevos soles (US \$ 180.00) o S/. 380.00 nuevos soles (US \$ 150.00). 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. 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.

⁵² 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. *Ibid.*, p. 107.

⁵³ 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. *Ibid.*, pp. 113-114.

⁵⁴ Grupo Impulsor Nacional (GIN), *Mujeres y ciudadanía en el Perú. Avances y barreras*, Lima, 1998, p. 50.

⁵⁵ CLADEM y CRLP, pp. 56, ss. Los procesos contra el personal y los establecimientos de salud según este estudio presentan resultados desalentadores debido a que las complicidades y el encubrimiento institucional limitan su eficacia. Las posibilidades probatorias son reducidas porque el valor de la palabra de las usuarias está depreciado frente a los profesionales de salud, que son percibidos como autoridades con prestigio incuestionable. De los casos recogidos en el estudio, aquellos que fueron denunciados no aplicaron sanciones a los responsables ni reparaciones a las víctimas, ni administrativa ni judicialmente. *Ibid.*, pp. 68-71.

⁵⁶ Código Penal, D. Legislativo no. 635, promulgado el 3 de abril, 1991, publicado el 8 del mismo mes y año, arts. 114, 120.

⁵⁷ Ley de Política Nacional de Población, título preliminar, art.VI.

⁵⁸ *Ibid.*, art. 29.

⁵⁹ Ley General de Salud, título preliminar, art.V.

⁶⁰ *Ibid.*, título preliminar, art.VIII.

⁶¹ Resolución Ministerial no. 448-99-SA/DM, emitida el 15 de septiembre, 1999. Se establece también que la cobertura del seguro es progresiva puesto que a partir de 1999 y hasta el año 2002 cada año atenderá a un número determinado de provincias del Perú.

⁶² Ministerio de Salud (MINSA), *Seguro materno infantil* (carpeta informativa), Lima, febrero de 2000.

⁶³ MINSA, *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, p. 46.

⁶⁴ Ley General de Salud, arts. 30, 43.

⁶⁵ *Ibid.*, art. 30.

⁶⁶ Pathfinder International-Perú, *Programa para la atención integral del aborto incompleto y planificación familiar postaborto*, pp. 3-4 (mimeo en los archivos del CRLP).

⁶⁷ CDH, *Observaciones finales de Perú*, para. 15.

⁶⁸ INEI, *Estado de la población*, pp. 33-34.

⁶⁹ MINSA, *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000*, p. 17.

⁷⁰ El Programa Materno Perinatal del Ministerio de Salud señala que en 1997, 15% de las admisiones obstétrico ginecológicas se debieron a complicaciones de aborto. *Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*, p. 91.

⁷¹ CLADEM y CRLP, *Silencio y complicidad*, pp. 56, 59.

⁷² 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. *Ibid.*, p. 56.

⁷³ *Ibid.*, p. 34.

⁷⁴ Del 100% de mujeres que se provocan un aborto, 47% sufre complicaciones y sólo 20% es hospitalizada y

atendida. *Ibid.*, p. 35.

⁷⁵ En 1998, la Policía Nacional registró 772 delitos de aborto en el ámbito nacional, que constituyeron tan sólo 3.1% de todos los delitos contra la vida el cuerpo y la salud. Instituto de Estadística e Informática (INEI), *Perú: Compendio de estadísticas sociodemográficas 1998-1999*, Lima, 1999, p. 512.

⁷⁶ Antes, la Ley Nacional de Población prohibía expresamente la esterilización y el aborto como métodos anticonceptivos. Actualmente sólo el aborto está prohibido.

⁷⁷ Ley General de Salud, art. 6.

⁷⁸ Resolución sobre planificación familiar.

⁷⁹ *Ibid.*, pp. 27-29. Los establecimientos son evaluados *in situ* y deben cumplir requisitos de infraestructura física y equipamiento (ambientes, equipos e instrumental quirúrgico e insumos), así como aspectos administrativos (recursos humanos, aspectos normativos y sistemas gerenciales). La calificación tiene una vigencia de dos años.

