

29 de Agosto de 2014

Alexandra Barrantes  
Especialista en Protección Social  
Departamento de Desarrollo Económico y Social de la SEDI  
Organización de los Estados Americanos (OEA)  
17th Street & Constitution Ave., N.W. Washington, D.C. 20006  
abarrantes@oas.org

**Ref. Informe de avance en la implementación del Derecho a la salud sexual y reproductiva (SSyR) en Perú para el Grupo de Trabajo de análisis sobre la implantación del Protocolo de San Salvador**

1. El Centro de Derechos Reproductivos (CDR) y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX) desean complementar el trabajo del Comité, brindando información sobre la situación de Perú respecto a la implementación del derecho a la salud de acuerdo al Protocolo de San Salvador en el marco del proceso de seguimiento y evaluación por indicadores de progreso de la implementación de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC), propuestos por el órgano específico de monitoreo del cumplimiento de los DESC, denominado grupo de trabajo (GT) (GT, 2011), de acuerdo con los lineamientos aprobados por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos en 2008 (OEA, 2008)<sup>1</sup>. Las organizaciones presentamos este informe particularmente preocupadas por el grado de cumplimiento de Perú de las obligaciones internacionales relacionadas con el goce de los derechos reproductivos, particularmente en acceso a anticoncepción de emergencia y el acceso a aborto.

2. Este reporte busca acercar, al proceso de evaluación, información relevante sobre el avance en la implementación del derecho a la salud, particularmente en relación con la salud sexual y reproductiva (SSyR), que es el que le ocupa revisar al grupo en este periodo. Para ello, se divide en 3 partes: (I) una introducción; (II) la exposición de información sobre los indicadores estructurales, de proceso y de resultado que se relacionan con la SSyR: se presentará de acuerdo a las categorías conceptuales propuestas para el seguimiento de la implementación de los DESC (recepción de derecho, capacidades estatales y contexto financiero y compromisos presupuestales<sup>2</sup>) y a los ejes transversales a todos los DESC (igualdad y no discriminación, acceso a la justicia y participación ciudadana y acceso a la información); (III) Conclusiones, recomendaciones y preguntas sobre el proceso de implementación local del referido derecho.

**I. El Sistema de monitoreo de los DESC**

3. Con el objetivo de apoyar el diagnóstico y mejoramiento de la situación del cumplimiento de los Derechos Humanos, los órganos encargados del seguimiento y control de la implementación de los derechos consagrados en los tratados han desarrollado diferentes sistemas de monitoreo de su cumplimiento. En el caso de los DESC, estos indicadores, desarrollados por el GT, revisan la interacción entre los principios de implementación<sup>3</sup>, los deberes del Estado<sup>4</sup> y los estándares de cumplimiento de los derechos<sup>5</sup>. El cruce entre estos factores es analizado por medio de indicadores<sup>6</sup> (cuantitativos) y señales de progreso (cualitativas)<sup>7</sup>. Este sistema permite constatar el grado de observancia de cada derecho de una manera contextual y progresiva. No se trata de un mecanismo para establecer responsabilidades por incumplimiento, sino de una forma de apoyar el avance en la implementación de los DESC.<sup>8</sup>

4. La evaluación realizada por el GT, incorpora el análisis de información cuantitativa y cualitativa. Por ello puede presentarse de diversas formas: “datos estadísticos contabilizados en un censo o en encuestas de hogares, preguntas en un cuestionario o en una entrevista abierta, presupuestos, gasto público social... [así como] cualquier información relacionada con la observancia o el ejercicio de un determinado derecho”<sup>9</sup> En este sentido, la exposición narrativa de los procesos de cambio en relación con el cumplimiento de los derechos, tanto en un corte temporal como sectorial, son de gran valor para el proceso de monitoreo de la progresividad de la implementación del derecho.

#### *1.1. El sistema de monitoreo en el derecho a la salud*

5. Los indicadores desarrollados para el derecho a la salud, en el marco del sistema de monitoreo de los DESC aprobados en 2011<sup>10</sup>, hacen parte del primer grupo de indicadores evaluados dentro del proceso de seguimiento de la implementación del Protocolo de San Salvador<sup>11</sup>. Estos indicadores fueron diseñados en un esquema tripartito: (I) indicadores estructurales (organización institucional y legal para el cumplimiento del derecho a la salud), (II) indicadores de proceso (estrategias para la implementación del derecho a la salud) y, por último (III) indicadores de resultado (impacto de las estrategias adoptadas en el nivel local)<sup>12</sup>.

6. Para el análisis de estos indicadores, se han dividido en tres categorías conceptuales: (I) recepción del derecho (estado de vigencia y descripción de las normas nacionales e internacionales que protegen el derecho a la salud), (II) contexto financiero y compromiso presupuestario (destinación específica para el avance en la implementación del derecho), y (III) capacidades institucionales (avances en la implementación de las normas de protección y promoción de la salud). Este esquema se atraviesa, a su vez, por tres ejes transversales a todos los DESC, que dan cuenta de la protección a grupos de interés especiales (pueblos originarios, mujeres, adolescentes, etc.) y son: (I) igualdad y no discriminación, (II) acceso a la justicia y (III) acceso a la información y participación política<sup>13</sup>.

#### *1.2. Los indicadores de salud sexual y reproductiva*

7. El derecho a la salud cuenta con la mayor cantidad de indicadores de progreso en el ámbito del sistema regional. En este sentido la mayoría de los países firmantes han realizado esfuerzos importantes para el relevamiento y procesamiento de información relacionada con el cumplimiento de este derecho, en los términos generales establecidos en el art. 10 del protocolo de San Salvador. Sin embargo, los esfuerzos particulares en materia de SSyR no han tenido la misma intensidad. Esto dificulta la obtención de información y su sistematización para aportar en la construcción de un panorama sobre el estado de situación de las obligaciones alrededor del derecho a la salud relacionadas con el ejercicio de los derechos reproductivos (DDRR)<sup>14</sup>. Los derechos reproductivos hacen parte esencial del ejercicio del derecho a la salud además de garantizar la libre decisión sobre la forma como se utiliza el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva<sup>15</sup> y ser uno de los ejes que soportan la igualdad sustantiva para las mujeres.

8. Los derechos reproductivos son aquellos derechos que les permiten a las mujeres decidir libremente y sin discriminación, si desean tener hijos o no y el espacio entre ellos; por lo tanto incluyen el derecho la información sobre anticoncepción, educación sexual, acceso a los métodos más avanzados científicamente de anticoncepción, incluyendo la anticoncepción de emergencia y el derecho a la interrupción voluntaria del embarazo, entre otros. El SIDH ha abordado en su jurisprudencia los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud, y en conexidad con los derechos a la integridad personal<sup>16</sup>, a la vida privada y familiar<sup>17</sup>, a la libertad personal<sup>18</sup> y al libre desarrollo de la personalidad<sup>19</sup>. Afirmando que estos protegen los derechos a decidir sobre la los aspectos reproductivos de las personas sin injerencias arbitrarias del Estado o de terceros. Asimismo, que estos derechos “se hallan también directa e inmediatamente vinculados con la atención de la salud. La falta de salvaguardas legales para tomar en consideración la salud reproductiva

puede resultar en un menoscabo grave del derecho a la autonomía y la libertad reproductiva. Existe por tanto una conexión entre la autonomía personal, la libertad reproductiva y la integridad física y psicológica”<sup>20</sup>.

9. En el caso de *Artavia Murillo v Costa Rica* la Corte IDH<sup>21</sup> también determinó que los derechos reproductivos, y en concreto “la decisión de ser o no madre o padre es parte del derecho a la vida privada” y “se relaciona con: i) la autonomía reproductiva, y ii) el acceso a servicios de salud reproductiva, lo cual involucra el derecho de acceder a la tecnología médica necesaria para ejercer ese derecho. El derecho a la autonomía reproductiva está reconocido también en el artículo 16 (e) de la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer CEDAW, por sus siglas en inglés), según el cual las mujeres gozan del derecho ‘a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos.’”(Párr.146).

10. En este sentido, la Corte IDH en el caso *Artavia* afirmó que de acuerdo con los instrumentos internacionales de derechos humanos “la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”<sup>22</sup>.

11. En el sistema universal de derechos humanos se reconoce el derecho a la salud en el artículo 12 del Pacto Internacional de DESC (PIDESC), como un derecho general que contiene obligaciones y derechos más específicos como los derechos reproductivos<sup>23</sup>. Por su parte, la CEDAW ha reconocido los derechos reproductivos (artículo 16) como una forma de garantizar la igualdad de mujeres y varones, especialmente en la familia. Para lo cual, en la Recomendación General N°21<sup>24</sup>, se exhorta a los países a que implementen políticas sanitarias que incluyan las prestaciones necesarias para regular de manera segura y voluntaria el número y el espaciamiento de su descendencia. Estas prestaciones deben incluir consejería, información y métodos para ejercer los derechos reproductivos consagrados por la CEDAW.

12. De la misma forma, el Comité DESC de las Naciones Unidas ha establecido que el cumplimiento de las obligaciones Estatales derivadas del derecho a la salud, implican la garantía de la obligación positiva de ofrecer un amplio rango de prestaciones sanitarias, accesibles y de calidad, incluyendo las prestaciones de salud sexual y reproductiva. Entendiendo el deber de garantizar el acceso seguro y sin discriminaciones a los derechos reproductivos, como una obligación de inmediato cumplimiento por oposición a las prestaciones que por su naturaleza requieren una implementación progresiva por parte de los Estados<sup>25</sup>.

13. En la Recomendación General N° 24 el comité de la CEDAW<sup>26</sup> estableció además, que los Estados parte están obligados a reformar los marcos normativos restrictivos que obstruyan las acciones de las mujeres dirigidas a obtener o realizar prácticas seguras relacionadas con la conservación de su salud. Indicando además que el deber del Estado evitar y sancionar las acciones de grupos u organizaciones privadas que obstruyan el acceso a este tipo de prácticas sanitarias.

14. El reconocimiento de los derechos reproductivos como parte del derecho a la salud se traduce también en la determinación de adoptar indicadores relacionados con la SSyR, abonando el camino para un diagnóstico de la situación nacional, que incluya la evaluación de la producción de información específica en este campo. Si bien existen estos indicadores especiales, todos los indicadores de salud tienen un

componente relacionado con la SSyR que puede ser examinado en sus particularidades, de manera que refleje la importancia relativa que se da a la implementación de este aspecto de la salud en el contexto local.

15. El esfuerzo de este documento se concentra en la presentación de datos, para contribuir en el proceso de medición del avance del derecho a la SSyR como parte del derecho a la salud. En ese sentido, se acercan datos sobre los indicadores específicos y además se presentan datos que permiten contextualizar su importancia en el ámbito local.

## II. Avances y desafíos en el cumplimiento del derecho a la salud sexual y reproductiva en el Perú

### A. Indicadores de implementación del derecho a la salud relacionados específicamente con la SSyR.

16. A continuación se presentará una selección de los indicadores propuestos por el GT, relacionados con la SSyR. Se presentará la información de manera cuantitativa y/o narrativa, privilegiando aquella que permita conocer de manera contextual el progreso y las barreras para el avance en la implementación del derecho a la SSyR. Los indicadores para los que no se disponga de información solo serán mencionados cuando la ausencia de información pueda ser atribuida a una situación o decisión política basada en la evidencia disponible, de lo contrario no se incluirán en este informe.

#### 1. Recepción del derecho

17. En esta categoría se pretende dar cuenta del reconocimiento, jerarquía y operatividad<sup>27</sup> de las normas relacionadas con los DDDR, y en particular con las prestaciones de SSyR. Esta información permitirá conocer qué tipo de políticas o servicios sociales ha definido el Estado, así como las medidas o vías de implementación y/o realización de los derechos contenidos en el Protocolo.

18. Perú cuenta con un alto reconocimiento legal del derecho a la salud y de los derechos reproductivos. Sin embargo, este reconocimiento en lo legal no se ve transmitido en la operatividad del mismo. Si bien, existe una estructura legal y sanitaria para la implementación de los derechos reproductivos, no existen reportes sobre la eficacia para el cumplimiento de los compromisos en materia de DDDR. La información consignada apunta a una densidad normativa importante, pero a una falta de eficacia de su implementación y garantías para el ejercicio de los mismos.

Recepción del derecho	
E S T R U C T U R A L E S	<p><b>1. Ratificación del Estado de los tratados de derechos humanos que reconocen el derecho a la SSyR : PIDESC, CEDAW, CDN, CIEDR</b></p> <p>El Estado peruano ha ratificado todos los tratados de Derechos humanos relacionados con el derecho a la salud.</p>
	<p><b>2. Reconocimiento en la CN del derecho a la SSyR y su alcance (parte del derecho a la salud o derechos independientes e interdependientes)</b></p> <p>La CN peruana dentro del marco de la política de población (art. 6CN), establece que: "la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud". Asimismo reconoce algunos derechos humanos intrínsecamente relacionados con los DDDR, como: salud, dignidad, libre desarrollo de la personalidad, vida, integridad física y mental, libertad de conciencia, libertad de acceso a la información, intimidad, privacidad, entre otros.</p>
	<p><b>3. Normativas de organización del sistema de salud en relación a prestaciones de SSyR.</b></p> <p>Para la prestación de los servicios de salud, incluyendo aquellos de SSyR, se ha desarrollado un sistema de salud con dos sectores, uno público y otro privado (Ley 29.344 de 2009) organizados en tres tipos de sistemas subsidiado, semi-contributivo y contributivo.</p> <p>Dentro del sector público, hay dos tipos de seguro nacional. El primero, llamado <i>Seguro Integral de Salud</i> (en adelante SIS)<sup>28</sup>, creado por el DS-008-2010-SA-EP, depende del MINSA y tiene como objetivo proteger a todas las</p>

personas en general, en especial a la población más vulnerable. Toda cobertura se da con la obligación de una contraprestación de acuerdo a la capacidad de pago.

El segundo tipo de seguro nacional se llama *EsSalud*, cuya cobertura se da con base en la situación laboral del beneficiario: cubre a trabajadores del sector formal, jubilados y a sus familias.

El personal del ejército, la policía y sus familias tienen su propio subsistema de salud, integrado por los Servicios Médicos de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú (PNP).

El MINSA exige a ciertos hospitales públicos (por ejemplo, el Hospital Regional y el Hospital Antonio Lorena, tanto en Cuzco) que ofrezcan servicios de salud, independientemente de la cobertura del seguro.<sup>29</sup>

### **3.1 Señales de progreso:**

#### **3.1.1 El sistema de salud responde a criterio de universalidad**

El sistema responde al criterio de universalización (ley N° 29 334, ley marco de aseguramiento universal en Salud). Para la prestación de servicios de salud para los sectores más pobres el Estado ofrece el SIS.<sup>30</sup>

A pesar de que los sectores más pobres, que constituyen cerca del 65%, están cubiertos por la red del MINSA: servicio de SIS y hospitales públicos; únicamente alrededor del 45% tiene acceso efectivo a las prestaciones<sup>31</sup> y el 20% permanecen excluidos debido a barreras geográficas, sociales, culturales y económicas<sup>32</sup>.

