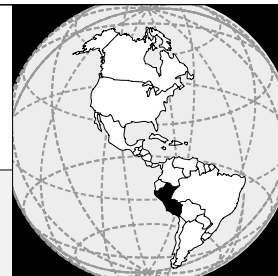


Perú



Estadísticas

GENERAL

Población

- n En 1999, Perú tenía una población estimada de 25'230.000 habitantes, con una tasa de crecimiento anual de 1.8%.¹
- n En 2000, 73% de la población reside en áreas urbanas mientras que 27% en zonas rurales.²
- n Treinta y tres por ciento de la población es menor de 15 años³ y 7.1% es mayor de 60 años.⁴

Economía

- n En 1998 el Producto Nacional Bruto (PNB) *per capita* se estimó en US\$ 4,180.⁵
- n Durante el periodo 1990-1998 el Producto Interno Bruto (PIB) creció en un porcentaje estimado de 5.7% año.⁶
- n Durante el periodo 1990-1998, el presupuesto público para el sector salud fue de 2.2% del total del presupuesto de la Nación.⁷

Empleo

- n En 1998, nueve millones de personas estaban empleadas; de las cuales la mujer representó 30.6%.⁸
- n La tasa de desempleo en 1998 fue de 7.7%.⁹

Educación

- n En 1997, la tasa de analfabetismo fue de 7.5%.¹⁰

SITUACIÓN DE LA MUJER

- n En 1998, las mujeres representaban 50.3% de la población.¹¹
- n En 1999, la esperanza de vida de las mujeres fue estimada en 69.1 años y la de los hombres en 65.6 años.¹²
- n En 2000, la tasa de analfabetismo de las mujeres adultas es de 14.6% mientras que la de los hombres es de 5.6%.¹³

ADOLESCENTES

- n La tasa de fertilidad de las adolescentes, en 1998, fue de 66 nacidos por cada mil mujeres entre los 15 y 19 años.¹⁴
- n En 1999 se estimó que 13% de mujeres entre 15 y 19 años de edad son madres o están gestando por primera vez.¹⁵

SALUD DE LA MUJER

- n En 1999, la tasa global de fertilidad fue de 2.9 hijos por mujer.¹⁶
- n La tasa de mortalidad materna, entre 1990 y 1998 fue de 270 por cada cien mil nacidos vivos.¹⁷
- n En 1998, la tasa de mortalidad infantil fue de 40 por cada mil nacidos vivos.¹⁸

VIH/SIDA Y OTRAS ITS

- n Se estimó que en 1999, había 48 mil portadores de VIH/SIDA. De estos 47 mil son adultos con edades entre los 15 y 49 años, de los cuales 12 mil son mujeres.¹⁹

NOTAS

- ¹ World Health Organization (WHO), *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, [Informe Mundial de Salud], France, 2000, p. 160, tabla 2.
- ² United Nations Statistics Division (UNSTATS), *Indicators 2000, Human settlements*, <<http://www.un.org/Depts/unsd/social.htm>>, visitada el 27 de septiembre de 2000, p. 2.
- ³ *Ibid.*, *Youth and elderly populations* p. 2.
- ⁴ WHO, *Health Report*.
- ⁵ World Bank, *World Development Indicators 2000*, Washington, DC, March, 2000, p. 11, tabla 1.1.
- ⁶ *Ibid.*, p. 183, tabla 4.1.
- ⁷ *Ibid.*, p. 91, tabla 2.14.
- ⁸ *Ibid.*, p. 47, tabla 2.3.
- ⁹ Banco Interamericano de Desarrollo (BID), *Datos básicas socioeconómicas para Perú*, <<http://www.iadb.org/int/sta/spanish/brptnet/english/perbrpt.htm>>, 18 de septiembre de 2000, visitada el 27 de septiembre de 2000, p. 1.
- ¹⁰ *Ibid.*
- ¹¹ World Bank, *Indicators*, p. 18, tabla 1.3.
- ¹² WHO, *Health Reform*, p. 157, tabla 2.
- ¹³ UNSTATS, *Indicators, Literacy*, p. 1.
- ¹⁴ World Bank, *Indicators*, p. 98, tabla 2.16.
- ¹⁵ Servicio de Noticias de la Mujer, Resumen de noticias de SEM del 3 al 7 de enero de 2000 (SEM, 7 de enero de 2000).
- ¹⁶ WHO, *Health Report*, p. 156, tabla 2.
- ¹⁷ World Bank, *Indicators*, p. 98, tabla 2.16.
- ¹⁸ *Ibid.*, p. 14, tabla 1.2.
- ¹⁹ UNAIDS, *Report on the global HIV/AIDS epidemic*, <http://www.unaids.org/epidemic_update/report/table_E.htm>, 3 de julio de 2000, visitada el 27 de septiembre de 2000, p. 5.

I. MARCO LEGAL Y POLÍTICO

No ha habido cambios en cuanto a la estructura territorial. Sin embargo, vale la pena mencionar la influencia que ha tenido el gobierno centralizado del presidente Fujimori en las políticas del sector salud. Después de las últimas elecciones presidenciales realizadas a mediados de 2000, en medio de una gran controversia política el pueblo peruano reeligió a Alberto Fujimori como Presidente para el próximo periodo presidencial, pero este renunció al poder en septiembre de 2000.