⁸⁰ *Ibid.*, pp. 43-45. Dichas normas establecen la obligación de realizar una evaluación clínica completa, dar un plazo de reflexión no menor de 72 horas, autorización escrita, deber de informar claramente sobre los riesgos, beneficios y efecto permanente del método. Asimismo, disponen que es obligatorio brindar orientación y consejería por lo menos en dos sesiones, una general y otra específica, en las cuales el formato de solicitud de la AQV debe ser leído y analizado detenidamente y luego verificarse su comprensión en todos los puntos. En cualquier momento, incluso minutos antes de la intervención, la usuaria puede desistir de llevarla adelante.

⁸¹ En 1996 se realizaron 81,762 ligaduras de trompas; en 1997 la cifra se incrementó a 109,689 para decrecer en los años siguientes, de modo que en 1998 se realizaron 25,995 ligaduras y en 1999 fueron 26,788 intervenciones. Cifras del Ministerio de Salud. Resolución Defensorial no. 03-DP-2000, 28 de enero, 2000, antecedente tercero.

⁸² Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*. Lima, 1999, p. 151. El informe comprende hechos acontecidos durante los primeros años de realización del Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar del Ministerio de Salud y presenta numerosos casos de esterilizaciones ejecutadas en contravención del derecho al consentimiento informado.

⁸³ Resolución Defensorial no. 01-98, 26 de enero, 1998. Entre las propuestas estaba la modificación del Manual de Normas y Procedimientos para actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria de modo que se establezca claramente la consejería previa a la intervención en dos sesiones distintas como mínimo, fijación de un plazo razonable entre la fecha en que se firma el consentimiento y la fecha en que se realiza la operación, entre otras.

⁸⁴ En julio de 1998, con ocasión de la Décimo Novena Sesión del Comité Monitor de la 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..." *Ibid.*, p. 141.

⁸⁵ Resolución sobre planificación familiar.

⁸⁶ En el diario oficial *El Peruano* sólo se publica la disposición legal que aprueba las normas de Planificación Familiar que además sólo posee nivel ministerial y no rango de ley, mas no el texto de dichas normas.

⁸⁷ Resolución Defensorial no. 03-DP-2000, cuarto y sexto considerandos.

⁸⁸ *Ibid.*

⁸⁹ Ley no. 26626, promulgada el 19 de junio, 1996, publicada el 20 del mismo mes y año.

⁹⁰ *Ibid.*, art. 2.

⁹¹ *Ibid.*, art. 4.

⁹² *Ibid.*, art. 5.

⁹³ *Ibid.*, art. 6.

⁹⁴ Resolución Ministerial no. 235-96-SA/DM, del 11 de abril, 1996.

⁹⁵ *Ibid.*, art. 1.

⁹⁶ Richard Webb y Graciela Fernández Baca, *Perú en Números 1999*, Lima, Cuánto S.A., 1999, p. 374.

⁹⁷ *Ibid.*

⁹⁸ INEI, *Encuesta demográfica de 1996*, p. 185.

⁹⁹ Rogelio Fernández Castilla, "Salud reproductiva y sexualidad desde la perspectiva de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo", en *Revista de la Academia Peruana de Salud*, APS, Lima, año V, no. 1, 1998-1999, p. 90.

¹⁰⁰ Ministerio de Salud (MINSA), *Plan Nacional para la atención integral de la salud del escolar y adolescente 1997-2001. Subprograma de salud del escolar y adolescente*, Lima, 1998, p. 17. El Plan fue aprobado por Resolución Ministerial no. 175-98-SA/DM, promulgada el 8 de mayo de 1998 y publicada 13 del mismo mes y año.

¹⁰¹ Webb y Fernández Baca, *Perú en Números 1999*, p. 374

¹⁰² Sólo 40.7% de las mujeres rurales conoce de la existencia del SIDA. Si a nivel nacional 35% de las mujeres están mal informadas sobre cómo evitar el SIDA, entre las mujeres residentes en zonas rurales la proporción casi se duplica: 68.9%. INEI, *Encuesta demográfica de 1996*, pp. 187, 190.

¹⁰³ CDH, *Informe del Comité de Derechos Humanos* (sesión 52), para. 167.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ *Ibid.*, para. 431.