En 2013 se anunció la preparación de una reforma estructural del sistema de salud, dentro de la cual, uno de los puntos centrales será la ampliación de la población cubierta por los seguros de salud públicos, generando los dispositivos para la integración de servicios en el nivel de atención primaria, a través de la incorporación de alianzas público-privadas<sup>33</sup>.

#### **3.1.2 Existencia de acuerdos o instancias nacionales en relación con la organización y funcionamiento de los programas de SSyR.**

La política pública en SSyR, llamada Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>34</sup>, es coordinada por un comité técnico integrado por representantes de las direcciones sanitarias relacionadas, las oficinas de comunicación, administración, estadística, así como de las estrategias adolescentes, salud mental, drogas, ITS y VIH, inmunización, daño no transferibles y TB. Esta estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductivo tiene varias falacias en materia de DDDR, para resaltar las más importantes es que no contempla la **Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE) y prohíbe el aborto en casos de violación.**

Asimismo tiene un comité consultivo integrado por organizaciones de la sociedad civil nacionales e internacionales, distintas institucionales públicas (fuerzas militares, institutos de salud pública, ministerios, etc.), universidades, colegios profesionales, etc.

#### **4. Cantidad de partos atendidos por profesionales**

De acuerdo con el programa de Maternidad Segura y Saludable del Ministerio de Salud de la Nación, se presentó un incremento del parto institucional a nivel nacional del 57,5% en el año 2000 al 86,8% para el año 2012<sup>35</sup>. Siendo más notable el incremento del parto institucional en zona rural del 24% en el año 2000 al 68,6% para el año 2012<sup>36</sup>.

Según la Encuesta de Demografía y Salud Familiar (ENDES) de 2013, entre los años 2009 y 2013, se advierte un continuo incremento de atención de parto por médico (de 49,4% a 59,1%). En contraste, la atención de parto por obstetra disminuyó de 30,1% a 28,3%. Asimismo, la ENDES 2013 la atención por comadrona/partera, bajó de 7,6% en el año 2009 a 5,5% en el año 2013.

#### **7. Acciones específicas realizadas en cumplimiento de recomendaciones o decisiones de los organismos internacionales de Derechos Humanos en materia de SSyR.**

El Comité de la CEDAW en las Observaciones Finales de 2007<sup>37</sup>, expresó respecto del cumplimiento de los DDDR y bajo el cumplimiento del artículo 12, derecho a la salud sin discriminación "su preocupación por el reconocimiento y la protección insuficientes de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres" y en particular "que el Estado Parte no aplicó las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra Perú. (CCPR/C/85/D/1153/2003 (2005))".

Del mismo modo, en el 2011, en el caso L.C. c. Perú, el Comité realizó al Perú importantes recomendaciones en relación con la efectiva implementación del aborto terapéutico<sup>38</sup>.

Hasta el momento el Estado peruano no ha cumplido con de las recomendaciones de manera efectiva, más allá de que ha implementado normativa relacionada con las SSyR, el acceso efectivo de las personas y especialmente de las mujeres sigue siendo deficiente. En el mes de junio de 2014, durante la elaboración de este informe, se emitió la **Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria del embarazo por Indicación Terapéutica** (R.M. N° 486/2014), por

medio de la cual se establece el procedimiento para el acceso a los abortos terapéuticos en el Perú. Sin embargo, debe ser evaluada la adecuación de la norma a los estándares internacionales de garantía de los derechos humanos, por ejemplo, aceptabilidad, accesibilidad, rapidez y calidad para la prestación del servicio. Asimismo, es importante la implementación del mismo. Para lograr la implementación efectiva de la Guía, se necesitará:

- 1) Implementación de la Guía Técnica que asegure una interpretación amplia del derecho a la salud tanto física, mental como social. Así como tomas las medidas para eliminar posibles barreras de acceso al aborto legal.
- 2) Capacitación a los/as proveedores de salud en la aplicación de la Guía Técnica con una interpretación integral del derecho a la salud.
- 3) Difusión de información relevante sobre el aborto terapéutico y sus alcances a las mujeres.
- 4) Disposición de recursos para mejorar la oferta de servicios de salud sexual y reproductiva en los establecimientos de salud.
- 5) Desarrollo de mecanismos de reclamo y sanción específicos para el incumplimiento del deber de garantía de acceso al aborto terapéutico

## 2. Capacidades Estatales

19. Esta categoría refiere la información que permite dar cuenta de los esfuerzos del Estado en cuanto a la efectiva implementación y progresividad del derecho a la salud. Incluye información que describe los aspectos técnico-instrumentales y de distribución de recursos de poder al interior del aparato estatal.<sup>39</sup> Es por ello que se solicita información relacionada con el grado de cumplimiento (disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad) de las prestaciones sanitarias en SSyR reconocidas en el ordenamiento nacional.

20. Si bien Perú cuenta con un desarrollo legal importante en materia de protección del derecho a la salud, las estadísticas que se prestaran a continuación resaltan que este desarrollo legislativo no cuenta con la estructura estatal necesaria para ser implementado de forma efectiva, especialmente en materia de DRR. Dos de las carencias más importantes son primero, como el Misoprostol, se encuentra justificado para su uso en aborto frusto e incompleto, pero no se encuentra justificado para el tratamiento de la hemorragia uterina post parto ni en el tratamiento para la maduración del cuello para inducir el parto en el tercer trimestre, así como tampoco para el aborto terapéutico. Segundo, como la PAE está excluida de cobertura pública, lo cual afecta desproporcionadamente a las poblaciones más vulnerables que son las que generalmente dependen del sistema público para acceder a medicamentos.

Capacidades estatales	
E S T R U C T U R A	<p><b>1. Existencia de documentos oficiales que reconozcan el concepto básico de atención primaria de salud integral y universal en materia de SSyR.</b></p> <p>Existe el Programa <i>Salud Básica para todos</i>, del MINSA creado en 1994 para expandir su red de centros de atención primaria de la salud, cuyos servicios incluyen la planificación familiar. Como consecuencia "el número de postas sanitarias, clínicas y centros de salud públicos, aumentó en más de un 50% entre 1995 y 2000, y se añadieron más de 10.000 médicos y paramédicos en todo el país".<sup>40</sup></p> <p>Este modelo se vio reforzado con el <i>Plan Nacional de fortalecimiento de la Salud Primaria 2011-2021</i> (R.M N° 520-2010/MINSA)<sup>41</sup>. Por ello actualmente los centros y puestos de salud, que representan la oferta del Primer Nivel de Atención, constituyen el 98,05% de todos los establecimientos de salud del país.</p> <p>Sin embargo, como revelan los datos de la Encuesta Nacional de Hogares de 2013 el 51% de las personas que tienen algún padecimiento crónico en el país, no recibieron atención y según informes de la sociedad civil el 20% de la población permanece excluida de la cobertura en salud.<sup>42</sup></p>
T U R A	<p><b>2. Existencia de una política estatal de medicamentos genéricos, incluyendo acceso a los medicamentos necesarios para mantener y/o recuperar la SSyR (anticoncepción, fertilidad, aborto seguro, tratamiento de embarazos y emergencias obstétricas, tratamientos hormonales, etc.)</b></p> <p>En 2004 en el Perú se emitió la <i>Política Nacional de Medicamentos</i> (RM1240-2004), para establecer lineamientos para la racionalización del uso de los mismos, debido a que la liberalización del mercado sufrida en la</p>

E S	<p>década del 90 generó profundas inequidades en el acceso a medicamentos esenciales. A pesar de que desde 1990 la DS-020-90 SA estableció la obligatoriedad de la prescripción de medicamentos por su nombre genérico, dicha norma no fue cumplida por los profesionales de la salud ni las instituciones.<sup>43</sup></p> <p>En relación con los insumos para la SSyR: los anticonceptivos modernos están incluidos dentro de la cobertura de todos los planes de salud públicos y privados, a excepción de la anticoncepción oral de emergencia (PAE). Se excluyen también los tratamientos de fertilización asistida. En cuanto al Misoprostol para uso obstétrico solo se encuentra como producto de marca "Prostokos", nombre comercial autorizado por Resolución Directoral 1.988 del 20/Febrero/2.003. La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas junto con el Comité Farmacológico del Materno Perinatal (Informe técnico 23 -2.005), consideran que el Misoprostol, se encuentra justificado para su uso en aborto frusto e incompleto, pero <b>NO</b> se encuentra justificado para el tratamiento de la hemorragia uterina post parto ni en el tratamiento para la maduración del cuello para inducir el parto en el tercer trimestre, así como tampoco para el aborto terapéutico<sup>44</sup>.</p>
	<p><b>3. Cobertura de los sistemas de salud en SSyR: cobertura universal o subsidio a la demanda. Describir los servicios de salud sexual y reproductiva cubiertos por los sistemas de salud y aclarar si existen prestaciones ilegales (ej. Aborto) o excluidas de la cobertura (ej. Vasectomía).</b></p> <p>Las prestaciones de SSyR, aparecen financiadas en todos los seguros de salud pública y pretenden llegar a la cobertura universal. Se incluyen anticoncepción transitoria, anticoncepción quirúrgica o permanente, consejería, aborto terapéutico como <b>única</b> indicación legal. No se incluyen servicios de hormonación para cambio de sexo, fertilización asistida y anticoncepción de emergencia.</p> <p>Desde 2009 la anticoncepción oral de emergencia (PAE) es un método excluido de la cobertura del servicio de salud público, pero se puede conseguir mediante acceso privado. Por medio de un fallo del Tribunal Constitucional<sup>45</sup>, que determinó una duda (erróneamente) sobre los efectos abortivos a la PAE, se ordenó su exclusión de los seguros de salud públicos. Sin embargo, el Tribunal no prohibió su distribución como parte de los servicios privados de salud, ni su venta en las farmacias locales. De la misma forma que dejó abierta la posibilidad de revertir la decisión si en el futuro se aportare evidencia científica sobre el mecanismo de acción no abortivo de este método. La decisión genera un doble régimen que institucionaliza la discriminación en contra de las mujeres más pobres que, desde ese momento no pueden acceder a este método por los costos que representa, entre 1 y 10 dólares estadounidenses, de acuerdo con el informe presentado por el Centro de Derechos Reproductivos al comité CEDAW en 2014<sup>46</sup>.</p> <p>Si bien el MINSA en 2010 realizó algunos esfuerzos<sup>47</sup> por revertir la decisión del Tribunal, debido a la falta de base científica de dicha decisión, hasta el momento no se ha restablecido la distribución de este método.</p> <p><b>4.1 Señales de progreso.</b></p> <p><b>4.1.1 ¿Se garantiza a toda la población el acceso adecuado a la atención en SSyR en adecuadas condiciones de oportunidad, calidad y dignidad independientemente de su capacidad de pago?</b></p> <p>No, de acuerdo con los reportes de la Defensoría del Pueblo<sup>48</sup> en el Perú los principales problemas relacionados con el Programa de Planificación Familiar a nivel nacional son: el desabastecimiento de anticonceptivos, especialmente PAE y los cobros indebidos en la prestación de los servicios de planificación familiar. Esta última se refiere por un lado, a la actuación ilegal de algunos profesionales o funcionarios del sistema público de salud que cobran por las prestaciones incluidas de manera gratuita en los seguros de salud, y por otro lado, al cobro por orden del Tribunal Constitucional desde 2009, de las pastillas de PAE para las mujeres cubiertas por los servicios públicos de salud. Lo anterior implica una violación no sólo a los DRR sino del derecho al acceso al progreso científico por parte de las mujeres y una discriminación por nivel económico.</p> <p>La PAE es especialmente necesaria en Perú donde hay altos índices de violencia sexual contra las mujeres<sup>49</sup>, ya que al evitar un embarazo fruto de violación puede disminuir la ocurrencia de abortos inseguros y clandestinos en un contexto legal que criminaliza el aborto en casos de violación y hace una interpretación restringida del derecho a la salud al no considerar la afectación a la salud mental de una víctima de violencia sexual dentro del aborto terapéutico.</p> <p>Información sobre aborto terapéutico ver <i>infra</i> indicadores de igualdad y no discriminación #1</p>
P R O C E	<p><b>5. Existencia de disparidades público-privadas significativas en el gasto y cobertura en salud SSyR. Justifique.</b></p> <p>Según el MINSA el sistema público- privado<sup>50</sup>, implementado desde 2008 (Decreto legislativo N°1012) ha mejorado la calidad de los servicios y prestaciones ofrecidos a los asegurados, ya que aunque los servicios son prestados en su mayoría por privados, las facultades de dirección, regulación y control las mantiene el MINSA<sup>51</sup>.</p>

S Una de las principales disparidades en materia de atención de la SSyR en el Perú es la cobertura de la PAE se  
O da únicamente por algunos servicios o seguros de salud privados, ya que, como se ha dicho, su distribución gratuita ha sido prohibida desde 2009. Otro ejemplo es el caso de las cesáreas, la evidencia para el Perú muestra que una paciente con seguro privado que no requiere una cesárea tiene una probabilidad de 41% de que se la hagan, mientras que si no tuviera seguro privado la probabilidad sería de 18%<sup>52</sup>.

## 7. Señales de progreso

### 7.1 Tasa de uso de anticonceptivos

De acuerdo con la ENDES 2013, "el uso de métodos de anticoncepción fue muy difundido en el país, presentándose un incremento de 75,2% a 78,6% entre el período 2009 y 2013 respectivamente entre las mujeres en edad fértil que han usado alguna vez métodos anticonceptivos. Según tipo de métodos, las mujeres entrevistadas que usaban algún método moderno se incrementó de 66,3% a 71,5% y de 54,1% a 58,5% entre las usuarias de métodos tradicionales en el referido período". Las mujeres que usan métodos tradicionales aumentaron de 69,3% a 73,5% en el mismo período<sup>53</sup>.

Según área de residencia, existe una diferencia de 0,2 punto porcentual en el nivel de uso actual de algún método anticonceptivo: 74,1% en el área rural y 73,9% en el área urbana. Asimismo, la proporción de usuarias de un método tradicional fue mayor en el área rural que en el área urbana (27,9% frente a 20,6%); en tanto, el porcentaje de usuarias de un método moderno fue mayor en el área urbana en comparación con el área rural (53,3% frente a 46,2%)<sup>54</sup>.

Según edad, de los estudiantes que alguna vez tuvieron relaciones sexuales, el 46.7% tuvieron su primera relación sexual antes de los 14 años. Entre los escolares que tuvieron relaciones sexuales sólo **el 64% de ellos utilizó algún método anticonceptivo en su última relación sexual**, condición que influye en la posibilidad de un embarazo o el desarrollo de enfermedades de transmisión sexual<sup>55</sup>. Asimismo, Un total de 18.4% de adolescentes unidas en una relación de pareja tienen necesidades insatisfechas de planificación familiar. Este porcentaje es mayor al de otros grupos de mujeres unidas de mayor edad<sup>6</sup>. 68.3% de las mujeres menores de 20 años tuvieron embarazos no planeados pues los querían más tarde (57.9%) o no los querían (8.4%)<sup>56</sup>. Un alto porcentaje de adolescentes ha sufrido de alguna infección de transmisión sexual (ITS) o presentan posibles síntomas de una ITS, cuestión que contrasta con el desconocimiento respecto a ellas, puesto que un 46.8% no sabe que son las ITS. Entre las mujeres entrevistadas que mantuvieron relaciones sexuales el mayor porcentaje de mujeres con ITS/flujo, llagas o granos estaban entre 15 a 19 años (12%)<sup>57</sup>.