Respecto a las disposiciones administrativas,¹ se debe agregar al informe anterior que las dicta el Poder Ejecutivo y reglamentan los procedimientos requeridos para la efectividad de las leyes. También constituyen el cauce para la resolución de las peticiones de naturaleza individual que la ciudadanía presenta a la Administración Pública.²

II. SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Si bien se observa un avance significativo en la normatividad vigente así como en la prestación de servicios, las barreras para un acceso real a la salud reproductiva están todavía presentes, en tanto que las políticas en salud continúan privilegiando la atención en planificación familiar sobre la atención gineco-obstétrica y servicios de salud integral para las mujeres. Algunas organizaciones señalan que la satisfacción de las necesidades de las usuarias desde una auténtica perspectiva de género implica, entre otras cosas, atender en forma íntegra sus demandas y no sólo los objetivos de la política estatal.³

A. LEGISLACIÓN Y POLÍTICAS SOBRE SALUD

En el Perú se están llevando adelante varios proyectos de inversión en salud a nivel nacional, como por ejemplo el Programa de Salud y Nutrición Básica,⁴ el Proyecto de Rehabilitación de los Servicios de Hospitales⁵ y el Proyecto de Infraestructura, Equipamiento y Reequipamiento.⁶ Entre los programas del MINSA actualmente en vigencia se encuentran el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar y el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA, entre otros.⁷

Infraestructura de los servicios de salud

El Ministerio de Salud (MINSA) sigue siendo el órgano responsable de la ejecución de la política de salud a nivel

nacional.⁸ Está conformado por Direcciones Subregionales de Salud,⁹ Institutos Especializados¹⁰ y Organismos Públicos Descentralizados.¹¹ Asimismo, continúan en vigencia el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, el Proyecto 2000 y el Programa Salud Básica para Todos, enunciados en el informe anterior.¹²

Según el censo realizado en 1996, en Perú se cuenta con 5,923 establecimientos de salud.¹³ En cuanto a los recursos humanos, para 1996 se estimaba que había 10.3 médicos por cada diez mil habitantes.¹⁴ Entre 1992 y 1996, los médicos y enfermeras aumentaron 36% y 29% respectivamente; sin embargo, existen inequidades en cuanto a su distribución en algunas zonas de alta mortalidad infantil, donde hay hasta siete veces menos recursos humanos que en las zonas de menor mortalidad.¹⁵

En los establecimientos de salud de nivel primario (centros y puestos de salud) se ofrece el Paquete Básico de Salud de la Mujer. El paquete contiene prestaciones e intervenciones para enfrentar los principales problemas de salud de la población femenina.¹⁶

Financiamiento de los servicios de salud

Los fondos destinados al sector salud corresponden en su mayor parte a los recursos ordinarios del Tesoro Público y en menor proporción a los fondos directamente recaudados por los servicios prestados y a los provenientes de entidades internacionales prestadoras y fondos de donaciones. Para 1999 el presupuesto estuvo financiado fundamentalmente por el Tesoro Público (81%), los recursos recaudados por los servicios prestados (15%) y fuentes externas (4%).¹⁷

El Programa de Administración de Acuerdos de Gestión se creó con el fin de mejorar la eficiencia en la asignación y uso de recursos presupuestales y brindar asistencia técnica a los hospitales y redes de establecimientos de salud. Además de asignar los recursos, el programa supervisa y evalúa el uso de todos los fondos.¹⁸

Normatividad sobre los profesionales de salud

En 1998 se dictaron las "Normas para calificación de médicos cirujanos para la anticoncepción quirúrgica voluntaria", tanto femenina como masculina. Esta norma tiene como objetivo garantizar la certificación, por medio de un grupo colegiado, de médicos cirujanos en las distintas técnicas quirúrgicas, incluyendo la vasectomía.¹⁹ En julio de 1999 se promulgó la ley que institucionaliza la acreditación de Facultades de Medicina y ese mismo año también se inició el proceso de recertificación de profesionales médicos mediante el Programa de Educación Permanente del Colegio

Derechos de los pacientes

Siguen vigentes los derechos previstos en la Ley General de Salud,²¹ aunque estudios indican que existe un desconocimiento de estos derechos por parte de los usuarios y usuarias así como del personal que provee servicios de salud; por ello se hace necesaria la reglamentación de esta Ley y su difusión a todos los sectores de la población. Como se discute más adelante, también cabe resaltar que en 1999 se puso en vigencia la Norma sobre Planificación Familiar, que incluye disposiciones específicas sobre orientación y consejería en el área de anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) con la finalidad de asegurar el consentimiento informado de las mujeres que deciden utilizar este método de anticoncepción.