¹⁰⁶ *Ibid.*

¹⁰⁷ CDH, *Observaciones finales de Chile*, para. 18.

¹⁰⁸ *Ibid.*, para. 249.

¹⁰⁹ CDH, *Observaciones finales de Chile*, para. 13.

¹¹⁰ Código Penal, art. 170.

¹¹¹ Decreto Legislativo no. 896, promulgado el 23 de mayo, 1998, publicado el 24 del mismo mes y año. Si la víctima tiene de siete a menos de 10 años de edad, la pena será de 25 a 30 años, y si tiene de 10 a menos de 14, la pena será de 20 a 25 años. También corresponde cadena perpetua cuando el delito causa la muerte de la víctima o le produce lesiones graves o muerte.

¹¹² Ley no. 26941, promulgada el 15 de abril, 1998, publicada el 16 del mismo mes y año.

¹¹³ Ley no. 27055, promulgada el 15 de enero, 1999, publicada el 24 del mismo mes y año. También la declaración preventiva se debe rendir ante el fiscal de familia y no ante el juez penal, y se prohíbe la participación del niño, niña o adolescente en diligencias de reconstrucción de los hechos.

¹¹⁴ Ley no. 27115, promulgada el 15 de mayo, 1999, publicada el 17 del mismo mes y año.

¹¹⁵ *Ibid.*

¹¹⁶ 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. INEI, *Estadísticas sociodemográficas 1998-1999*, p. 514.

¹¹⁷ *Ibid.*

¹¹⁸ Comisión Permanente de los Derechos de la Mujer y del Niño, Ministerio de Justicia del Perú, *Informe nacional de la mujer - Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, Lima, 1995, p. 106.

¹¹⁹ 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).

¹²⁰ Estudios demuestran que la labor policial no se desarrolla adecuadamente al momento de investigar estos delitos: en 44.4% de los casos no se constituye al lugar de los hechos, en 88.9% no obtiene evidencias, en 83.3% de las investigaciones no participó el Ministerio Público. Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), *Agresiones sexuales contra mujeres: ¿responsabilidades compartidas?*, Lima, 1997, pp. 36-39.

¹²¹ En la fase del reconocimiento médico legal, las víctimas manifiestan que los médicos les formulan preguntas incómodas, no se les permite ingresar acompañadas, hay más de dos personas durante el examen. Se ha comprobado, además, que cuando se trata de violación sexual contra alumnas cometida por profesores de colegio, éstos no son sancionados administrativamente, sino trasladados a otro centro educativo. *Ibid.*, pp. 116-117.

¹²² Abraham Siles Vallejos, *Con el sólo dicho de la agraviada: ¿es discriminatoria la justicia en procesos por violación sexual de mujeres?*, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), Lima, 1995, p. 260.

¹²³ *Ibid.*, p. 259.

¹²⁴ Defensoría del Pueblo, *La violencia sexual: un problema de seguridad ciudadana. Las voces de las víctimas*, Lima, 2000, p. 115.

¹²⁵ Ley no. 26260, Ley de Protección frente a la Violencia Familiar (en adelante Ley de Protección frente a la Violencia Familiar) promulgada el 22 de diciembre, 1993, publicada el 25 del mismo mes y año, modificada por Ley no. 26768, publicada el 25 de marzo, 1997 y posteriormente reordenada por su Texto Único Ordenado, Decreto supremo no. 006-97-JUS, publicado el 27 de junio, 1997, modificado a su vez por Ley no. 27306, publicada el 15 de julio, 2000.

¹²⁶ *Ibid.*, art. 2.

¹²⁷ *Ibid.*, art. 4.

¹²⁸ *Ibid.*, art. 9.

¹²⁹ *Ibid.*, arts. 10, 23.

¹³⁰ Ley no. 26788, promulgada el 15 de mayo, 1997, publicada el 16 del mismo mes y año.

¹³¹ Ley no. 27016, promulgada el 19 de diciembre, 1998, publicada el 20 del mismo mes y año. En ambos tipos de establecimientos los certificados son gratuitos. Los centros médicos privados que hayan suscrito convenio con el Ministerio Público y el Poder Judicial también pueden expedir estos certificados con valor probatorio.