Sin embargo, de acuerdo con un informe de Presidencia de la Nación de 2013, la agregación de métodos modernos, no refleja los cambios que se han dado en mezcla de métodos usados, producto de los cambios en la oferta y la respuesta de la demanda. A inicios de los 90, cuando el método moderno más usado era el dispositivo intrauterino (DIU), junto con la anticoncepción quirúrgica (AQV) y la píldora; veinte años después, el uso del DIU es menos de 3%, y el uso de la píldora y la AQV aumentaron en 3 puntos cada uno, en tanto que el uso del inyectable creció en 9 veces, y el condón en 4. La tendencia indica menos uso de métodos permanentes o cuasi-permanentes y mayor uso de métodos de abastecimiento continuo. 82% de las usuarias de inyectables y 67% de las usuarias de píldora se abastecen en los servicios públicos de salud<sup>58</sup>.

### 7.2 Existencia de servicios de atención de SSyR para adolescentes.

De acuerdo con el informe Nacional sobre los logros y desafíos en el cumplimiento del consenso de Brasilia de 2013, "en el 2011 existían 976 servicios diferenciados de atención integral para la etapa de vida adolescente, mientras que al 2012 estos servicios se incrementaron a 2,881, siendo el 37% de los establecimientos de salud. Existen las siguientes modalidades de servicios especializados: horarios diferenciados, ambientes exclusivos, servicios especializados a nivel intramuros; servicios móviles y coordinados con instituciones educativas a nivel extramural y centros de desarrollo juvenil"<sup>59</sup>

La Norma Técnica de Planificación Familiar - R.M No 536-2005/MINSA exige a los servicios de salud suministrar métodos anticonceptivos a las adolescentes en riesgo de embarazo no deseado, previa consejería y con la compañía de sus padres, pero excluye el caso de las y los adolescentes que empiezan su vida sexual y desean prevenir embarazos no deseados o el contagio de ITS, es decir, actúa luego de que ya han mantenido relaciones sexuales riesgosas.

Además de las enormes restricciones que impone la norma, la situación de las y los adolescentes se agrava, desde el 2006, con la emisión de la Ley 28704. Esta norma, de "protección a niños, niñas y adolescentes de la violencia sexual", ha determinaba que las relaciones sexuales que se dan con personas mayores de 14 años y menores de 18 años constituyan el delito de violación sexual independientemente a si éstos consintieron o no. En

2013 el Tribunal Constitucional derogó el art- 1 de dicha ley, afirmando que el derecho a la libertad sexual corresponde también a las personas menores de edad<sup>60</sup>. Sin embargo, aún existe una importante resistencia a reconocer el ejercicio de la sexualidad en la adolescencia y por tanto la necesidad de reforzar los servicios de atención de la SSyR en esa franja etaria para garantizar su ejercicio libre y seguro.

### 3. Contexto financiero y presupuestario

21. Bajo esta categoría se presenta la información relacionada con la destinación específica de presupuesto público para la atención de la SSyR, así como las estrategias de financiación de las prestaciones relacionadas en el marco local.<sup>61</sup> Esta información permitirá evaluar la importancia relativa de este aspecto de la salud, así como las posibilidades de ampliación del alcance y cobertura de las prestaciones de SSyR en el corto y mediano plazo. En este sentido, la información presentada muestra una inversión general en salud, pero poca información que permita determinar, el gasto específico en salud sexual y reproductiva.

Contexto financiero básico y compromisos presupuestarios	
E S T R U C T U R A	<p><b>1. Financiamiento de los programas de SSyR:</b></p> <p><b>a) Únicamente con recursos presupuestarios: porcentaje de gasto público destinado a la SSyR. Describir los rubros, porcentajes y prestaciones en los que se invierte el presupuesto destinado a los programas de SSyR</b></p> <p>El SIS se financia mayormente (94%) con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general, específicamente de los impuestos recaudados a nivel nacional y que son asignados por la DGPP, estos recursos representan el 87% del Presupuesto Institucional Modificado En Salud (PIM) de 2013<sup>62</sup>. Poco menos del 6% de sus recursos proviene de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISAL)<sup>63</sup>. El 6% restante procede de recursos directamente recaudados en su operación.</p> <p>El gasto del gobierno como porcentaje del gasto total en salud subió del 53% en el 2000 al 58.3% en el 2006, de acuerdo con las cifras reportadas en el informe de financiamiento de los sistemas de salud de Latinoamérica de LAred/LAnet<sup>64</sup>. <b>Esto no refleja el gasto de salud en DDDR, del cual no se tiene información precisa.</b></p> <p><b>b) Con recursos extrapresupuestarios. Fuentes de financiamiento, montos y periodos. Describir el origen y el impacto en la asignación en el presupuesto de los programas, prestaciones y servicios de SSyR</b></p> <p>Aproximadamente el 6% del presupuesto de la salud proviene de donaciones y transferencias. Estas últimas se refieren principalmente a los convenios con la Organización Panamericana de la Salud y UNICEF autorizados para el desarrollo de planes y programas específicos autorizados por el art. 22 de la ley de presupuesto general de 2014.</p>
	<p><b>4. Distribución del gasto en SSyR por zonas geográficas por país.</b></p> <p>De acuerdo con el informe de USAID de 2009<sup>65</sup> se encuentra que los recursos públicos disponibles para la implementación del aseguramiento universal en el Perú tienen una distribución geográfica poco equitativa<sup>66</sup>. Solo un pequeño conjunto de regiones cuenta con más recursos financieros para el financiamiento del régimen subsidiado que el costo total de financiar el PEAS para su población<sup>67</sup>. No se encuentra información detallada con respecto a la distribución de gasto de SSyR, sin embargo se puede concluir que es poco equitativa.</p>
	<p><b>5. Porcentaje de recursos destinados a la capacitación de recursos humanos para atención de la SSyR</b></p> <p>El mecanismo para autorizar el gasto en capacitación de recursos humanos está determinado por el Plan Anual de Capacitación (CAP) que debe presentar cada entidad territorial o centro de asistencia sanitaria con la planificación y presupuesto necesario para el desarrollo de las actividades anuales de capacitación en la oficina de Capacitación, Docencia e investigación de cada una. El PAC debe ser aprobado por el MINSA para poder obtener las partidas presupuestarias solicitadas<sup>68</sup>. No existen datos sobre el tipo y materia de capacitación recibida por el personal sanitario y que porcentaje va a destinada a SSyR.</p>

R	<b>6. Porcentaje promedio de gasto en salud SSyR del promedio de ingresos del hogar</b>
E	En la actualidad el gasto de bolsillo de las familias ha ido en aumento, constituyendo incluso, la mayor fuente
S	de financiamiento- 42% del total del gasto en salud del país <sup>69</sup> . Teniendo en cuenta que, de acuerdo con los últimos
U	estudios realizados en el Perú sobre el nivel de ingresos, los hombres obtienen un ingreso por hora 25% mayor al
L	de las mujeres y que los trabajadores cuya lengua materna es nativa obtienen un ingreso un 13% menor al de los
T	trabajadores cuya lengua materna es el castellano, el incremento del gasto de bolsillo se constituye en un factor
A	de discriminación y exclusión del derecho a la salud, para las mujeres y mayor para las mujeres indígenas <sup>70</sup> .
D	De acuerdo con el informe de empobrecimiento de gasto de bolsillo en salud de 2010 <sup>71</sup> , casi todo el gasto en
O	salud se debe a pagos por medicinas y consultas médicas.

## B. Ejes transversales a todos los DESC

### 1. Igualdad y no discriminación

22. En este eje se releva la información acerca del esfuerzo del Estado en cuanto al logro de la igualdad material de su población. Se aporta información relacionada con las medidas y políticas adoptadas, para impedir o corregir las diferencias de trato, basadas en categorías prohibidas que restrinjan o limiten el ejercicio de los derechos. De igual forma, se relevará el esfuerzo estatal en la atención de la SSyR de grupos de atención prioritaria, que deberían ser determinados en virtud de criterios objetivos y razonables que permitan adecuar, tanto las características de la atención como la cobertura y prestaciones incluidas, a las características propias del grupo de que se trate (adolescentes, mujeres, indígenas, personas con discapacidad, personas con recursos económicos insuficientes, etc.). Se debe atender al concepto de discriminaciones múltiples (*multiple discrimination*) que incluye no solo a grupos sociales sino también zonas geográficas desaventajadas, por factores como las condiciones ecológicas/ambientales, de infraestructura sanitaria, de desarrollo económico, etc.<sup>72</sup>

23. En este punto es de resaltar la conexión que existe entre la igualdad sustantiva y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. La igualdad y la no discriminación hacia las mujeres, están directamente conectados con la falta de servicios de salud que solo necesitan las mujeres, tales como la anticoncepción de emergencia y el aborto. La negación de estos servicios de salud, es la perpetuación de la discriminación y una barrera determinante para alcanzar la igualdad sustantiva.

Igualdad y no discriminación	
E	<b>1. Regulación del aborto. Describir el modelo de regulación y las normas relacionadas.</b>
S	Desde 1924 en el código penal peruano se estableció el modelo de permisos para la regulación el aborto,
T	según el cual, la regla general es la penalización del aborto (arts. 114 a 118 código penal) con una excepción
R	denominada aborto terapéutico (art.119). Según esta excepción no será punible el aborto practicado en los casos
U	en los que es el único medio para salvar la vida de la mujer gestante o para evitar un mal grave y permanente en su
C	salud. Existe además atenuación punitiva en dos casos: 1. cuando el embarazo fuese producto de una violación
T	sexual fuera del matrimonio o inseminación artificial no consentida fuera del matrimonio, siempre que los hechos
U	hubiesen sido debidamente denunciados e investigados al menos parcialmente. 2. Cuando, por medio de
R	diagnóstico médico, se constaten graves taras físicas o psíquicas en el ser en formación.
A	A pesar de las múltiples condenas recibidas por el Estado peruano <sup>73</sup> derivadas del sistemático incumplimiento
L	de las normas citadas, que permiten el aborto, solo hasta junio de 2014 se emitió la R.M. N° 486/2014. La cual
E	aprueba la <b>Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la</b>
S	<b>gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con</b>
	consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal. Pero su aplicación
	todavía no puede ser evaluada debido a su corta vigencia, y existen retos para que su implementación garantice
	los derechos humanos de las mujeres, pues está sujeta a que se realice una interpretación amplia del derecho a la
	salud, entendida como la salud física, mental y social, tal como lo señala la CEDAW en sus últimas observaciones
	finales al Estado peruano (CEDAW/C/PER/CO/7-8) y que se eliminen posibles barreras para su acceso.
	<b>2. Existencia de una política de salud SSyR para adolescentes.</b>

De acuerdo con la Norma Técnica de Planificación Familiar - R.M N° 536-2005/MINSA se puede suministrar métodos anticonceptivos temporales a los adolescentes en los casos en que presenten riesgo de embarazo no deseado, riesgo de contraer una ETS por ser sexualmente activos o tener antecedente de embarazo o haber sido víctima de violencia sexual.

Por otra parte, fue solo hasta 2012 que el Tribunal Constitucional decreta<sup>74</sup> la inconstitucionalidad del artículo 1° de la Ley N° 28704 de 2006, que penalizaba las relaciones sexuales de adolescentes entre 14 y 18 años de edad limitando el ejercicio de sus derechos al libertad sexual y a la protección de la integridad física, la salud, la vida digna, etc. El tribunal reconoce que de acuerdo con el principio de autonomía progresiva es importante reconocer que cada adolescente irá desarrollando capacidades de discernimiento que le permitirán el ejercicio libre y responsable de su sexualidad. Destacando en este sentido la importancia de la implementación "Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2012-2021", según el cual "existe consenso en que el embarazo en edad temprana es un evento que afecta la salud física, mental y social de la futura madre, así como del recién nacido (...)" y por tanto es necesaria la generación de programas de educación y atención de la sexualidad adolescente.

Sin embargo, a dos años de la despenalización de las relaciones sexuales en la adolescencia, todavía se constatan fuertes deficiencias en la implementación de servicios de atención de la SSyR para adolescentes<sup>75</sup>. Algunos esfuerzos en este sentido empiezan a realizarse como parte del "Programa Estratégico de salud materna y neonatal" y algunos consultorios de atención especializada para adolescentes, "cuyos efectos a escala poblacional no son aún demostrables"<sup>76</sup>.

El plan tiene como objetivo para el 2020 una disminución del 20% de los embarazos no planificados en esta franja etaria, por medio de intervenciones multisectoriales que incluyen, la postergación del inicio de la actividad sexual, la inclusión de contenidos de Educación Sexual Integral (ESI) en el marco de la curricula regular, incrementar el uso de métodos anticonceptivos en adolescentes mayores de 18 años y las adolescentes que ya son madres, disminuir distintos tipos de violencia que sufren los adolescentes, especialmente la violencia sexual.

#### **2.1 Existencia de una política de SSyR para atención de la diversidad sexual (orientación sexual e identidad de género)**

En el Perú no existe un programa de atención en SSyR para esta población. Es más, a pesar de las recomendaciones realizadas por distintos órganos internacionales de Derechos Humanos en 2011 y 2012<sup>77</sup>, el Estado peruano no ha emitido ninguna regulación para prevenir, sancionar y erradicar los actos de discriminación en contra de personas pertenecientes a colectivos de diversidad sexual (gays, lesbianas, travestis, transexuales, intersexuales, bisexuales, entre otros)<sup>78</sup>.

El 10 de diciembre del 2012 se anunció en acto público la aprobación del Plan Nacional de Derechos Humanos 2012-2016 y se informó que incluía explícitamente a la población LGTBI. Sin embargo, de acuerdo con el informe de PROMSEX "el texto no se ha dado a conocer y no se encuentra publicado en la web institucional ni en el diario oficial El Peruano".

#### **2.1. Existencia de una política de salud SSyR para la población indígena**

En 2004 la R.M 771-2004/MINSA crea el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), responsable técnico de la promoción y el desarrollo de estrategias de implementación de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas (ENS).<sup>79</sup> Actualmente se regula mediante el Plan Sectorial Concertado y Descentralizado para el Desarrollo de Capacidades en Salud, Perú 2010 – 2014 (Plansalud), que es reafirmado en su enfoque intercultural por la Declaración Ministerial Regional realizada en la ciudad de Lima en 2011<sup>80</sup> sobre el compromiso de los estados en la implementación de servicios de SSyR interculturales, bajo el entendimiento de que es indispensable este abordaje para lograr la atención de calidad que responda a las necesidades de la población indígena y pueda contribuir a la disminución de la mortalidad materna<sup>81</sup>.