Un avance importante son los programas de capacitación impulsados por el gobierno a los profesionales de la salud para mejorar la calidad de atención, sin embargo continúa siendo un obstáculo para evaluar la calidad de los servicios con respecto a los usuarios y usuarias el hecho de que las evaluaciones de la atención en los establecimientos de salud consideren fundamentalmente indicadores cuantitativos, por lo que se hace imperativo desarrollar e implementar indicadores cualitativos que tengan un enfoque de género.²²

Mecanismos de rendición de cuentas, participación y control ciudadanos

Existe un avance en relación a los mecanismos de participación a través de “mesas de trabajo” interinstitucionales como son la Mesa Tripartita, que es una instancia de monitoreo de acciones de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) y la Mesa Nacional sobre Violencia Familiar, aun cuando estos foros no permitan la participación en el establecimiento de políticas.²³

Por otro lado, las mujeres organizadas, las promotoras y movilizadoras de salud en diversas partes del país participan en la ejecución de numerosas y variadas actividades de difusión, prevención y capacitación en la comunidad, aunque casi nunca en el diseño y gestión de políticas y programas de salud.²⁴ Sin embargo, en varias zonas del país se constata la virtual inexistencia de vías formales para las opiniones y quejas de las usuarias, quedando el manejo de estas situaciones al criterio del personal directamente involucrado y de las autoridades del establecimiento.²⁵ Ante esta realidad, el gobierno ha manifestado la necesidad de incorporar la participación de la sociedad civil en instancias de gran alcance tales como la Comisión Nacional de Coordinación del Plan Nacional de Población 1998-2002 (COORDIPLAN).²⁶

Responsabilidad estatal en el control y supervisión de los servicios privados

En 1997 se creó la Superintendencia de Entidades

Prestadoras de Salud (SEPS), la cual tiene como función autorizar, regular y supervisar el funcionamiento de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) así como controlar el correcto uso de los fondos administrados por éstas.²⁷ Asimismo, dicha Superintendencia estableció la información mínima que las EPS deben presentar a las entidades empleadoras y a los asegurados previamente a la elección o contratación de la entidad prestadora de salud y el Plan de Salud.²⁸ Un mecanismo utilizado por la SEPS para garantizar la continuidad del servicio de las empresas y entidades vinculadas a los planes de salud de la seguridad social es el Registro en el que deben inscribirse estas instancias.²⁹ La información que allí se registre es de carácter público y además la SEPS podrá realizar inspecciones a fin de verificar que la información proporcionada por las empresas y entidades sea verídica.

Para tutelar los derechos ciudadanos, la Superintendencia ha establecido también un reglamento para la atención de los reclamos de los usuarios y usuarias de las EPS.³⁰ Estas últimas están obligadas a realizar, periódicamente, auditorías médicas y controles de calidad de los servicios de salud que brindan. Las controversias derivadas de los contratos, planes de salud y otras prestaciones entre usuarios y EPS son atendidas por las propias EPS y en última instancia son sometidas al Centro de Conciliación y Arbitraje de Controversias de la Superintendencia de las EPS.³¹

Regulación del mercado de seguros

Sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social se creó en 1999 el Seguro Social de Salud (ESSALUD). Este organismo brinda cobertura a los asegurados y aseguradas y a sus beneficiarios (también conocidos como derechohabientes)³² a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en salud.³³ El ESSALUD es un organismo público descentralizado del sector Trabajo y Promoción Social y los recursos que administra son intangibles y no pueden ser aplicados a fines distintos a los de su creación.³⁴ Los aportes por afiliación al Seguro Social de Salud son mensuales y corresponden al 9% de los ingresos de los trabajadores en actividad. El aporte de los pensionistas equivale al 4% de la pensión. El aporte de los afiliados potestativos es el que corresponde al plan elegido por cada afiliado.³⁵

B. POBLACIÓN, SALUD REPRODUCTIVA Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El Plan Nacional de Población 1998-2002 (PNP) es el principal instrumento de ejecución y gestión de la política de

población, cuyos objetivos incluyen reforzar la incorporación de la dimensión demográfica y la política nacional de población a los planes de desarrollo y programas sociales y económicos, así como contribuir a una mayor equidad entre los géneros en la atención de la salud con calidad.³⁶

COORDIPLAN es el ente coordinador nacional de la aplicación del PNP y de las políticas, estrategias y programas de salud reproductiva y planificación familiar.³⁷ Entre sus principales objetivos están la definición de indicadores de seguimiento y monitoreo de las acciones a realizar por las distintas instancias que integran esta Comisión, así como la culminación de una base de datos sobre las necesidades reproductivas de la población de varias regiones del país.³⁸

Legislación y políticas de salud reproductiva y planificación familiar

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar (PNSRPF) mencionado en el informe anterior continúa con sus objetivos iniciales de contribuir a mejorar el estado actual de la salud reproductiva.³⁹ En general, el sistema de salud ha experimentado una ampliación general de los horarios de atención de los establecimientos y de la constelación de los servicios ofrecidos en los establecimientos públicos (con una expansión de la gama de métodos anticonceptivos disponibles).⁴⁰

Por ser el cáncer ginecológico la primera causa de muerte de las mujeres en edad fértil, se elaboró el Plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico⁴¹ con el fin de promover alternativas eficientes y de calidad que contribuyan a disminuir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y mamas.⁴² Del mismo modo, el MINSA mediante su red de instituciones, incluyendo el Programa de Atención Materno Infantil, brinda diversos servicios de maternidad segura.⁴³