¹³² Resolución Ministerial no. 216-99-PROMUDEH, promulgada el 5 de julio, 1999, publicada el 6 del mismo mes y año. Para el funcionamiento del módulo, el PROMUDEH suscribió un convenio con los Ministerios del Interior, Salud y Justicia y con el Ministerio Público (Fiscalía).

¹³³ 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.

¹³⁴ Ochenta y dos punto dos por ciento respondió en ese sentido. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Encuesta de hogares sobre vida familiar en Lima Metropolitana. Primeros resultados*, Lima, 1999, p. 81.

¹³⁵ Estudio epidemiológico sobre comportamientos asociados a violencia realizado por el Ministerio de Salud con la Universidad Nacional Federico Villarreal. El estudio también se hizo en Lima Metropolitana y el Callao. GIN, *Balance del Grado*, p. 48.

¹³⁶ En particular, las mujeres rurales se ven afectadas seriamente por problemas de acceso a la justicia: no están informadas de la posibilidad de acudir a los jueces de paz para denunciar los casos de violencia en el ámbito familiar y estos jueces no están sensibilizados ni capacitados para intervenir adecuadamente en ellos. *Ibid.*, p. 47.

¹³⁷ 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. *Ibid.*

¹³⁸ Testimonios recogidos a partir de trabajos efectuados con mujeres organizadas de zonas rurales de mayor pobreza. Movimiento Manuela Ramos, *Nadie sabe lo que pasa dentro de mi casa, yo no más conozco mi pena...*, Lima, 1997, p. 9.

¹³⁹ Son acciones que el Estado debe desarrollar como políticas para erradicar la violencia familiar. Ley de Protección frente a la Violencia Familiar, art. 3.

¹⁴⁰ Decreto Supremo no. 003-97-TR, Texto Único Ordenado de la Ley de Productividad y Competitividad Laboral.

¹⁴¹ *Ibid.*, art. 30.

¹⁴² *Ibid.*, art. 35.

¹⁴³ *Ibid.*, art. 36.

¹⁴⁴ Proyecto de Ley no. 2842/96-CR. El Proyecto ha sido objeto de varias consultas a especialistas en Derecho Laboral, Defensoría del Pueblo, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano, entre otros.

¹⁴⁵ GIN, *Balance del Grado*, p. 48.

¹⁴⁶ Centro de Derechos Humanos de Naciones Unidas, *Manual de preparación de informes*, p. 113.

¹⁴⁷ CDH, *Observaciones finales de Chile*, para. 21.

¹⁴⁸ CDH, *Observaciones finales de Chile*, para. 16.

¹⁴⁹ Comité de Derechos Humanos (CDH), *Observaciones finales del Comité de Derechos Humanos: Perú*, U.N. Doc. CCPR/C/79/Add.72, para. 14.

¹⁵⁰ CDH, *Informe del Comité de Derechos Humanos*, para. 161.

¹⁵¹ Centro de Derechos Humanos de Naciones Unidas, *Manual de preparación de informes*, p. 113.

¹⁵² CDH, *Observaciones finales de Chile*, para. 17.

¹⁵³ Constitución, art. 4.

¹⁵⁴ Código Civil, aprobado por Decreto Legislativo no. 295, promulgado el 24 de julio. 1984.

¹⁵⁵ *Ibid.*, art. 234, para. 2.

¹⁵⁶ *Ibid.*, art. 42.

¹⁵⁷ Ley no. 27201, promulgada el 12 de noviembre, 1999, publicada el 14 del mismo mes y año.

¹⁵⁸ *Ibid.*

¹⁵⁹ Constitución, art. 5.

¹⁶⁰ Código Civil, art. 326.

¹⁶¹ *Ibid.*, art. 340.

¹⁶² *Ibid.*, art. 420.

¹⁶³ INEI, *Encuesta demográfica de 1996*, p. 89.

¹⁶⁴ En el área rural, las mujeres mayores (45-49 años) se casaron en promedio a los 19.6 años de edad, mientras que las más jóvenes (25-29 años) lo hicieron a los 19.1 años. *Ibid.*, p. 91.