A pesar de ello, los índices de mortalidad materna, de embarazo en la adolescencia, la brecha en el acceso a métodos anticonceptivos y a la información sobre SSyR entre la población indígena no disminuyeron, de acuerdo con las estadísticas y encuestas recientes<sup>82</sup>. Por el contrario, por ejemplo, en el 2011, según datos de la DIRESA se incrementó la mortalidad materna en un 47% en el departamento de Puno (con población predominantemente Aymara y Quechua). Se puede observar que casi todos los departamentos con población indígena amazónica excepto Ucayali y San Martín se encuentran por encima del promedio nacional. De acuerdo con el informe sobre derecho humanos de las mujeres indígenas presentado por la fundación Flora Tristán en 2012: "Los cinco departamentos del Perú que concentran el mayor número de muertes maternas notificadas en el año 2010 (Cajamarca, Puno, La Libertad, Loreto y Piura) evidencian también poco avance en el acceso a métodos modernos de planificación familiar entre la ENDES 2000 y 2010".

	<p><b>3. Reconocimiento de los DRR. Instrumentos normativos y su alcance.</b> Ver anexo I.</p> <p><b>3.1 Señales de progreso</b></p> <p><b>3.1.1 Existencia de protocolos de actuación para SSyR (VIH/SIDA, aborto, anticoncepción de emergencia, violencia sexual, intersexualidad, readecuación corporal, etc.)</b> Ver anexo I</p> <p>Es importante resaltar la emisión del protocolo de acceso a los abortos terapéuticos de acuerdo con la norma aprobada en 2014 por el MINSA, R.M. N° 486/2014. Este protocolo se aplica a partir del segundo nivel de atención del sistema de salud nacional, lo que excluye de la posibilidad de realización de abortos terapéuticos en el servicio de atención primaria de la salud. Adicionalmente, impone un límite de edad gestacional de 22 semanas, límite injustificado ya que se trata de embarazos que ponen en riesgo la salud o la vida de la mujer y que pueden presentarse en cualquier edad gestacional. Expresamente asigna igual valor a la vida de la mujer y del feto (art. 5.2), lo que claramente contraría la voluntad del legislador peruano que privilegió, como es lógico, la vida de la mujer por sobre la del ser en gestación. Para el acceso al aborto terapéutico, establece que debe ser una junta médica la que debe fundamentar la adecuación a la causal de aborto no punible. Además ordena la intervención del/a jefe/a del departamento y el /la directora/a del hospital (art.6.1, 6.2, 6.3). El protocolo establece un plazo de 6 días para la realización de la práctica desde la solicitud de la mujer (Art. 6.2). En los casos de emergencia en los que corre riesgo inminente la vida de la mujer, no releva del cumplimiento de todo el proceso descrito aunque dispone que la actuación deba ser inmediata y no dentro del plazo general de 6 días.</p>
	<p><b>4. Estimaciones de abortos inducidos, por edad, lugar de residencia y condiciones socioeconómicas de la mujer.</b> Las estimaciones de la sociedad civil respecto del cantidad de abortos indicaría que cada año se producirían 376 mil abortos clandestinos en el país y aproximadamente 1.8 millones de nacimientos no deseados<sup>83</sup>.</p>
<p>P R O C E S O</p>	<p><b>5. Señales de progreso</b></p> <p><b>5.1. Barreras específicas para la atención (adolescentes, personas rurales, indígenas, personas con discapacidad, etc.)</b></p> <p>Población indígena: Existen problemas de oferta relacionados con la disponibilidad de profesionales para los servicios de salud de la población indígena.<sup>84</sup> De acuerdo al II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana el 40.9% de las comunidades indígenas amazónicas cuentan con un establecimiento de salud y el 59.1% carece del mismo. De aquellos que cuentan con un establecimiento de salud el 45.4% cuenta con botiquines y el 42.3% con puesto de salud o posta sanitaria y el 10.9% con centro de salud. El 79% del personal de salud tiene una procedencia indígena, el 21% es no indígena. Son mujeres el 70.3% del personal de salud y el 29.7% son hombres. El 50.2% de comunidades indígenas con puestos de salud se abastecen de agua de río o manantial, el 16.4% de agua de pozo y el 13.4% de tubería conectada a red pública.</p> <p>El 69.5% de comunidades indígenas amazónicas tienen como método de curación las plantas medicinales y medicamentos, el 16% solo medicamentos y el 12% solo plantas medicinales.</p> <p>De acuerdo con el informe presentado por la fundación Flora Tristán en 2012<sup>85</sup>, en las comunidades indígenas muchas mujeres no ejercen su derecho a una maternidad saludable y segura debido a las barreras culturales, geográficas y económicas que limitan su acceso a los servicios de salud. Según el Ministerio de Salud, las mujeres en áreas rurales tienen el doble de probabilidades de morir por causas relacionadas al embarazo que las mujeres en áreas urbanas<sup>86</sup>.</p> <p>Adolescentes: Ver <i>Supra</i> #2.</p>
<p>R R E S U L T A</p>	<p><b>6. Tasa de mortalidad materna</b></p> <p>De acuerdo con el informe de 2012, de la dirección de epidemiología del MINSA<sup>87</sup>: “Desde el año 2002 al 2011, en todos los grupos etarios se observa reducción de la TMM, lo que nos indica que la TMMM expresada como riesgo de morir va en descenso, por las mejoras de la atención en la salud reproductiva”. En el Perú para el periodo 2002-2012 la TMM fue de 7.2 por cada cien mil mujeres en edad fértil, indicador que osciló entre 7.0 y 7.4 MM por cada cien mil mujeres en edad fértil. Comparando los periodos de 2002-2006 y 2007-2011, observamos que la TMM ha disminuido significativamente de 8.4 a 6.5 por cada cien mil mujeres en edad fértil.<sup>88</sup></p>
<p>D O</p>	<p><b>8. Distribución de la mortalidad materna por edad</b></p> <p>Agrupando las edades se puede apreciar que existe una tendencia al aumento en la proporción de MM en la adolescencia (de 8.8% a 11.8%) y adultez (de 42.3% a 47.6%). La franja etaria entre los 20 y 29 años proporcionalmente acumula el 46.1% del total de MM, con una tendencia al descenso, sin mencionar que estas cifras en ambos periodos siguen siendo superior al resto de las etapas de vida.</p>

**9. Tasa de mortalidad perinatal**

De acuerdo con la ENDES 2013, la Tasa de Mortalidad Perinatal fue 17 defunciones por mil embarazos de siete o más meses de duración, con un componente algo mayor de nacidos muertos que de muertes tempranas. La mortalidad perinatal para los nacimientos de madres que tenían 40 a 49 años en el momento del nacimiento fue 28 por mil, y en las de 20 a 29 años de edad 16 por mil. Se presenta una mayor Tasa de Mortalidad Perinatal en el quintil inferior de riqueza (18 por mil); y la menor en el cuarto quintil y quintil superior de riqueza (11 por mil cada uno).

**10. Cantidad de partos atendidos por personal calificado**

Según los datos de la ENDES 2013, el 88,6% de los nacimientos en los cinco años anteriores tuvieron lugar en un servicio de salud (público o privado). Esta proporción se incrementó en 6,6 puntos porcentuales respecto a lo observado en el año 2009 (82,0%). La ocurrencia del parto en casa bajó de 16,7% en el año 2009 hasta 10,6% en el año 2010. En el año 2010, solo el 58,7%<sup>33</sup> los partos de las mujeres en zonas rurales era atendido en un establecimiento de salud

**11. Porcentaje de mujeres embarazadas con atención prenatal**

De acuerdo con la ENDES 2013: "El 98,4% de las mujeres tuvieron algún control prenatal por personal de salud (médico, obstetrix, enfermera, técnico en enfermería, sanitario o promotor de salud), lo que constituyó un aumento sobre el 94,5% encontrado en el año 2009. Desagregando este indicador, se observaron avances entre los años 2009 y 2013, subió la atención por obstetra, de 58,2% a 59,1%.

La atención prenatal por médico presenta una tendencia a aumentar, de 28,9% en el año 2009 a 32,3% en el año 2013. Hay excepciones, como disminuciones entre las mujeres del quintil superior que pasó de 66,6% a 61,0% y en aquellas con educación superior, de 53,5% a 52,5%, entre las dos encuestas mencionadas". Desagregando la información por edad se encontró que menos adolescentes menores de 20 años de edad se atendieron con un médico, en comparación con las mujeres de 35 a 49 años de edad (26,6% frente a 36,9%).

El 62,9% de las adolescentes menores de 20 años de edad se controlaron con una obstetra. De igual forma se observa una gran diferencia respecto de las mujeres de menos capacidad económica. En el quintil inferior solo se controlaron por un médico en un 14,8% mientras que en el más alto fue un 61% de las mujeres. Sin embargo, un 73,2% de las mujeres del segundo quintil fueron atendidas por una obstetra en el año 2013. En la encuestas solo el 1,7% de mujeres respondieron que "No recibió atención".

**11. Porcentaje de adolescentes embarazadas, porcentaje de atención prenatal en este grupo.**

De acuerdo con la investigación de Mendoza y Subiría en 2013, el embarazo en la adolescencia en Perú se ha mostrado "prácticamente estable en las últimas décadas entre el 12 y 13%, el embarazo en adolescentes de 15 a 19 años oculta una persistente heterogeneidad, sobre todo si no es planificado, que como veremos son la mayoría. Al compararlas con los hombres, menos de 1% de ellos son padres a la misma edad"<sup>89</sup>. Sin embargo, si se desagrega por edad la franja de la adolescencia, vemos que de acuerdo con la ENDES 2013, se presenta un incremento en la tendencia de la franja de los 15 a 19 años en donde aparece un 16% de embarazos y la incidencia de embarazo adolescente difiere de lugar de residencia: 32.2% de adolescentes de Loreto tienen un hijo/a o están embarazadas, en Arequipa el 5.2% se encuentran en la misma situación<sup>90</sup>.

De acuerdo con un informe de UNICEF en 2010 la tasa embarazo en la adolescencia de mujeres indígenas llegaba a 22% en el rango entre los 15 y 20 años de edad<sup>91</sup>. Y la cifra aumenta entre las adolescentes asháninkas y de otras lenguas amazónicas, en donde alrededor de un 40% de adolescentes mujeres tienen al menos un hijo o hija<sup>92</sup>.

En cuanto a la atención prenatal, de acuerdo con la ENDES de 2013, el 94,7% de las adolescentes (menores de 20 años) recibió atención prenatal, de ellas el 26% se atendió con un médico, el 62,9% con una obstetrix, el 5,2% con una enfermera y el 2,8% con un promotora de salud.

**12. Porcentaje de mujeres embarazadas con test de VIH**

Sin dato.

**13. Porcentaje de niños nacidos de madres con VIH infectados en los dos primeros años de vida.**

La transmisión del VIH-SIDA en el Perú es casi exclusivamente sexual (96%). La transmisión perinatal y parenteral alcanzaría un 2.1% y 1.1% de los casos, respectivamente. De acuerdo con las cifras presentadas por la Dirección General de Epidemiología del Perú en 2014, estas proporciones se han mantenido en los últimos años, ya que se reporta que el 1% de los casos de infección con VIH fueron por transmisión *perinatal* y el 2% por transmisión *vertical*<sup>93</sup> de un total de 3226 casos nuevos reportados durante 2013.

**14. Indicadores de lactancia materna**

De acuerdo con la ENDES de 2013, el 98,6% de las niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la encuesta han lactado alguna vez. Según sexo, el porcentaje fue superior en las mujeres (99,0%), en comparación con los hombres (98,3%), por nivel educativo fue mayor entre las niñas y niños de madres con educación primaria (99,0%), mientras que menor porcentaje se presentó en madres sin educación (97,6%), por quintiles de riqueza fue mayor en quienes se ubicaron en el quintil inferior (99,0%), mientras que en el quintil intermedio se presentó el menor porcentaje (98,1%). Por área de residencia, fue mayor en el área rural (99,0%) que en la urbana (98,5%).

El inicio adecuado (dentro de la primera hora de nacido) de la lactancia materna se presentó en mayor porcentaje entre niñas y niños de madres cuyo parto fue atendido por partera tradicional/comadrona (73,8%). Por otro lado, el 35,4% de niñas y niños que nacieron en los cinco años anteriores a la Encuesta 2013 recibieron un alimento diferente a la leche materna antes de empezar a lactar, porcentaje que se incrementó en 4,9 puntos porcentuales al observar el valor del año 2009 que fue 30,5%. Estos casos se presentaron con mayor frecuencia entre niñas y niños del quintil superior y cuarto quintil de riqueza (59,0% y 51,1%, respectivamente), de madres con educación superior (52,9%).

A nivel nacional, el tiempo promedio de duración de la lactancia en niñas y niños menores de tres años de edad fue 20,7 meses, manteniéndose estable desde 2009 año en que fue 20,8 meses. La duración mediana de la lactancia exclusiva fue 4,4 meses. Entre niñas y niños la duración fue mayor en las mujeres (4,9 meses) que en los hombres (4,0 meses).

## 2. Acceso a la justicia

24. En este eje transversal se entiende la justicia en sentido amplio, por lo cual se incluyen todos los remedios, tanto a nivel judicial como administrativo, contemplados en el ordenamiento jurídico para la obtención de la satisfacción de las prestaciones relacionadas con la SSyR. De la misma manera se comprende la información relacionada con la eficacia y efectividad (accesibilidad, debido proceso, plazos de resolución, etc.) de estos mecanismos para la garantía de cumplimiento del derecho a la SSyR. Se relevan aspectos legales y fácticos para la aplicación de los remedios disponibles frente a la vulneración del derecho.

25. En la información presentada, se evidencia los graves problemas que existen en Perú con respecto al acceso a la justicia en casos de DDDR. La falta de implementación de decisiones internacionales y la falta de reparación integral es solo una muestra de una grave situación de falta de acceso a la justicia.