C. ANTICONCEPCIÓN

El PSRPF, mediante las Normas de Planificación Familiar, dicta una serie de disposiciones para la atención de los servicios de planificación familiar dirigidas a asegurar la elección libre e informada sobre los métodos anticonceptivos.⁴⁴ La oferta de métodos anticonceptivos del MINSA se distribuye de la siguiente manera: inyectables 37%, píldoras 21%, DIU 14%, esterilización femenina 12%, condón 10%, vasectomía 1%.⁴⁵ En cuanto a la prevalencia de la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV) realizada en las mujeres, este procedimiento ha sufrido una reducción considerable: en 1996 se realizaron 81,762 intervenciones de esterilización femenina, en 1997 llegaron a 109,689, y en 1999 el número de intervenciones se redujo a 26,788.⁴⁶

Esterilización

A raíz de las denuncias que fueron presentadas por

organizaciones de la sociedad civil que daban cuenta de la campaña de AQV forzada para mujeres de zonas rurales y urbano populares (según hechos acontecidos durante los primeros años de implementación del PSRPF del Ministerio de Salud), el gobierno peruano puso en vigor un conjunto de disposiciones dirigidas a garantizar decisiones informadas.⁴⁷ Las medidas correctivas emprendidas por el Ministerio de Salud en este ámbito incorporan algunas sugerencias planteadas por las organizaciones de la sociedad civil.

En septiembre de 1999 entró en vigor la Norma de Planificación Familiar para el caso de la esterilización femenina.⁴⁸ Según esta normativa los establecimientos deben estar calificados para garantizar niveles de seguridad y calidad en las intervenciones. Para el caso de AQV masculina no es necesario tener ambientes que cumplan con los requisitos esenciales de una sala de operaciones, razón por la cual este procedimiento no está sometido a un proceso de calificación específico. Hay un Comité Central de Calificación que regula, supervisa y monitorea los procesos y hay Comités Locales responsables del proceso de calificación.⁴⁹

Cuando las usuarias optan por la AQV, el PSRPF establece disposiciones específicas para su atención, entre las que se encuentra el plazo de reflexión no menor de 72 horas, la autorización escrita, el deber de informar claramente sobre los riesgos, beneficios y efecto permanente del método.⁵⁰ Asimismo, se debe brindar orientación y consejería por lo menos en dos sesiones, una general y otra específica en las cuales el formato de solicitud de AQV debe ser leído y analizado detenidamente y verificar su comprensión en todos los puntos.⁵¹

D. ABORTO

La normativa legal que criminaliza el aborto permanece sin cambios. Se estima que 30% de los embarazos que se producen anualmente terminan en aborto y otro 30% termina en nacimientos no deseados. En promedio, cinco de cada cien peruanas de 15 a 49 años se provoca un aborto cada año. Con esta tasa, en 1997 se habrían producido en el país aproximadamente 324 mil abortos.⁵² Entre las mujeres que se someten a un aborto clandestino, 69% de las mujeres rurales pobres tienen complicaciones, a diferencia de 44% de las mujeres que viven en zonas urbanas pobres.⁵³

El Programa Materno Perinatal del MINSA señala que en 1997, 15% de las admisiones obstétrico ginecológicas se debieron a complicaciones de aborto, pero no informa si hay hospitales o clínicas con personal entrenado para tratar complicaciones derivadas del aborto.⁵⁴ El MINSA está impulsando programas piloto en algunos hospitales del país dirigidos a brindar atención y tratamiento a mujeres que

tienen complicaciones de aborto.⁵⁵

E. VIH/SIDA Y OTRAS INFECCIONES TRANSMISIBLES SEXUALMENTE (ITS)

La normativa jurídica en esta área continúa vigente. En enero de 1999 existían 8,354 casos de SIDA en el Perú. En 1991 las mujeres representaban 8.1% del número total de enfermos de SIDA, en tanto que para 1998 representaban 21.6%.⁵⁶ El Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA del Ministerio de Salud señala que hacia 1997, 80% de los servicios de salud ofrecían condones a los usuarios y 25% ofrecían servicios de diagnóstico y tratamiento de infecciones transmisibles sexualmente.⁵⁷

III. SITUACIÓN JURÍDICA DE LA MUJER

En cuanto a los derechos de la mujer en el área civil, ha habido algunos cambios interesantes en los derechos del matrimonio y en las normativas sobre violencia intrafamiliar, mientras que en otras áreas como el acoso sexual todavía no se observa un avance.

A. DERECHOS CIVILES DENTRO DEL MATRIMONIO

En el campo del derecho de familia, se promulgó una ley que equipara la edad mínima de hombres y mujeres para contraer matrimonio.⁵⁸ También entró en vigencia una importante normativa que estableció la admisibilidad de la prueba biológica, genética y otras de validez científica con igual o mayor grado de certeza para determinar la paternidad.⁵⁹ Esta ley estableció también que el resultado positivo de la prueba de ADN desecha cualquier presunción legal que legitime la negación de paternidad y acredita fehacientemente la filiación, lo cual permite la declaración judicial de paternidad extramatrimonial.⁶⁰ Esta ley derogó la disposición que impedía a la mujer iniciar un proceso judicial para lograr la declaración de paternidad de su hijo o hija si durante la época de la concepción había llevado una vida “notoriamente desarreglada”.⁶¹