¹⁶⁵ Según el censo de 1993, 23.3% de los hogares está conducido por mujeres y 95% de ellas lo hacen solas. INEI y PROMUDEH, *Género: equidad y disparidades*, pp. 135-137.

¹⁶⁶ Así lo reveló la Encuesta Nacional de Hogares IV trimestre 1998, según la cual del total de hogares conducidos por mujeres solas, 27.2% se encuentra en situación de pobreza, mientras que en el caso de los hombres, la pobreza incidió en sólo 13.5% de los hogares. *Ibid.*

¹⁶⁷ Comité de Derechos Humanos (CDH), *Informe del Comité de Derechos Humanos*, sesión 51, U.N. Doc. A/51/40, 16 de septiembre, 1996, para. 158.

¹⁶⁸ CDH, *Informe del Comité de Derechos Humanos* (sesión 52), para. 300.

¹⁶⁹ CDH, *Informe del Comité de Derechos Humanos* (sesión 51), para. 166.

¹⁷⁰ Constitución, art. 17.

¹⁷¹ Centro de Documentación de la Mujer (CENDOC), "La educación sexual en la escuela", en *Atajos* (boletín trimestral), año I, no. 1, Lima, septiembre de 1996, p. 3.

¹⁷² Ministerio de Educación, *Guía de educación familiar y sexual para formación magisterial*, Lima, 1998, pp. 7- 8.

¹⁷³ *Ibid.*, p. 8.

¹⁷⁴ La matrícula de menores de edad en los tres niveles de educación (inicial, primaria y secundaria) se ha expandido en más de un millón desde 1990 a 1998. Según el censo de 1981, los niños entre cinco y nueve años asistían a la escuela en un 68.4% y de acuerdo al censo de 1993 el indicador se incrementó a 79.3%; para 1998 la tasa nacional de asistencia a educación primaria era 91.1%. INEI y PROMUDEH, *Género: equidad y disparidades*, pp. 95, 101-102.

¹⁷⁵ Cincuenta y uno punto dos por ciento de los hogares presenta un clima educativo muy bajo; 13.3% tiene un clima educativo bajo (sus miembros poseen un promedio de seis a 10 años de estudio), 21.7% tiene un ambiente educativo medio (de 10 a 13 años de estudio) y 13.8% un ambiente educativo alto. *Ibid.*, pp. 110.

¹⁷⁶ *Ibid.*, pp. 109-110.

¹⁷⁷ La probabilidad de ser pobre de un jefe o jefa de hogar sin ninguna educación se reduce 78.2% si tuviera estudios universitarios. Nelson Eduardo Shack Yalta, "La educación y la probabilidad de ser pobre en el Perú de hoy", en *Pobreza y economía social. Análisis de una encuesta ENNIV-1997*, Richard Webb y Moisés Ventocilla (eds.), Lima, USAID y UNICEF, 1999, p. 147.

¹⁷⁸ Entre 1981 y 1998 los varones pasaron a contribuir al analfabetismo nacional de 7.1% a 3.9%, mientras que las mujeres pasaron de 18.3% a 11.4%. INEI y PROMUDEH, *Género: equidad y disparidades*, p. 93.

¹⁷⁹ En 1993 la tasa de analfabetismo era 12.8%. Del total de analfabetos, 72.7% eran mujeres y dos tercios de ellas eran pobladoras de las zonas rurales.¹⁸⁰ En 1997 la tasa se reduce a 8.9%, pero el aporte femenino al número de analfabetos se incrementó a 76%, y del total de ellas, 61.1% eran población rural. Webb y Ventocilla, *Pobreza y economía social*, p. 309.

¹⁸¹ En 1961 25.6% de los varones y 51.6% de las mujeres eran analfabetos. En 1998 las tasas eran 3.9% y 11.4%, respectivamente. INEI y PROMUDEH, *Género: equidad y disparidades*, p. 92.

¹⁸² Ocho punto siete por ciento de varones y 13.7% de mujeres no tienen nivel de instrucción alguno. En cambio acceden a la educación universitaria 10% de los primeros y 7.3% de las segundas. Webb y Ventocilla,

Pobreza y economía social, pp. 310, 313.