Acceso a la justicia	
E S T R U C T U R A L E S	<p><b>1. Existencia de instalaciones prejudiciales para radicar denuncias en materia de incumplimiento de obligaciones vinculadas al derecho a la salud SSyR (oficinas de atención especializadas en mujeres, adolescentes, etc. que reciban asuntos relacionados SSyR). Jurisdicción, alcance y competencias.</b></p> <p>En el caso de personas menores de edad se pueden radicar denuncias o quejas en la oficina administrativa a cargo de las quejas es la defensoría Municipal de niños y adolescentes (DEMUNA) desde 1997<sup>94</sup>. Estas son entidades de atención integral para esta población cuya finalidad es promover y proteger todos los derechos que las leyes vigentes reconocen, para ello pueden intervenir en todas aquellas situaciones en la que exista amenaza o vulneración de un derecho para hacer prevalecer el interés superior del niño.</p>
	<p><b>2. Competencias de los ministerios sectoriales para recibir denuncias o quejas de los usuarios del sistema de salud en salud SSyR. Alcance y facultades.</b></p> <p>Se pueden presentar quejas ante la Defensoría de la Salud y Transparencia (DSyT) del Ministerio de salud que, en virtud de la RM N° 603-2007-/MINSA<sup>95</sup>, es la encargada de "intervenir en los hechos o actos que vulneren o pudieran vulnerar el derecho a la salud de las persona, la familia y la comunidad", pudiendo "intervenir de oficio o a solicitud de parte en los hechos o actos que atenten contra la ética y transparencia en la gestión administrativa del Ministerio de Salud".</p>

	<p>Existen DSyT regionales que conocen las quejas locales de todas las prestaciones sanitarias incluyendo las relacionadas con la SSyR de la población y cada uno de los hospitales públicos más importantes de tercer nivel tienen asignado un/a defensor/a para que conozca de los reclamos y quejas de las/os usuarias/os<sup>96</sup>.</p> <p>El procedimiento llevado a delante por estas oficinas relacionado con las sugerencias, quejas y consultas<sup>97</sup> persigue mejorar los servicios y la gestión pública del sector salud y no se considera un procedimiento administrativo sancionador, por tanto los informes finales, presentados al finalizar la investigación por la DSyT, serán irrecurribles, al no tratarse de actos administrativos, ni implican precedente de observancia obligatoria</p> <p>El seguro de salud EsSALUD tiene también una oficina de "Defensa del asegurado" (DAE) que desde 2013, recibe y tramita las quejas relacionadas con la prestación y calidad de servicios sanitarios de sus asociados.</p>
P R O C E S O	<p><b>3. Número de denuncias recibidas, investigadas y resueltas en relación a la SSyR por los organismos de derechos humanos competentes en el país. Incluir casos como esterilizaciones forzadas, negación de prácticas de abortos legales, trato cruel en la atención posaborto, violación del secreto profesional, etc.</b></p> <p><b>Aborto terapéutico:</b> en 2011 el Perú fue condenado por segunda vez<sup>98</sup>, por el Comité CEDAW, en el caso LC vs. Perú<sup>99</sup>, en dictamen emitido en octubre de 2011, debido justamente a la falta de actuación de las autoridades locales en la investigación y sanción de las violaciones de derechos humanos por la denegación del acceso a los abortos legales. Se determinó que el Estado violó los derechos humanos de LC, una niña de 13 años que necesitaba abortar para que se le realizara una intervención quirúrgica que evitara la consolidación de su diagnóstico de "traumatismo vertebro-medular cervical, luxación cervical y sección medular completa" con "riesgo de discapacidad permanente", producto del intento de suicidio que había tenido al saberse embarazada a causa de sucesivas violaciones sexuales.</p> <p><b>Esterilización forzada:</b> Bajo en gobierno de Alberto Fujimori, en la década de los 90, se llevó adelante una política de esterilización forzada de mujeres indígenas en la mayor parte de los territorios nacionales. Tras la salida del presidente se inició una investigación por la Fiscalía de la Nación, ya que se han denunciado 2,074 casos de esterilizaciones forzadas durante ese período (y se calculan aproximadamente 370,000 esterilizaciones y al menos 18 muertes<sup>100</sup>), pero esta causa fue archivada en 2009.</p> <p>En 2011, tras la resolución amistosa en el caso ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) por el caso María Mamérita Mestanza Chávez vs Perú, se anunció la emisión de la Resolución 2073-2011-MP-FN, que reabría el caso y permitía la continuación de la investigación por esos hechos<sup>101</sup>. Sin embargo, en el 2014, la investigación fue cerrada sin esclarecimiento de los hechos o sanciones a los responsables, lo cual genero impunidad total de las violaciones de este caso y todos los relacionados con la práctica sistemática de estatalización forzada que tuvieron lugar en Perú en el periodo de 1996- 2000. La falta de investigación y de sanción tiene graves repercusiones en el acceso a la justicia.</p>
R E S U L T A D O	<p><b>5. Composición por sexo de los casos notificados de VIH/SIDA</b></p> <p>De acuerdo con el boletín de la situación del VIH/SIDA en el Perú de la Dirección general de Epidemiología del Ministerio de salud de la Nación, la razón hombre/mujer de los casos reportados de VIH en 2013 fue de 3,3 con un total de 822 hombres y 243 mujeres como casos nuevos ese año. Estas cifras representan un ligero aumento respecto de la tendencia de los primeros años del siglo XX en que el la razón se mantuvo alrededor de 2,7.</p>
	<p><b>7. Estimaciones judiciales sobre casos de abortos ilegales por edad, lugar y condiciones socioeconómicas</b></p> <p>Sin dato.</p>

### 3. Participación ciudadana y acceso a la información

26. Este eje transversal a todos del DESC busca relevar información sobre las estrategias públicas para la difusión de información en materia de SSyR, tanto a nivel del ejercicio del derecho como del diseño e implementación de las políticas sanitarias específicas. Este último componente se relaciona con la garantía de la obligación estatal de rendición de cuentas (*accountability*) que implica la disponibilidad de información (estadística, financiera, de gestión, etc.) de calidad, que respete los estándares acordados en el protocolo de San Salvador, sobre el relevamiento de la información, de tal forma que permita la realización de cruces y la

identificación de necesidades sanitarias especiales (edad, sexo, raza, etnia, nivel económico, etc.) para que la sociedad civil y las autoridades puedan evaluar las actuaciones públicas.

De la misma forma, se incluye información acerca del nivel de participación ciudadana en el diseño y monitoreo del cumplimiento de los programas y políticas públicas de SSyR, lo cual resulta central para contribuir al mejoramiento y fortalecimiento sistemas de fiscalización ciudadana, transparencia y rendición de cuentas.

<b>Participación y acceso a la información</b>	
<b>1. Existencia de un sistema estadístico en materia de salud sexual y reproductiva. Cobertura territorial y temática, jurisdiccional y poblacional.</b>	<p>Desde 1999 existe Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna que reporta los datos de la MM sus causas y las principales características.</p>
<b>2. Señales de progreso</b>	<p><b>2.1. Existencia de estudios que indaguen sobre las necesidades insatisfechas del cuidado de la SSyR en la población</b></p> <p>En el 2010 se publicó un estudio sobre las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado del Instituto Nacional Materno Perinatal<sup>102</sup>. Los resultados muestran que “El temor por los efectos secundarios de los MAC fue la primera causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (92.2%) y su presencia fue un factor de riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y acabe teniendo un embarazo no deseado (OR: 11.1, IC 95%: 2.1 - 59.3). La subestimación del riesgo de embarazo fue la segunda causa que determinó la necesidad insatisfecha en planificación familiar (71.6%), mas no tuvo influencia en el embarazo no deseado. La oposición de la pareja al uso de MAC determinó la necesidad insatisfecha en un 22.5%, su presencia fue riesgo para que la mujer no utilice la anticoncepción y tenga embarazo no deseado (OR: 6.4, IC95%: 2.3 - 18.2). La dificultad en el acceso y la falta de información no fueron estadísticamente significativas.</p> <p>De acuerdo con la ENDES 2013, la necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar es: “el 9,0% de las mujeres en unión del país tuvo necesidad insatisfecha de planificación familiar (comparado con 7,2% en el año 2009), gran parte de ellas con la intención de limitar el tamaño de su familia (5,0%). El porcentaje que se observa en el primer grupo de edad, 15 a 19 años, dentro de aquellas mujeres que desean espaciar el nacimiento de sus hijas e hijos, fue alto si se compara con el resto de los grupos.</p> <p>Entre las mujeres sin educación superior, la necesidad insatisfecha fue mayor que en las mujeres con educación superior (13,3% frente a 6,8%). Con respecto a los quintiles de riqueza, el mayor nivel de la demanda insatisfecha se presentó entre las mujeres del quintil inferior (12,4%). En cambio, el menor nivel se encontró en el quintil superior con un valor de 6,2%.</p> <p>La demanda total por servicios de planificación familiar (uso de métodos más necesidad insatisfecha) entre las mujeres unidas, se estima en el 83,9%: 53,8% para limitar el tamaño de la familia y 30,1% para espaciar los nacimientos. La demanda total fue casi similar al valor observado en la Encuesta 2009 (83,8%).”.</p>
<b>3. Protección legislativa de la confidencialidad de la información en SSyR. Incluir regulación del secreto profesional.</b>	<p>Tanto la CN en sus art. 2.6 y 2.18 establece respectivamente el derecho a que “los servicios informáticos, computarizados o no, públicos o privados, no suministren informaciones que afecten la intimidad personal y familiar” y a “mantener reserva sobre sus convicciones políticas, filosóficas, religiosas o de cualquiera otra índole, así como a guardar el secreto profesional”, como el art. 41.h del código de ética y deontología médica que establece el deber de los profesionales de la salud de garantizar la confidencialidad y privacidad de los datos personales y médicos que conozcan en virtud de su profesión. En el mismo sentido el título III de dicho código establece el deber de guardar el secreto profesional que se extiende a toda la información revelada por el paciente o sus familiares con ocasión de la consulta o atención médica. Con la excepción de enfermedades contagiosas que puedan poner en riesgo a terceras personas y solo en la medida y forma necesaria para evitar un daño.</p> <p>El código penal también castiga la violación del secreto profesional (art.165<sup>103</sup>) en los casos en que la revelación haya sido no consentida por la persona interesada. Se trata de una protección fuerte del secreto ya que no establece justas causas como eximentes de la responsabilidad penal o la pena.</p>

Sin embargo, en el caso del aborto se presenta un conflicto normativo importante, ya que el artículo 30 de la Ley General de Salud y el artículo 326 del Código Procesal Penal<sup>104</sup> que obliga a la denuncia de los casos que lleguen a conocimiento de los profesionales de la salud, aumentando el riesgo de que las mujeres por temor al castigo penal prefieran evitar la atención médica de urgencia, en los casos de complicaciones pos aborto; además los médicos asuman funciones jurisdiccionales y fiscales que no les corresponden, permitiendo que algunos abusen de su poder y persigan incluso casos de abortos espontáneos.

Según el Observatorio de Criminalidad del Ministerio Público, a partir de los informes del Sistema de Información de Apoyo al Trabajo Fiscal y del Sistema de Gestión Fiscal, entre 2009 y 2012 se registraron 3271 denuncias por aborto a nivel nacional<sup>105</sup>. El Poder Judicial reportó que durante 2012 hubo 73 denuncias contra mujeres por practicarse abortos y 32 sentencias, 45 denuncias por aborto consentido y 44 sentencias<sup>106</sup>.

Es importante recordar que el Perú, ya tiene una condena de la CIDH en relación con la vulneración del secreto profesional con normas que obligan a profesionales de la salud a denunciar a sus pacientes, tal como ocurrió en el caso De la Cruz Flores c. Perú (18 de noviembre de 2004), en el que una profesional de la salud fue condenada por no denunciar las supuestas actividades terroristas que podrían haber causado las lesiones de uno de sus pacientes. En dicha oportunidad, la CIDH "consideró que la confidencialidad debe privilegiarse sobre el deber de denunciar, como claramente lo establecen normas nacionales e internacionales, tales como la Constitución peruana, el Código de Procedimientos Penales de Perú y el Código de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial"<sup>107</sup>.

La confidencialidad en el caso de las/os adolescentes se ve seriamente vulnerada en el caso de la solicitud de anticoncepción por personas entre 14 y 18 años, ya que para obtener los métodos deben estar acompañadas de sus padres o responsables legales (art.4. Ley general de salud). A pesar de la existencia del Proyecto de Ley 2443/2012-CR que intenta modificar dicha situación y reconocer el derecho a la libertad sexual de las/os adolescentes por el Tribunal Constitucional, como fue mencionado, hasta el momento no se ha modificado la disposición de la ley general de salud.

#### **4. Requiere la legislación el consentimiento informado para un tratamiento o práctica de SSyR**

En la Ley General de Salud (Ley N° 26842) desde el año 1997 y sus modificaciones en el año 2008 con la Norma Técnica N° 022- MINSa/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud para la gestión de la historia clínica, epicrisis, informe de alta y consentimiento informado" (Ley N° 29414 y 686-2008/MINSa). En su Título I, art. 4° dispone que "ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo." Asimismo, dispone en su art. 15.1 °, inciso c, "a recibir atención de los médicos con libertad para realizar juicios clínicos, de acuerdo con lo establecido por el artículo 5° de la Ley de Trabajo Médico"; 15.2 ° inciso f "A recibir en términos comprensibles información completa, oportuna y continuada sobre su enfermedad, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento; así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las intervenciones, tratamientos y medicamentos que se prescriban y administren. Inciso g "A ser informada sobre su derecho a negarse a recibir o continuar el tratamiento y a que se le explique las consecuencias de esa negativa. La negativa a recibir el tratamiento puede expresarse anticipadamente, una vez conocido el plan terapéutico contra la enfermedad". Por su parte el art- 15.4 establece toda la regulación sobre la forma de presentación del consentimiento informado.

### III. Conclusiones y recomendaciones

- **Disminución de la MM.** De acuerdo con los datos presentados en este informe, entre 2002 y 2011, aunque la TMM disminuyó en los últimos años en todos los grupos etarios, se puede observar una diferencia sensible en el descenso de acuerdo a la zona geográfica y el origen étnico de las mujeres. Por ejemplo, de acuerdo a la zona geográfica, la sierra (15.5 por cada 100.000 mujeres en edad fértil) tuvo mayor TMM que la costa (4) y selva (14,9) y casi todos los departamentos con población indígena amazónica excepto Ucayali y San Martín se encuentran por encima del promedio nacional.
  - **Recomendación:** se requiere el fortalecimiento de iniciativas para el mejoramiento de la calidad de la atención de las mujeres antes, durante y después del embarazo, el parto y el puerperio. Para ello es central la puesta en marcha de las estrategias ya aprobadas por el Estado peruano, respecto de la ampliación de la cobertura de los servicios de SSyR, la incorporación de una perspectiva intercultural y comunitaria en la atención en SSyR que permita el abordaje integral de los aspectos físicos, psíquicos y sociales.  
Para la disminución de la mortalidad materna se requiere de la política de salud pública, la priorización sobre las principales causas directas de mortalidad materna, así como sobre las causas indirectas, que permitirían el acceso al aborto terapéutico. Se deberán implementar protocolos de detección oportuna y actuación frente a la hemorragia posparto, la hipertensión en el embarazo, entre otros.
- **Accesibilidad a los servicios de SSyR.** De acuerdo con los datos presentados en este informe todavía subsisten importantes deficiencias en la garantía de acceso a los principales servicios de SSyR: Consejería e información sobre sexualidad y reproducción; anticoncepción hormonal, de barrera, quirúrgica y especialmente la anticoncepción de emergencia; Prevención, detección y tratamiento de ITS; aborto terapéutico; atención del embarazo, parto y puerperio; tratamientos de reproducción asistida; detección y tratamiento de cáncer de mama, cervico-uterino, etc.; tratamientos hormonales y quirúrgicos de readecuación sexo/género.