Del mismo modo, se modificó el artículo 243 del Código Civil que daba discrecionalidad al Juez para decidir si una mujer que deseaba casarse antes de los 300 días posteriores a la disolución, no estaba embarazada por obra del marido. La reforma permite a la mujer la posibilidad de acreditar, mediante certificado médico, que no se encuentra

embarazada.⁶²

B. DERECHOS SOCIOECONÓMICOS

En materia laboral, si bien el despido por razón de embarazo de la trabajadora es considerado nulo por la legislación peruana, mediante una nueva disposición la carga de la prueba ya no recae en la trabajadora sino en el empleador, quien debe acreditar que existe una causa justa para despedirla.⁶³ También se restituyó el derecho a permiso por lactancia materna (una hora diaria hasta que el hijo cumpla seis meses).⁶⁴

En el ámbito de la educación e instrucción, mediante ley se estableció que las mujeres tienen ahora acceso a una de las instituciones tradicionalmente masculinas, la Escuela Nacional de Marina Mercante. De este modo, las mujeres que sigan las carreras correspondientes podrán obtener los grados y beneficios que les correspondan bajo los mismos principios y normas que rigen para el personal masculino.⁶⁵

C. DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA

Violencia sexual

Mediante la ley promulgada en 1999 que modificó el Código Penal se estableció el ejercicio público de la acción penal para los delitos contra la libertad sexual, que anteriormente sólo tenían acción privada.⁶⁶ Esta ley señala asimismo un procedimiento especial para la investigación del delito, el cual debe preservar la identidad de la persona agraviada, debe recabar su consentimiento para practicarle el examen médico legal, así como también debe considerar su estado físico y emocional al momento de la actuación de las pruebas judiciales.⁶⁷

Acoso sexual

El acoso sexual en el Perú no está previsto como delito y tampoco existen medidas administrativas para prevenirlo y sancionarlo ni en el ámbito laboral ni en el educativo. Actualmente existe un proyecto de ley que contempla el acoso sexual en los centros laborales, pero sólo concebido como una falta laboral y se regula como un procedimiento administrativo dentro del centro de trabajo como vía previa para formular demanda ante el Poder Judicial. Este proyecto, que tiene más de dos años, se encuentra ante la Comisión de la Mujer del Congreso para su actualización.⁶⁸

Violencia doméstica

Se introdujo una modificación al Código Penal que incorpora como agravantes los delitos de lesiones graves y lesiones leves en la relación conyugal, de convivencia y otros vínculos familiares existentes entre agresor y víctima.⁶⁹ Se debe agregar al informe anterior que en 1997 se modificó la Ley Contra la Violencia Familiar (promulgada en 1993),⁷⁰ pero sin proteger a las exconvivientes, excónyuges y aquellos

que hubieran procreado un hijo o hija en común sin mediar vínculo matrimonial o de convivencia.⁷¹ Del mismo modo, se emitió un reglamento que entró en vigor a fines de 1998 en el que se establece que no sólo los certificados médicos expedidos por el Instituto de Medicina Legal tienen valor probatorio del estado de salud física y mental en los procesos judiciales sobre violencia familiar sino también los expedidos por otros establecimientos médicos del Estado.⁷²

En 1999, el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH) puso en funcionamiento un Módulo Piloto de Atención contra la Violencia Familiar con el fin de ofrecer a la población de Lima servicios diversos dirigidos a asegurar que los procesos judiciales por violencia familiar sean ágiles y oportunos.⁷³

IV. ADOLESCENTES

El PROMUDEH es el organismo encargado de la formulación de políticas y leyes relativas a los y las adolescentes, asumiendo la función de ente rector del Sistema de Atención Integral al Niño y Adolescente.⁷⁴ Mediante la Oficina de la Defensoría de la Gerencia de Promoción de la Niñez y la Adolescencia, el PROMUDEH también es la institución responsable de dirigir, impulsar y asesorar el sistema nacional de redes de servicios de atención a niñas, niños y adolescentes en situaciones de vulnerabilidad.

En 1997 se reglamentó el Servicio de Defensoría del Niño y el Adolescente,⁷⁵ que funciona en los gobiernos locales, instituciones públicas y organizaciones de la sociedad civil y se encarga de recibir los casos particulares y plantear alternativas de solución, promover conciliaciones y evaluarlos periódicamente.

A iniciativa de la Comisión de la Mujer, del Desarrollo Humano y del Deporte se modificó el Código del Niño y del Adolescente señalando que a las adolescentes embarazadas o madres no se les debe impedir iniciar o continuar sus estudios ni ser objeto de discriminación alguna.⁷⁶

Salud reproductiva

En el Perú, 13,4% de las adolescentes entre 15 y 19 años es madre o está embarazada por primera vez, siendo mayor el número de nacimientos en las mujeres que viven en zonas con mayores índices de pobreza (especialmente en la selva y la sierra), así como en áreas urbano-marginales.⁷⁷

En cuanto a anticoncepción, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 1996 (ENDES) alrededor de la cuarta parte de adolescentes mujeres sexualmente activas usaba algún método anticonceptivo, la otra cuarta parte usaba algún método tradicional y el resto no hacía uso de método