¹⁸³ GIN, *Balance del Grado*, p. 32.

¹⁸⁴ *Ibid.*, p. 32.

¹⁸⁵ *Ibid.*, para. 318.

¹⁸⁶ *Ibid.*, para. 335.

¹⁸⁷ *Ibid.*, para. 195.

¹⁸⁸ Constitución, art. 2, inciso 2.

¹⁸⁹ *Ibid.*, art. 2, inciso 16.

¹⁹⁰ Código Civil, art. 4.

¹⁹¹ *Ibid.*, art. 304.

¹⁹² Laureano del Castillo, "La propiedad y la herencia de las casadas y convivientes: prácticas discriminatorias y mecanismos legales imperfectos", en *Los derechos de la mujer. Tomo II comentarios jurídicos* (en adelante Del Castillo, *Prácticas discriminatorias*), DEMUS, Lima, 1998, p. 137.

¹⁹³ Código Civil, art. 313.

¹⁹⁴ Del Castillo, *Prácticas discriminatorias*, pp. 132-133.

¹⁹⁵ Código Civil, art. 326, para. 2.

¹⁹⁶ Del Castillo, *Prácticas discriminatorias*, p. 133.

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 134.

¹⁹⁸ *Ibid.*, p. 135.

¹⁹⁹ Constitución, art. 26.

²⁰⁰ *Ibid.*, art. 23.

²⁰¹ Ley no. 27185, promulgada el 18 de octubre, 1999, publicada el 19 del mismo mes y año. Esta Ley modifica el artículo 29 del Texto Único Ordenado del Decreto Legislativo no. 728, Ley de Productividad y Competitividad Laboral.

²⁰² Ley no. 26772, promulgada el 14 de abril, 1997, publicada el 17 del mismo mes y año. Esta Ley ha sido reglamentada mediante D.S. no. 002-98-TR, promulgado el 30 de enero de 1998 y publicado el 1º de febrero de 1998. El empleador que incurra en estas conductas será pasible de una multa y el afectado o afectada puede además iniciar proceso judicial para solicitar indemnización por daños. Posteriormente, mediante Ley no. 27270, promulgada el 26 de mayo del 2000 y publicada el 29 del mismo mes y año, se establece que la sanción administrativa al empleador también puede ser el cierre del establecimiento laboral. Esta norma también tipifica el delito de discriminación.

²⁰³ Ley no. 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social (en adelante Ley de Modernización de Seguridad Social), promulgada el 14 de mayo, 1997, publicada el 17 del mismo mes y año.

²⁰⁴ Ley no. 27056, Ley de Creación del Seguro Social de Salud, promulgada el 29 de enero de 1999 y publicada el 30 del mismo mes y año.

²⁰⁵ Es derechohabiente el beneficiario directo y legal del asegurado en su calidad de cónyuge o conviviente o sus hijos, según el Decreto Supremo no. 009-97-SA, Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

²⁰⁶ Ley 27056; Decreto Supremo no. 002-99-TR, promulgado el 26 de abril, 1999, publicado el 27 del mismo mes y año, art. 1.

²⁰⁷ Ley de Modernización de Seguridad Social, art. 3.

²⁰⁸ Ley no. 26513, del 27 de julio, 1995, modificatoria del Decreto Legislativo no. 728, Ley de Fomento del Empleo.

²⁰⁹ Ley no. 26644, promulgada el 25 de junio, 1996, publicada el 27 del mismo mes y año, art. 1.

²¹⁰ Ley no. 27240, promulgada el 22 de diciembre, 1999, publicada el 23 del mismo mes y año. La norma señala que la madre trabajadora, al término del periodo postnatal, tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que el hijo tenga como mínimo seis meses de edad.

²¹¹ Ley de Modernización de Seguridad Social, art. 12, inciso b.

²¹² *Ibid.*, art. 12, inciso b, paras. b.1, b.3.

²¹³ Ley no. 26504, promulgada el 17 de julio, 1995, publicada el 18 del mismo mes y año.

²¹⁴ En 1995 las mujeres representaban 40.6%, en 1996 41.2%, en 1997 43.2% y en 1998, 44.3%. INEI y