**Las principales barreras detectadas se relacionan con:** la falta de acceso a prestaciones de SSyR debido al marco legal o las interpretaciones restrictivas, especialmente en relación con la anticoncepción de emergencia y el aborto terapéutico.

De igual forma, la falta de cobertura territorial y de personal en los sistemas de salud públicos, que no llegan a cubrir a toda la población, especialmente en los quintiles más bajos; la calidad de los servicios es deficiente en cuanto al enfoque y perspectiva de género e intercultural. El reconocimiento y respeto a los derechos de las mujeres y de las/os adolescentes es vital para la buena calidad de los servicios. Este es uno de los puntos más débiles de la atención sanitaria en el Perú.

- **Recomendación:** se requiere la revisión de la normativa vigente que restringe el acceso a los servicios de SSyR, para garantizar su ajuste a los estándares constitucionales y de derechos humanos a los que se ha comprometido el Estado peruano.  
Se requiere el fortalecimiento de los programas de salud ya aprobados en relación con la interculturalidad y el género. Además de la ampliación de la red y cobertura de los seguro de salud públicos y la revisión de la distribución geográfica y económica de los recursos para priorizar a la atención de los quintiles más bajos y garantizar a la accesibilidad de todos los servicios de SSyR a toda la población.

- **Igualdad en el acceso a los servicios de salud.** A pesar de la existencia de políticas de atención en SSyR especiales para la población indígena y afroperuana en el país, aún persisten cifras preocupantes, como la de MM y tasa de necesidades no satisfechas de uso de anticonceptivos modernos, que dan muestra de la necesidad de avanzar en la implementación adecuada y eficiente de los programas de ampliación de redes sanitarias en los territorios indígenas, para desarrollar servicios de atención de SSyR interculturales que respeten e integren los conocimientos ancestrales y les permitan acceder de manera aceptable a los servicios.
  - **Recomendación:** reactivación de las consultas en las *mesas de discusión intersectoriales* previstas en el marco de la Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas. Recordando la necesidad de dar prioridad a las discusión de los aspectos relacionados con la atención de la SSyR.
  
- **Aborto terapéutico.** A pesar de las múltiples condenas al Estado peruano por el incumplimiento del marco normativo que reconoce el derecho de las mujeres a acceder al aborto terapéutico en el Perú, y el alto índice de MM tanto por abortos inseguros como por causas indirectas, fue solo hasta el mes de junio de 2014 que se emitió una reglamentación para mejorar el acceso a este servicio de salud reproductiva: *R.M. N° 486/2014. Aprueba la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.* Sin embargo, es importante anotar que la misma impone un límite de edad gestacional (22 semanas) que el Código Penal no contempla, y que no es propio del modelo regulatorio que permite el aborto por causales específicas. Además establece la obligatoriedad de una importante cantidad de exámenes diagnósticos (Artículos 6.3 y 6.4) no relacionados con la patología que habilita la causal, lo cual debe ser controlado estrictamente por la autoridades sanitarias, para que no se constituya en una dilación que retrase las práctica y aumente el riesgo en la salud o la vida de la mujer.
  - **Recomendación:** generar políticas de implementación del protocolo que garanticen una aplicación adecuada en todos los efectores sanitarios autorizados para llevar adelante la prestación. **Estas políticas deberían incluir como mínimo:** interpretación amplia del derecho a la salud, entendiendo la salud como bienestar físico, mental y social; capacitación de los equipos sanitarios tanto a nivel técnico como legal; desarrollo de mecanismos de reclamo y sanción específicos para el incumplimiento del deber de garantía de acceso al aborto terapéutico; provisión de recursos tanto materiales como humanos para llevar adelante las prácticas en todo el territorio nacional; difusión del servicio de aborto legal a las mujeres.
  
- **Reparación y no repetición de violaciones de los derechos SyR de las mujeres.** El Estado peruano ha recibido varias condenas internacionales en materia de DDDR, vinculadas con dos aspectos principalmente: falta de acceso al aborto terapéutico, penalización del aborto en casos de violación y esterilizaciones forzadas, especialmente a mujeres indígenas. Los casos relatados en este documento dan cuenta de las violaciones sistemáticas de los derechos reproductivos que han sido víctimas las mujeres en el Perú, sin embargo, los esfuerzos de Estado para reparar a estas mujeres y evitar la repetición de los actos denunciados no han sido exitosas.

En el caso del aborto terapéutico, como se señaló en la conclusión precedente, el primer paso se dio recién en junio de 2014, por lo que es difícil establecer si la emisión de la guía técnica tendrá un impacto real en el mejoramiento del acceso a los abortos legales.

En relación con las esterilizaciones, los procesos de investigación de las más de 2000 denuncias realizadas por estos hechos, aún no han llegado a ser resueltas y no se han presentado condenas en el ámbito

interno por tales violaciones. Si bien, los esfuerzos realizados por la autoridad que preside la política de interculturalidad sanitaria han contemplado la necesidad de abordar los aspectos relacionados con la SSyR, únicamente se han dado regulaciones para el parto denominado “vertical” y fomento de la lactancia materna.

**Recomendación:** Dar cumplimiento a las recomendaciones realizadas en los casos de K.L. v Perú del CDH; L.C v Perú del Comité de la CEDAW que establecen la reparación individual de la víctima y la despenalización del aborto en casos de violación y con los acuerdos de solución amistosa en el caso de Meztanza v Perú ante la CIDH.

Mónica Arango Olaya  
Directora Regional de América Latina y el Caribe  
Centro de Derechos Reproductivos

Susana Chavez Alvarado  
Directora  
Centro de Promoción y Defensa de los Derechos  
Sexuales y Reproductivos

Paula Avila Guillen  
Asesora de Incidencia para América Latina y el Caribe  
Centro de Derechos Reproductivos

## Anexo I

### NORMATIVA VIGENTE EN EL PERÚ SOBRE DSyR

- Decreto Supremo No 003-2009-MIMDES, crea el Plan Nacional de violencia contra la violencia hacia la Mujer 2009-2015. Dentro de las líneas de acción establece la capacitación y sensibilización de operadores del sistema de salud que brindan atención a los casos de violencia basada en género (servicios de salud sexual y reproductiva) con adecuación intercultural. Abastecimiento y entrega de insumos para la atención de la violencia sexual: AOE, antibióticos y antirretrovirales. Implementación de servicios de salud mental que aborden la violencia basada en género. Implementación de servicios de salud mental especializados en la atención de mujeres víctimas de violencia que viven con VIH. Aplicación y cumplimiento del Protocolo de atención de la violencia basada en género.
- La Ley 28983/2007 de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, es la única norma que reconoce expresamente la existencia de los DSyR. Establece la obligación de todos los niveles del poder ejecutivo de adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud, “con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura.”
- Ley número 26626 denominada "Ley contra el SIDA" cuyo fin es la creación de programas de prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- La Ley General de Salud del Perú, establece que toda persona tiene el derecho a elegir libremente el anticonceptivo de su elección (art.6). Los anticonceptivos que se dan de forma gratuita en cualquier clínica, sujeto a disponibilidad, son los siguientes: condón, condón femenino, el implante hormonal, las píldoras anticonceptivas, hormonas inyectables, anticonceptivos de emergencia, el dispositivo intrauterino, la vasectomía y los procedimientos de oclusión tubárica.
- Resolución Ministerial No 589-2007/MINSA, que establece el plan concertado de salud. Tiene tres objetivos principales relacionados con la SSyR: reducir la mortalidad materna, controlar la ITS y reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino.
- Ley 28487 de 2005. Plan Nacional de Acción por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010 “Por un país de oportunidades para las niñas, niños y adolescentes”. Establece la necesidad de reforzar las acciones de SSyR para niño/as y adolescentes con el fin de mejorar los índices de salud (ITS, sexualidad responsable, etc.) y disminuir los embarazos en la adolescencia.

Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, el 21 de junio de 2004, mediante Resolución Ministerial No 668-2004/MINSA. Establecen distintos lineamientos par la prestación de los servicios de SSyR, especialmente los relacionados con ginecología y obstetricia. Norma de parto vertical, emergencia obstétrica, indicadores de salud materna y perinatal que define los parámetros de calidad en la atención y seguimiento de la implementación de tales estándares.

- Resolución Ministerial No 536-2005/MINSA, Norma técnica de planificación familiar. Esta norma enmarca las prestaciones de salud reproductiva en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida de usuarias/os, así como de su familia, su comunidad y el país.
- Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006-2010. Este plan fue aprobado por D.S.009-2005-MIMDES. Presenta una definición de DSyR.
- Lineamientos de atención de salud de adolescentes. Resolución Ministerial No 107-2005/MINSA. Establece que la salud de adolescentes incluye todos los servicios relacionados con su SSyR
- Art. 119 del código penal. Establece el aborto terapéutico impune cuando se realiza para salvar la vida de la mujer o evitar un daño grave y permanente en su salud.
- Código de niños y adolescentes (Ley 27337) art. 2. Establece protección especial para la madre adolescente y el art. 21 establece el derecho a la atención integral de la salud de niños y adolescentes
- Ley de Política Nacional de Población- Decreto Legislativo N° 34673

Artículo IV. La Política Nacional de Población garantiza los derechos humanos de la persona humana:  
(...) 3. A la libre determinación del número de sus hijos. Art. VI La Política Nacional de Población excluye el aborto y la esterilización como métodos de planificación familiar. En su art. 1 establece como objetivo de la ley asegurar que las personas y las parejas puedan decidir de manera libre e informada sobre su reproducción para lo que compromete tanto a los servicios de salud como de educación en la creación de las condiciones para el ejercicio de tal derecho. En su art. 9 explicita el compromiso del Estado con la educación de las mujeres, incluyendo específicamente la educación sexual para toda la población. Finalmente el art. 23. Establece la obligación de generar políticas para orientadas a lograr el ejercicio de una paternidad responsable.

## PROTOSCOLOS DE ATENCIÓN

- R.M. N° 486/2014. Aprueba la Guía Técnica Nacional para la estandarización del procedimiento de la Atención Integral de la gestante en la Interrupción Voluntaria por Indicación Terapéutica del Embarazo menor de 22 semanas con consentimiento informado en el marco de lo dispuesto en el artículo 119° del Código Penal.
- Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas el 2004. Res. 668.
- Manual de orientación y consejería en salud sexual y reproductiva. Ministerio de Salud; 2006.
- Documento Técnico Adecuación Cultural de la Orientación/Consejería en Salud Sexual y reproductiva. 2008.
- Manual de supervisión capacitante en información y logística de anticonceptivos. Ministerio de Salud; 2000.
- Manual de parteras. Ministerio de Salud: PE18.1 MS/P.2000 0250
- Maternidad sin riesgos: Manual de la partera tradicional y uso del paquete parto limpio. Ministerio de Salud 2000.
- Norma Técnica para la Prevención de la Transmisión Vertical (Madre-Niño) del VIH. 2005. Res. 084.
- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (NT N°033-MINSA / DGSP-V.01) 2005.
- Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas Según Nivel de Capacidad Resolutiva.2006
- Manual: Adolescencia y salud reproductiva. Ministerio de Salud; 2000
- Lineamientos educativos y orientaciones pedagógicas para la educación sexual integral. Manual para profesores y tutores de la educación básica regular. Ministerio de Educación; Jul. 2008.
- Existe además un protocolo de atención del parto normal. De 1994 del instituto peruano de seguridad social.

<sup>1</sup> La elaboración de este informe contó con la participación de Sonia Ariza.

<sup>2</sup> COMISIÓN INTERAMERICANA DE DERECHOS HUMANOS (CIDH), *Lineamientos para la Elaboración de Indicadores de Progreso en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, OEA/Ser.L/V/II.132, Doc. 14 rev. 1 (2008) (desarrollados bajo la dirección del comisionado Victor Abramovich).

<sup>3</sup> Los principios de implementación han sido establecidos como marco de interpretación e implementación de los DESC. Se trata de fórmulas generales que debe inspirar las estrategias nacionales para el avance en el cumplimiento de los compromisos adquiridos en relación con este tipo de derechos. Para los DESC se encuentran, por un lado, los principios de *inclusión, participación y responsabilidad*, que se refieren a los aspectos operativos de estos derechos; tienen que ver con la integración de la sociedad tanto en la formulación como en implementación de los DESC, así como con la garantía de actuación estatal frente a su incumplimiento y la rendición de cuentas sobre el avance en la implementación de las políticas acordadas, respectivamente. Por otro lado, encontramos los principios de *universalidad, interdependencia, indivisibilidad, progresividad y no regresividad*, que se relacionan con un nivel estructural de los derechos. Ello por cuanto tienen que ver con el diseño de los derechos en el marco nacional, e implican una mirada sobre su alcance (cobertura, contenido mínimo, relación con otros derechos) y las obligaciones del Estado frente a los DESC. Ver Victor Abramovich, *Los Estándares Interamericanos de Derechos Humanos como Marco para la Formulación y el Control de las Políticas Sociales*, ANUARIO DE DERECHOS HUMANOS (2006).; Laura Pautassi, *Evaluando el Progreso, Midiendo el Cumplimiento de Derechos. Indicadores de Medición del Protocolo de San Salvador*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013).

<sup>4</sup> Los principios descriptos se aplican en relación con los deberes específicos del Estado frente a estos derechos: protección, respeto y garantía. Estos implican respectivamente: el diseño de estrategias de implementación y cumplimiento de los DESC; la no interferencia en el ejercicio de estos derechos, ni su restricción injustificada, y el establecimiento de mecanismos para asegurar el cumplimiento. CENTRO DE DERECHOS REPRODUCTIVOS (CDR), *DERECHOS REPRODUCTIVOS: UNA HERRAMIENTA PARA MONITOREAR LAS OBLIGACIONES DE LOS ESTADOS* (2013), disponible en <http://goo.gl/EG44V8>.

<sup>5</sup> La interrelación entre principios y deberes se cristaliza en estándares de cumplimiento de los derechos. Estos se entienden como las fórmulas que expresan los ideales de resultado en la implementación de los derechos humanos. Los estándares son parámetros de cumplimientos de los deberes estatales relacionados con la garantía de los derechos humanos y funcionan como guías para la implementación progresiva en el caso de los DESC. Los estándares de cumplimiento de los DESC, tienen que ver, por un lado, con criterios ideales para el diseño estructural de políticas públicas sobre DESC. Estos serían los estándares de *razonabilidad, igualdad y contenido mínimo de los derechos*. Por otro lado, se encuentran estándares los que tienen que ver con un nivel operativo: *adecuación, adaptabilidad, accesibilidad y aceptabilidad*; son criterios para el diseño de mecanismos de implementación de políticas públicas que contemplen el ejercicio progresivo de los DESC. Ahora bien, en materia de salud específicamente (Observación General N°14, Comité DESC), los estándares son además la *calidad y disponibilidad de los servicios*, que se relacionan específicamente con los parámetros técnicos/científicos y las características poblacionales, geográficas, así como las causas internas y externas de morbilidad en un Estado. Ver Laura Pautassi, *Enfoque de Derechos en las Políticas Públicas: Monitoreo y Rendición de Cuentas de los Estados ante el Sistema Interamericano de Derechos Humanos*, 3 REVISTA INTERFERENCIAS, DERECHOS Y SEGURIDAD HUMANA (Universidad Nacional de Córdoba, 2012); Abramovich, *Los Estándares Interamericanos, supra*, nota 2; Victor Abramovich y Cristián Courtis, *Hacia la Exigibilidad de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Estándares Internacionales y Criterios de Aplicación ante los Tribunales Locales*, LA APLICACIÓN DE LOS TRATADOS INTERNACIONALES SOBRE DERECHOS HUMANOS POR LOS TRIBUNALES LOCALES, (Editores del Puerto, Martín Abregú y Christian Courtis eds. 1997); Magdalena Sepúlveda, *De la Retórica a la Acción. Los Elementos Esenciales para Garantizar que las Políticas Públicas Tengan un Enfoque en Derechos*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013); Lilia Jara, *El Derecho a la Salud: Importancia de los Indicadores de Progreso*, Seminario Internacional sobre Indicadores de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) y Seguimiento de las Políticas Sociales para la Superación de la Pobreza y el Logro de la Igualdad (2013).