1997 (aunque se estimaba ya que el número real de casos estaría por encima de los ocho mil)⁷⁹ se ubica en el grupo etéreo de 20 a 29 años, lo que podría significar que se infectaron durante la adolescencia, considerando el largo periodo de latencia del SIDA.⁸⁰

El MINSA, a través del subprograma de Salud del Escolar y Adolescente, ha elaborado el Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud del Escolar y Adolescente 1997-2001.⁸¹ El Plan tiene como objetivo disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad incrementando hábitos y conductas saludables, modificando los comportamientos de riesgo y ofreciendo atención oportuna a los casos detectados.⁸²

Si bien las instancias gubernamentales dictan disposiciones dirigidas a impulsar el acceso y la difusión de información y educación entre los y las adolescentes, el acceso al uso de anticonceptivos y a servicios es todavía limitado para los y las adolescentes. Aunque la norma del Programa de Planificación Familiar prevé el suministro de métodos anticonceptivos temporales a los y las adolescentes,⁸³ muchos proveedores de servicios de salud no los facilitan.⁸⁴

Matrimonio y adolescentes

Mediante una ley de 1999 se ha equiparado la edad mínima de hombres y mujeres para contraer matrimonio pues mediante dispensa judicial se puede autorizar el matrimonio de menores con 16 años cumplidos.⁸⁵ Esta ley dispone además que los mayores de 14 años adquieren capacidad a partir del nacimiento de un hijo o hija pero sólo para realizar ciertos actos como por ejemplo, reconocer a sus hijos, demandar por gastos de embarazo y parto, demandar y ser parte en los procesos judiciales de tenencia y alimentos a favor de sus hijos. Además, cuando una persona menor de 14 años tiene un hijo, podrá reconocerlo cuando cumpla dicha edad.⁸⁶

Delitos sexuales contra adolescentes y menores

En 1998 se modificó el Código de los Niños y Adolescentes, estableciendo que los niños y niñas tienen derecho a ser respetados por sus educadores, incluyendo este respeto no cometer actos de acoso, abuso o violencia sexuales por parte de los educadores hacia los educandos.⁸⁷ Este mismo Código se modificó a principios de 1999 con el establecimiento de derechos y garantías procesales para la víctimas de violencia sexual y defensa legal gratuita para casos de víctimas menores de edad.⁸⁸ Asimismo, se modificó el Código Penal agravando las penas de los delitos sexuales cometidos contra menores de 14 años, siendo el caso más grave la cadena perpetua cuando el acto sexual o análogo se comete contra niños o niñas menores de siete años.⁸⁹

También se aprobó una ley que establece derechos de las

víctimas de violencia sexual, en particular de los menores de catorce años. Entre las principales medidas, el PROMUDEH deberá promover programas públicos y privados de prevención, protección y atención de la violencia sexual dirigida contra los niños y adolescentes; la obligatoriedad de la intervención del fiscal en todos los procedimientos policiales y judiciales; la obligatoriedad de proveer a los niños y adolescentes de abogados de oficio que les brinden asistencia judicial integral y gratuita.⁹⁰

Educación sexual y adolescentes

El Programa Nacional de Educación Sexual presentado por el gobierno en 1998 tiene como objetivo contribuir a una formación integral que permita que los jóvenes tomen decisiones responsables y saludables para su bienestar personal, familiar y social.⁹¹ Sin embargo, algunos estudios señalan que los actuales programas del Ministerio de Educación, por sus resultados, no están cumpliendo con el objetivo de impartir educación sexual desde tempranas etapas de la vida del individuo.⁹²

NOTAS

¹ Disposiciones administrativas son aquellas que establecen la organización y las funciones de las distintas dependencias, regulan los procedimientos a través de los que éstas actúan frente a las personas o instancias con las que se relacionan, así como la resolución de cuestiones particulares como peticiones y sanciones entre otras. Alberto Bustamante, *El Gobierno y la Administración en la Constitución* en Marcial Rubio Correa, *El sistema jurídico. Introducción al Derecho*, Lima, PUC, 198, pp. 150-151.

² Tales disposiciones son: Decreto Supremo, Resolución Suprema, Resolución Directoral, Resolución Subdirectoral, etc., según el funcionario que las emita.

³ Grupo Impulsor Nacional, *Mujeres y ciudadanía en el Perú. Avances y barreras*, Lima, GIN, 1998, p. 49.

⁴ Pretende mejorar el estado de salud y nutrición a través del incremento en la cobertura y calidad de servicios de salud y la promoción de mejores prácticas en salud y nutrición.

⁵ Propone equipamiento de establecimientos de salud y estudios de mantenimiento especializado de instalaciones.

⁶ Este proyecto propone la construcción de establecimientos de salud, reequipamiento de Unidades Especiales de Salud y equipamiento de establecimientos de salud, así como mantenimiento de infraestructura y equipos.

⁷ Otros programas son: Infecciones Respiratorias Agudas; Enfermedad Diarréica Aguda; Malaria y otras Metaxénicas; Salud Mental; Salud Bucal; Seguro Escolar Gratuito; y Acciones de Control de Epidemias y para casos de Emergencia y Desastres.

⁸ A nivel nacional existen 77 unidades ejecutoras en las 33 direcciones de salud que constituyen todos los departamentos del país. En el ámbito local, desde 1994 funcionan Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), que son asociaciones civiles de cinco o seis miembros de la comunidad junto con un médico jefe del establecimiento de salud local y están encargados de ejecutar el Plan de Salud Local. Véase Ministerio de Salud, *Sustentación del presupuesto 1999*, Mimeógrafo, p. 15.

⁹ Estos son órganos desconcentrados encargados de ejecutar normas emitidas por órganos técnico-normativos del nivel central.

¹⁰ Estos institutos son órganos desconcentrados y especializados dependientes del viceministro encargados de desarrollar actividades de investigación e innovación técnica tecnológica y docencia: Instituto de Rehabilitación, de Oftalmología, de Ciencias Neurológicas, de Salud del Niño, etc. Ministerio de Salud, <<http://www.minsa.gob.pe>>.

¹¹ El sector salud está constituido por cuatro subsectores: subsector público, constituido por la red de servicios de salud del Ministerio de Salud, las regiones y subregiones de salud y los municipios; subsector del Instituto Peruano de Seguridad Social; subsector de las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales; y el subsector privado.

¹² Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas (CRLP) y Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer (DEMUS), *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas*, Nueva York, noviembre 1997, pp. 174, [en adelante *Mujeres del Mundo*].

¹³ Ministerio de Salud -Oficina de Estadística e Informática, *II Censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud, 1996*. Estos se dividen en 136 hospitales; 1028 Centros de Salud; 4762 puestos de salud (atención primaria) y siete otros.

¹⁴ Ministerio de Salud, *II Censo*.

¹⁵ OPS, *Perfil del sistema de servicios de salud de Perú*, revisado el 24 de noviembre, 1999, p. 5.

¹⁶ Ministerio de Salud. *Compendio de procedimientos en salud de la mujer. Para centros de salud y puestos de salud I*, 1999. Mimeógrafo, pp. 11-12. Estos problemas de salud incluyen: prevención, detección y tratamiento precoz de enfermedades ginecológicas e infecciones de transmisión sexual, detección temprana de gestación, control prenatal, promoción del cuidado prenatal, control de alto riesgo obstétrico, atención de parto normal, prevención, detección y tratamiento precoz de complicaciones del parto, atención del puerperio normal y complicado.

¹⁷ Sustentación del Proyecto de Presupuesto 1999 del Ministerio de Salud, p. 21.

¹⁸ Resolución Ministerial no. 534-97-SA/DM, promulgada el 28/11/97 y publicada el 30/11/97.

¹⁹ Normas para la calificación de médicos cirujanos para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. R.M. no. 440-98-SA/DM, promulgada el 6/11/98 y publicada el 11/11/98. Los médicos deben someterse, según esta norma, a evaluación de conocimientos teóricos así como a una evaluación de la técnica operatoria bajo observación directa.

²⁰ OPS, *Perfil del sistema de servicios de salud de Perú*, revisado el 24 de noviembre, 1999, p. 9.

²¹ Ley General de Salud, no. 26842, promulgada el 15/7/97 y publicada el 20/7/97.

²² Conclusiones de la participación de las ONG en el Seminario "Cairo +5: Avances, desafíos y perspectivas desde la sociedad civil", realizado el 1 y 2 de diciembre de 1998. Mimeógrafo, p. 6.

23 *Ibid.*

24 Grupo Impulsor Nacional, *Mujeres y ciudadanía en el Perú. Avances y barreras*. Lima, GIN, 1998, p. 50. El Grupo nace para monitorear el cumplimiento de los compromisos de Beijing y para ello realizó en 1998 un estudio a nivel nacional tomando una muestra de 83 establecimientos de salud pública.

25 *Ibid.*

26 Conclusiones "Cairo +5" p. 16. Coordiplan es el ente coordinador del Plan Nacional de Población y como institución intersectorial está integrada por el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (Promudeh), Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Presidencia, Instituto Peruano de Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística e Informática y Consejo Nacional de Ambiente. *Ibid.*, art. 2.

27 Ley no. 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, art. 14, promulgada el 15/5/97 y publicada el 17/5/97. La SEPS regula las reservas que deben constituir las EPS y también la elaboración y presentación de sus estados financieros. Para supervisar la solvencia e infraestructura propia de las EPS, éstas deben brindar a la SEPS las facilidades para acceder a información contable y financiera. Decreto Supremo no. 005-98-SA, promulgado el 8/5/98 y publicado el 17/5/98.

28 Resolución de Superintendencia no. 009-99-SEPS, promulgada el 12/3/99 y publicada el 25/3/99. La información mínima debe incluir aquella que dé cuenta de la solvencia patrimonial de la entidad. Asimismo, la norma señala que el plan de salud debe señalar expresamente los requisitos para la atención, existencia de copagos, mecanismos de reajuste de aportes y copagos, los establecimientos en que recibirán atención los asegurados y el plazo del contrato.

29 Resolución de Superintendencia no. 025-98-SEPS, promulgada el 31/7/98 y publicada el 22/8/98.

30 Resolución de Superintendencia no. 022-98-SEPS, promulgada el 21/7/98 y publicada el 6/8/98. El usuario o la usuaria realiza un reclamo frente al incumplimiento por parte de la EPS de las obligaciones contenidas en el plan de salud así como ante las deficiencias en la calidad de la atención.