<sup>6</sup> Los indicadores son instrumentos que permiten la verificación de la interacción entre los principios, estándares y deberes del Estado, marcando los avances en la implementación de los DESC. Estos son diseñados específicamente para cada derecho con el fin de facilitar el seguimiento de acciones concretas de los Estados, entendiendo que la implementación y cumplimiento de los DESC se realiza en un proceso dinámico y progresivo que requiere una evaluación contextualizada. Por ello se debe dar cuenta, tanto de la evolución que ha tenido la garantía de un derecho en un Estado particular, como del resultado alcanzado mediante las acciones desarrolladas para tal fin, es decir, la situación actual de implementación (Pautassi, 2010. Op.Cit). En este sentido, el empleo de indicadores de derechos humanos constituye un instrumento indispensable de medición, tanto cuantitativo como cualitativo, que permite verificar empíricamente los esfuerzos realizados por un Estado para satisfacer derechos humanos. Pautassi, *Evaluando el Progreso, supra*, nota 2.

<sup>7</sup> CIDH, *Lineamientos para la Elaboración, supra*, nota 1.

<sup>8</sup> Pautassi, *Enfoque de Derechos, supra*, nota 4.

<sup>9</sup> Ver OEA, *Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo de San Salvador*, OEA/Ser.L/XXV.2.1, GT/PSS/doc.2/11 rev.2 (2011).

<sup>10</sup> Ver, *Ibidem*; Pautassi, *Evaluando el Progreso, supra*, nota 2.

- <sup>11</sup> Proceso iniciado tras la entrada en vigor del protocolo de San Salvador en 1999, y que fue activado en 2005 con la aprobación en la Asamblea General de la OEA de las *Normas para la Confección de los Informes Periódicos Previstos en el Protocolo de San Salvador*, AG/RES.2074 (XXXV-O/05) (2005), actualizadas según lo dispuesto por la *Aprobación de Indicadores de Progreso para Medición de Derechos Contemplados en el Protocolo San Salvador*, AG/RES. 2713 (XLII-O/12) (2012). Ver Pautassi, *Evaluando el Progreso*, supra, nota 2; Jara, *El Derecho a la Salud*, supra, nota 4.
- <sup>12</sup> Paul Hunt, *Informe del Relator Especial sobre el Derecho de toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental*, Sr. Paul Hunt, Comisión de Derechos Humanos, U.N. Doc. E/CN.4/2006/48 (2006).
- <sup>13</sup> Para una explicación ampliada de este esquema ver Pautassi, *Evaluando el Progreso*, supra, nota 2.
- <sup>14</sup> Si bien desde los años 70 (Bucarest en 1974, CEDAW en 1979) podemos empezar a rastrear la definición de los derechos sexuales y reproductivos, es solo hasta 1994, en la Conferencia Mundial de Población y Desarrollo de el Cairo, en donde se da una definición acaba de los mismos como derechos humanos. La declaración del Cairo afirma que estos derechos se insertan dentro del marco de los derechos humanos, en igualdad de condiciones que los demás derechos. Establece una definición de los derechos reproductivos (Pár. 7.3), relacionados con los derechos de las personas a decidir de manera libre y sin coerción el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, así como la forma en que estos van a venir al mundo. Los derechos sexuales, por su parte, se entienden como aquellos relacionados con la expresión y el ejercicio libre y autónomo de la sexualidad, esta comprende, la actividad sexual libre, las identidades de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad, la información, etc. Ver FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN DE LA FAMILIA, *Derecho Sexuales: Una Declaración de IPPF* Xavier González trad., (2010); Sonia Correa, *LOS DERECHOS SEXUALES EN LA ARENA POLÍTICA* (MYSU, 2003).
- <sup>15</sup> CENTRO DE PROMOCIÓN Y DEFENSA DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (PROMSEX) Y CENTRO DE ESTUDIOS DEL ESTADO Y SOCIEDAD (CEDES), *SEGUIMIENTO DE LA CIPD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE DESPUÉS DE 2014* (2014).
- <sup>16</sup> “[E]l derecho a la vida privada incluye la integridad física y psicológica de la persona, y que el Estado también tiene la obligación positiva de garantizar a sus ciudadanos esa integridad.” Atala Riffo y Niñas vs. Chile, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH) (ser. C) No. 239, párr. 156 (24 de feb. de 2012).
- <sup>17</sup> El “derecho a la vida privada abarca todas las esferas de la intimidad y autonomía de un individuo, incluyendo su personalidad, su identidad, sus decisiones sobre su vida sexual, sus relaciones personales y familiares”. Atala Riffo, supra, nota 15, párr. 156.
- <sup>18</sup> La Corte “ha interpretado en forma amplia el artículo 7 de la Convención Americana al señalar que éste incluye un concepto de libertad en un sentido extenso como la capacidad de hacer y no hacer todo lo que esté lícitamente permitido. En otras palabras, constituye el derecho de toda persona de organizar, con arreglo a la ley, su vida individual y social conforme a sus propias opciones y convicciones. La libertad, definida así, es un derecho humano básico, propio de los atributos de la persona, que se proyecta en toda la Convención Americana. Ver Chaparro Álvarez y Lapo Íñiguez vs. Ecuador, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 170, párr. 52 (21 de nov. de 2007).
- <sup>19</sup> Ver Gelman vs. Uruguay, Fondo y Reparaciones, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 221, párr. 97 (24 de feb. de 2011).
- <sup>20</sup> Artavia Murillo, supra, nota 16, párr. 148.
- <sup>21</sup> Artavia Murillo y Otros. vs. Costa Rica, Excepciones Preliminares, Fondo, Reparaciones y Costas, Sentencia, Corte IDH (ser. C) No. 257, párr. 143 (28 de nov. de 2012).
- <sup>22</sup> *Ibidem*.
- <sup>23</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC), *Observación General No. 14, El Derecho al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud* (Art. 12) (22º Ses., 2000), en *Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptados por Órganos de Derechos Humanos*, pp.78, párr. 8, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1) (2008) [en adelante Comité DESC, *Observación General 14*].
- <sup>24</sup> Comité de Derechos Humanos (CDH), *Observación General No. 21, Artículo 10, Trato Humano de las Personas Privadas de Libertad*, (44º ses., 1992) en *Comentarios Generales Adoptados por el Comité de los Derechos Humanos*, pp. 202, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. 1) (1992).
- <sup>25</sup> Comité DESC, *Observación General 14*, supra, nota 22.
- <sup>26</sup> Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité de CEDAW), *Recomendación General Nº 24, Art. 12 de la Convención (la mujer y la salud)* (20º ses., 1999) en *Compilación de Observaciones Generales y Recomendaciones Generales Adoptados por Órganos de Derechos Humanos*, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.9 (Vol. II).
- <sup>27</sup> OEA, *Indicadores de Progreso*, supra, nota 8.
- <sup>28</sup> El SIS es dependiente del Ministerio de Salud, y tiene por objeto proteger la salud de los peruanos que no tienen seguro de salud, dando prioridad a las poblaciones vulnerables que se encuentran en la pobreza y la pobreza extrema. Los beneficiarios del SIS, alrededor del 18% de la población, son en su mayoría en las zonas rurales y urbanas, donde la pobreza es mayor. Además, el SIS beneficia a las mujeres embarazadas y los hombres mayores de 17 años que viven en la pobreza y la pobreza extrema, tanto en las provincias rurales y urbanas, a condición de que no tienen cobertura de salud u otros regímenes de seguridad social.
- <sup>29</sup> *Ibidem*.
- <sup>30</sup> La clasificación para la cobertura del SIS se da en atención a la condición del individuo o por nivel económico de la familia. Esta condición es certificada de acuerdo con la clasificación de cada familia o individuo de acuerdo con el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), que es el instrumento fundamental para la gestión de información social, que cuenta además con el llamado Padrón General de Hogares (PGH). Sin embargo, la información registrada tiene que ver con los ingresos económicos únicamente, por lo cual no da cuenta de datos relevantes sobre la vulnerabilidad como la brecha de género, el embarazo en la adolescencia, características de las personas “cabeza de familia”, violencia familiar, etc. aspectos relevantes para determinar las necesidades de

atención sanitaria y la capacidad de pago de las personas y las familias. Rocío Gutiérrez, *Hacia una Reforma de la Salud: Género y Derechos Sexuales y Reproductivos*, Foro de la Sociedad Civil en Salud (2014).

<sup>31</sup> Hans Lavilla Ruiz, *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud, Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009*, Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), (2012).

<sup>32</sup> Jacqueline Alcalde, Gustavo Nigenda, & Oswaldo Lazo, *Financiamiento y Gasto en Salud del Sistema de Salud en Perú*, 53 SALUD PÚBLICA DE MÉXICO S243 (2011).

<sup>33</sup> Consejo Nacional de Salud, *Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud, Julio 2013*, MINISTERIO NACIONAL DE SALUD (2013), disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma12072013.pdf>.

<sup>34</sup> Ver MINISTERIO DE SALUD, *Introducción, Salud Sexual y Reproductiva (2010) disponible en* [http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr\\_introd.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/esnssr_introd.asp).

<sup>35</sup> MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, *Presentación, Semana de la Maternidad Saludable y Segura (2013), disponible en* <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2013/maternidad/presentacion.html>.

<sup>36</sup> *Ibidem*.

<sup>37</sup> Comité CEDAW, *Observaciones Finales: Perú*, U.N. Doc. CEDAW/C/PER/CO/6 (2007).

<sup>38</sup> En el caso L.C. c. Perú, el Comité recomendó de manera general que, entre otras, Perú debía "ii. (...) establecer un mecanismo para el acceso efectivo al aborto terapéutico protegiendo la salud física y mental de las mujeres, e impidiendo que en el futuro se produzcan violaciones similares. iii. Tomar medidas en relación a los derechos reproductivos que sean conocidas y respetadas en todos los centros sanitarios, incluyendo i) programas de enseñanza y formación para que las y los profesionales de salud cambien sus actitudes y comportamientos en relación a las adolescentes que desean recibir servicios de salud reproductiva y que respondan a sus necesidades específicas en salud relacionadas con la violencia sexual y ii) directrices o protocolos para garantizar la disponibilidad y acceso a servicios de salud públicos. iv. Examinar la interpretación restringida del aborto terapéutico. v. Revisar la legislación para despenalizar el aborto cuando el embarazo sea producto de una violación sexual" de la misma forma en sus observaciones finales al Estado peruano, el Comité de la CEDAW también manifestó preocupación porque Perú no ha implementado las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso K.L. y le solicitó que cumpla las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con ese caso. *Ibidem*, párrs. 24-25 (2007).

<sup>39</sup> OEA, *Indicadores de Progreso, supra*, nota 8.

<sup>40</sup> James Gribble, et. al., *Family Planning Policies and Their Impacts On the Poor: Peru's Experience*, 33 INTERNATIONAL FAMILY PLANNING PERSPECTIVES INSTITUTE [INSTITUTO INTERNACIONAL DE PERSPECTIVAS A PLANEACION DE LA FAMILIA] (dic. 2007), disponible en <http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3317607.html>

<sup>41</sup> que aprueba el Documento Técnico: "Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el Marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada".

<sup>42</sup> Alcalde, et. al., *supra*, nota 31.

<sup>43</sup> Lo que se vio avalado por la norma de 2002 que estableció la política del SISMED (Sistema de Suministro de Medicamentos e Insumos Quirúrgicos), que aunque pretendió regular las compras de medicamentos por el sistema público de salud, con el fin de mejorar el mercado de medicamentos, dejó la competencia para que salud administre aproximadamente el 55% de las compras institucionales. Ver Política Nacional de Medicamentos (Res. Min. No. 240-2004) (2004) (Perú), disponible en <http://www.sismed.minsa.gob.pe/PoliticaNacdeMed-RM1240-2004.pdf>

<sup>44</sup> Luis Távara Orozco y Susana Chávez Alvarado, *Regulación del Uso Obstétrico del Misoprostol en los Países de América Latina y El Caribe*, 59 REVISTA PERUANA DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA 85 (2013).

<sup>45</sup> Tribunal Constitucional, Exp. No. 02005-2009-PA/TC (2009) (Perú).

<sup>46</sup> Gutiérrez, *supra*, nota 29.

<sup>47</sup> Como la emisión de la Resolución Ministerial N° 167-2010/MINSA (2010) ordenando la distribución de la AH, esta fue revertida meses después por no seguir la decisión del Tribunal Constitucional.

<sup>48</sup> Oficio No. 1400-2013-DGSP/MINSA (en que el suministra información sobre los servicios de salud sexual y reproductiva en el Perú).

<sup>49</sup> El 11% de los casos de violencia reportados en el Perú corresponden a casos de violencia sexual. MINISTERIO DE LA MUJER Y LAS POBLACIONES VULNERABLES, *Programa Nacional Contra la Violencia Familiar y Sexual: Boletín Estadístico* (dic 2013), disponible en [http://www.mimp.gob.pe/files/programas\\_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin\\_diciembre\\_2013/Boletin-Diciembre-2013.pdf](http://www.mimp.gob.pe/files/programas_nacionales/pncvfs/estadistica/boletin_diciembre_2013/Boletin-Diciembre-2013.pdf)

<sup>50</sup> En el Perú es importante diferenciar la prestación por entidades de salud privadas de los seguros de salud privados, ya que incluso los seguros de salud públicos (SIS y ESSALUD) se prestan por medio de alianzas público-privadas y gestión privada de infraestructura sanitaria pública. La viabilidad de esta modalidad de gestión está dada porque en el país no existe cobertura gratuita y siempre se exige un aporte del beneficiario, ya sea por la consulta o por su afiliación al seguro que le brinde cobertura, en algunos casos incluso ambos.

<sup>51</sup> Rosa Inés Béjar, *Diagnóstico Preliminar de las Experiencias de las Alianzas Público-Privadas en Salud en el Perú*, USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA, INICIATIVA DE POLÍTICAS EN SALUD, disponible en <http://www.minsa.gob.pe/ogpp/app/eventos/presentaciones%20evento1/Diag.%20APP%20Nac%20y%204%20reg%20RIBejar.pdf>

<sup>52</sup> Ana Langer & Gustavo Nigenda, SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y REFORMA DEL SECTOR SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES, Population Council /Banco Interamericano de Desarrollo (2000) disponible en <http://www.popcouncil.org/pdfs/Langer.pdf>; Alejandro Arrieta & Andrés Oneto, *¿Quiénes Ganan y Quiénes Pierden con los Partos por Cesárea? Incentivos Médicos y Derechos Reproductivos*, 66 ECONOMÍA Y SOCIEDAD 20 (2007).

- <sup>53</sup> Encuesta de Demografía y Salud 2013. Pág. 129
- <sup>54</sup> *Ibidem* Pág. 135
- <sup>55</sup> Ministerio De Salud De Perú (Minsa), Dirección General De Promoción De La Salud. Encuesta Global De Salud Escolar Resultados – Perú 2010, 47 (2011).
- <sup>56</sup> Instituto Nacional De Estadística e Informática (INEI) De Perú, *Encuesta Demográfica Y De Salud Familiar 2013*, P. 195 (Lima, INEI, 2014).
- <sup>57</sup> *Ibidem*, Pág.332.
- <sup>58</sup> Perú: Tercer informe de cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio. Presidencia de la República del Perú. 2013.
- <sup>59</sup> Informe del Estado Peruano, sobre los avances en el cumplimiento del Consenso de Brasilia, con motivo de la Doceava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Ministerio de la Mujer y poblaciones vulnerables. (2013).
- <sup>60</sup> Nota de prensa, Disponible en: [http://www.flora.org.pe/web2/index.php?option=com\\_content&view=article&id=575:tc-despenaliza-relaciones-sexuales-consentidas-entre-menores-de-14-a-18-anos&catid=70:desde-flora-tristan&Itemid=100](http://www.flora.org.pe/web2/index.php?option=com_content&view=article&id=575:tc-despenaliza-relaciones-sexuales-consentidas-entre-menores-de-14-a-18-anos&catid=70:desde-flora-tristan&Itemid=100)
- <sup>61</sup> *Ibidem*.
- <sup>62</sup> USAID (2013). Análisis del avance en la ejecución del presupuesto público en salud 2013. Disponible en <http://www.politicassalud.org/site/pdf/ejecucion-presupuestal-salud2013-1.pdf>
- <sup>63</sup> Kekoiike. (2011). Peruvian Health System, Peru, (Nov. 16, 2011), available at <http://peruzo.wordpress.com/2011/11/16/peruvian-health-system/>
- <sup>64</sup> Alcalde, J; Nigenda, G & Lazo, O (2010). Financiamiento y gasto en salud del Sistema de Salud en Perú. Financiamiento de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe LARED/LANET. Realizado con el apoyo del International Development Centre, Ottawa, Canadá y Fundación Mexicana para la Salud
- <sup>65</sup> Alarcón Espinoza, G. (2009). Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc. USAID.
- <sup>66</sup> *Ibidem*.
- <sup>67</sup> *Ibidem*.
- <sup>68</sup> Normas relacionadas: RM. N° 1231-2003/MINSA, que otorga al IDREH la facultad de aprobar los eventos de capacitación que organicen los órganos del MINSA; RM N° 775-2004/MINSA, Estrategias y Plan Nacional de Desarrollo y Capacitación de los recursos humanos del Ministerio de Salud 2004-2006; RM N° 452-2005/MINSA, que aprueba el Plan de Capacitación de Recursos Humanos del Ministerio de Salud; Decreto Supremo N° 014-2002-SA, Reglamento de Organización y Funciones del MINSA; Decreto Legislativo N° 276 Ley de Bases de la Carrera Administrativa y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-90-PCM; RM N° 514-95-SA/DM- Reglamento del Comité de Becas y Capacitaciones del Ministerio de Salud.
- <sup>69</sup> Petrerá, M (2014). Cobertura Universal en Salud es mucho más que Aseguramiento Universal. En IDEELE Revista N° 235. Disponible en: <http://www.revistaideele.com/ideele/content/cobertura-universal-en-salud-es-mucho-m%C3%A1s-que-el-aseguramiento-universal>
- <sup>70</sup> Garavito, C. Desigualdad en los ingresos, Género y Lengua Materna. Pontificia Universidad Católica del Perú. (2011). Disponible en: <http://departamento.pucp.edu.pe/economia/images/documentos/LDE-2011-02-07.pdf>
- <sup>71</sup> Lavilla, H. Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009. Informe final febrero de 2012. CIES, Lima, Perú. (2010).
- <sup>72</sup> Tercer Informe. Óp. Cit.
- <sup>73</sup> Ver: K.L v. Perú Op. Cit. y L.C v. Perú Op. Cit.
- <sup>74</sup> Tribunal Constitucional del Perú, Expediente N° 00008-2012-PI/TC.
- <sup>75</sup> Hoja informativa UNFA. Salud sexual y reproductiva en el Perú. (2013). Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-SSR-Peru.pdf>
- <sup>76</sup> Mendoza W, Subiría G. El embarazo adolescente en el Perú: situación actual e implicancias para las políticas públicas. Rev Peru Med Exp Salud Publica; 30(3):471-9.(2013)
- <sup>77</sup> Entre ellos el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Comité DESC) de las Naciones Unidas (ONU) y el Examen Periódico Universal (EPU); A/HRC/WG.6/14/PER/1. 7 de agosto del 2012; 25 A/HRC/WG.6/14/PER/2. 13 de agosto del 2012; E/C.12/PER/Q/2-4. 14 de junio del 2011.
- <sup>78</sup> Ticllacuri, C y Otsuka Salinas, L. Informe Anual Sobre Derechos Humanos de Personas Trans, Lesbianas, Gays y Bisexuales en el Perú, 2012. Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX). Lima, Perú. (2012).
- <sup>79</sup> Sin embargo en el Perú, ya desde 2002 se había venido desarrollando una política de salud reproductiva intercultural a través de la Norma Técnica NT N°047 para la transversalización de los enfoques DH, EG e IS, mediante la R.M.N° 638-2006/MINSA; Documento técnico "Enfoques de Derechos Humanos, Equidad de Género e Interculturalidad en Salud – Marco Conceptual", aprobado por R.M.N°792.2006/MINSA; Directiva para promover la incorporación del Lenguaje Inclusivo en Salud, aprobada con R.M.N°188.2006/MINSA; Documento Técnico "Promoviendo el derecho a la identificación para el ejercicio del derecho a la salud, en el marco del Aseguramiento Universal en Salud", aprobado con R.M.N°049.2010 Resolución Ministerial 798 del año 2007 (conocida como Guía Técnica: Atención de Salud a Indígenas en Contacto Reciente y en Contacto Inicial en Riesgo de Alta Morbimortalidad; desde el año 2005 la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural (NT N° 033); CENSI - INS (2011). Norma Técnica de Salud Política Sectorial de Salud Intercultural en Perú.

<sup>80</sup>Declaración de Ministras y Ministros de América Latina sobre Salud Sexual y Reproductiva Intercultural para Mujeres Indígenas, Lima, Junio (2011). Disponible en:

<http://lac.unfpa.org/webdav/site/lac/shared/DOCUMENTS/2011/Peru%202011%20AECID/Declaracion%20de%20Ministros%20y%20Ministras.pdf>

<sup>81</sup> En septiembre de 2013, se reunieron representantes de CENSI, INS, DGSP del MINSA, representantes de 18 Organizaciones Indígenas, ONAMIAP y la OPS con el objetivo de elaborar plan de consulta previa de la política sectorial de salud intercultural. Como resultado se decidieron consultas regionales en IV Macro-regiones: Sur, Centro, Norte, Oriente. Dentro de las discusiones que al momento de la realización de este informe no hay tenido lugar, se tratarán asuntos relacionados con la implementación de una políticas de SSyR intercultural.

<sup>82</sup> Instituto Nacional de Estadística e informática del Perú. Encuesta de demografía y salud ENDES – 2013; SENAJU. Primera encuesta nacional de juventudes, 2012; Olea Mauleón, C. Informe y recomendaciones sobre los derechos humanos de las mujeres indígenas en el marco de la CEDAW. Fundación Flora Tristán: proyecto "Mujeres, adolescentes, niñas y niños de los pueblos Ashaninka, Nomatsiguenga y Kakinte de la selva central, acceden a la justicia en el marco del Plan Nacional de Derechos Humanos"(2012).

<sup>83</sup> Ferrando. D. El aborto clandestino en el Perú. Ford Institute, Flora Tristán y Pathfinder international.(2006).

<sup>84</sup> INEI (2010). Óp. Cit.

<sup>85</sup> Olea Mauleón, C (2012). Óp. Cit.

<sup>86</sup> Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Estratégico Salud Materno Neonatal. (2010)

<sup>87</sup> Maguiña Guzmán, M. & Miranda Monzón, J. La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 331 p. (2013).

<sup>88</sup> Para ver las diferencias de acuerdo a la edad, zona geográfica, origen étnico etc. Ver La mortalidad materna en el Perú, 2002-2011. Óp. Cit.

<sup>89</sup> Mendoza W, Subiría G. (2013) Óp. Cit

<sup>90</sup> INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) DE PERÚ, *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2013*, p. 166 (Lima, INEI, 2014).

<sup>91</sup> Ver referencia al informe de UNICEF en: Tercer informe. Óp. Cit. Página 96.

<sup>92</sup> INEI – UNICEF (2010). Estado de la niñez indígena en el Perú.

<sup>93</sup> Dirección de epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Situación del VIH/SIDA en el Perú, Boletín mensual marzo de 2014.

<sup>94</sup> Ley 23853, Ley Orgánica de Municipalidades (artículo 67º, inciso 1). Modificado por Ley 26875. Más información en: [http://www.zi.com.pe/imperial/municipio/demuna/que\\_es.htm](http://www.zi.com.pe/imperial/municipio/demuna/que_es.htm)

<sup>95</sup> Directiva Administrativa vigente (modifica la "Resolución Ministerial N° 1216-2003-SA/DM) que regula el "procedimiento para la atención de consultas, sugerencias, quejas solicitudes de interposición de buenos oficios y consejería en la defensoría de la salud y transparencia del ministerio de salud". Disponible en: <http://redperuanadepacientes.org.pe/Documentos/RM603-2007.pdf>

<sup>96</sup> Para ver la lista de los/as defensores/as consultar: [http://www.minsa.gob.pe/portada/def\\_defensores.asp](http://www.minsa.gob.pe/portada/def_defensores.asp)

<sup>97</sup> El procedimiento también puede iniciar (Decreto Supremo N° 042 – 2011 PCM) mediante la anotación en el libro de reclamaciones, ubicado en la Unidad de trámite documentario o vía telefónica, por medio de un número gratuito nacional (0800 - 10828), línea INFOSALUD.

<sup>98</sup> La primera resolución la emitió el 24 de octubre de 2005 el Comité de Derechos Humanos en el caso KL vs. Perú. Es el caso de una adolescente de iniciales K.L. que en el año 2001 gestó un feto anencefálico y un Hospital Público de Lima le negó el acceso al servicio de aborto terapéutico pese a que su médico ginecólogo le había recomendado interrumpir su embarazo, y pese a que se acreditó riesgo de un mal grave y permanente para su salud física y mental. El Comité señaló que la no provisión del servicio de este tipo de aborto constituye una violación al derecho a no ser sometida a tratos crueles, inhumanos y degradantes, al derecho a la privacidad, al derecho a un trato especial como menor de edad, y al derecho a un recurso efectivo.

<sup>99</sup> L. C v. Peru, CEDAW, Comm'n No.22/2009, U.N., Doc, CEDAW/C/50/D/22/2009 (2001).

<sup>100</sup> Borea Rieckhof, C. EnfoqueDerecho.com. La autonomía de la mujer: el tema olvidado- A propósito del archivamiento del caso de las esterilizaciones forzadas. En EnfoqueDerecho.com, nota en Sección Derecho Constitucional, entrada del 6 de febrero de 2014. (2014). Disponible en: <http://enfoquederecho.com/la-autonomia-de-la-mujer-el-tema-olvidado-a-proposito-del-archivamiento-del-caso-de-las-esterilizaciones-forzadas/>

<sup>101</sup> Mamérita Mestanza, una campesina indígena de 33 años, vivía con su esposo y sus 7 hijos en el distrito La Encañada, provincia y departamento de Cajamarca. En marzo 1998, bajo la política de planificación familiar del gobierno de Fujimori, accedió a realizarse una ligadura tubaria, cerca de 10 visitas domiciliarias intimidatorias de funcionarios del Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y sin conocer los riesgos y consecuencias de la intervención. Mamerita muere 4 días después de la intervención, debida una infección generalizada, por la cual no recibió atención médica pese a haberse acercado al centro de salud en más de 5 ocasiones. Como consecuencia se interpone una denuncia penal por homicidio culposo, pero es archivada definitivamente por el fiscal provincial a cargo en diciembre de 1998.

<sup>102</sup> Instituto Nacional Materno Perinatal. Las causas de necesidad insatisfecha en planificación familiar en mujeres con embarazo no deseado. en la Revista Peruana de Epidemiología, vol. 14, núm. 2, agosto, 2010 (pp. 124-132). (2010).

<sup>103</sup> En concordancia con el código procesal penal peruano: Art.165º Abstención para rendir testimonio...2. Deberán abstenerse de declarar, con las precisiones que se detallarán, quienes según la Ley deban guardar secreto profesional o de Estado: a) Los

vinculados por el secreto profesional no podrán ser obligados a declarar sobre lo conocido por razón del ejercicio de su profesión, salvo los casos en los cuales tengan la obligación de relatarlo a la autoridad judicial. Entre ellos se encuentran los abogados, ministros de cultos religiosos, notarios, médicos y personal sanitario, periodistas u otros profesionales dispensados por Ley expresa. Sin embargo, estas personas, con excepción de ministros de cultos religiosos, no podrán negar su testimonio cuando sean liberadas por el interesado del deber de guardar secreto.

Art.327° No obligados a denunciar...2. Tampoco existe esta obligación cuando el conocimiento de los hechos está amparado por el secreto profesional.

<sup>104</sup> Art. 30°. El médico que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

<sup>105</sup> OBSERVATORIO DE CRIMINALIDAD DEL MINISTERIO PÚBLICO. *Cuadro No. 1. Delitos registrados en el Ministerio Público por el delito de aborto según distrito fiscal, distrito geográfico y año.* (2013). Nota: La información que remite el Poder Judicial no segrega entre mujeres, médicos/as y personas que ofrecen el servicio de aborto.

<sup>106</sup> Secretaria General del Poder Judicial. Oficio N° 123-2013-Sg-Gg/Pj. Solicitud de Acceso a la Información Pública sobre Denuncias, Consignaciones y Sentencias por el Delito de Aborto del Año 2012. (2013).

<sup>107</sup> Cavallo, M. "Conflicting Duties over Confidentiality in Argentina and Peru" *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 112: 159-162.(2011).