31 Resolución de Superintendencia no. 012-98-SEPS, promulgada el 5/6/98 y publicada el 10/6/98.

32 Es derechohabiente el beneficiario directo y legal del asegurado en su calidad de cónyuge o conviviente o sus hijos e hijas, según el D.S. no. 009-97-SA, reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud.

33 Ley no. 27056 art. 1 y Decreto Supremo no. 002-99-TR, promulgado el 26/4/99 y publicado el 27/4/99.

34 Ley no. 27056, art. 11 y D.S. 002-99-TR, art. 24.

35 Ley no. 26790, art. 6.

36 Decreto Supremo no. 011-98-PROMUDEH. Promulgado el 26/9/98 y publicado el 29/9/98. Las agencias gubernamentales que ejecutan el Plan Nacional de Población son: Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Instituto Peruano de Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística e Informática y Consejo Nacional de Ambiente. Véase CRLP/DEMUS, *Mujeres del mundo*, p. 177.

37 Resolución Ministerial no. 009-99-PCM, art. 1. Promulgada el 26/1/99 y publicada el 26/1/99. Esta Comisión es intersectorial pues está integrada por el Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (Promudeh), Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de la Presidencia, Instituto Peruano de Seguridad Social, Instituto Nacional de Estadística e Informática y Consejo Nacional de Ambiente. *Ibid.*, art. 2.

38 Información proporcionada por la Gerencia de Desarrollo Humano del Promudeh, designada como Secretaría Técnica del COORDIPLAN.

39 Ministerio de Salud, <<http://www.minsa.gob.pe>>, visitada el 12/5/99. Este programa consta de cinco estrategias, entre las cuales se encuentran la promoción del ejercicio de los derechos ciudadanos y reproductivos, el desarrollo del enfoque de género en los servicios de planificación familiar y la prevención de la violencia familiar.

40 Grupo Impulsor Nacional, p. 49.

41 Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico, R. M. No. 103-99, del 26/2/99.

42 Plan Nacional de Prevención del Cáncer Ginecológico: cuello uterino y mama 1998-2000, R.M. no. 103-99-SA/DM, p. 4. Este plan tiene como población objetivo a las mujeres, especialmente las adolescentes y adultas de 15 a 24 años para acciones preventivas y promocionales, y las de 30 a 49 años de bajo nivel socioeconómico para acciones de detección, diagnóstico y tratamiento.

43 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Estado de la población peruana: 1997. Salud reproductiva*. Lima, INEI-UNFPA, 1997. p. 28. Respecto a cobertura, el

Programa materno-perinatal señala que entre 1990 y 1996 el número de usuarias se incrementó considerablemente. Sin embargo, a pesar de estos incrementos, importantes sectores de la población no acceden todavía a estos servicios: el 30.7% de las mujeres no recibió cuidado prenatal de nadie, sobre todo en las zonas rurales y entre las mujeres sin instrucción alguna. La atención del parto sólo se produjo en el 56% de los casos.

44 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22/9/99. Según estas normas, antes de elegir y aplicar un método anticonceptivo, los proveedores deben, además de realizar un examen físico, evaluar la presencia de riesgo de violencia o maltrato familiar. Si se detecta la presencia de este riesgo, el proveedor debe atender las lesiones y hacer la transferencia correspondiente para abarcar el problema de manera integral.

45 Cifras dadas por el Dr. Carlos Eduardo Aramburú en mayo de 1998 en el panel "Aspectos éticos y políticos de la AQV en México y Perú" (12 mayo 1998).

46 Resolución Defensorial no. 03-DP-2000, 28 de enero, 2000, tercer considerando. Esta reducción en el uso de la AQV probablemente se deba a los temores que provocaron las distintas denuncias públicas que las organizaciones de mujeres y representantes de la Iglesia hicieron sobre su aplicación compulsiva. Véase DEMUS, *Mujeres del mundo: leyes y políticas que afectan sus vidas reproductivas* capítulo de Perú, Informe borrador. Lima, agosto 1999 [en adelante, DEMUS, *Informe borrador*].

47 Un estudio sobre este tema concluyó que existían metas numéricas a nivel nacional exclusivamente para AQV. Del mismo modo, el gobierno reconoció de manera tácita estos sucesos cuando en julio de 1998 distribuyó un documento titulado "El programa peruano de salud reproductiva", donde señala los correctivos al PNSRPF y establece que "no habrá metas a los proveedores en ligadura de trompas o vasectomías o sobre cualquier otro método de planificación familiar...". Comité Latinoamericano de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), *Nada personal. Reporte de derechos humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú 1996-1998*, Lima, abril de 1999, p. 142.

48 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22 de septiembre de 1999.

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

50 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22/9/99, pp. 43-45. Estas normas establecen un periodo de reposo de siete días en AQV femenina y de cinco en AQV masculina, además del tratamiento postoperatorio a seguir.

51 *Ibid.*

52 Instituto Nacional de Estadística e Informática, *Estado de la población peruana: 1997. Salud reproductiva*. Lima, INEI-FNUAP 1997, pp. 33-34. Por constituir un delito, la práctica del aborto es clandestina, lo cual dificulta el intento de estimar su magnitud y características.

53 *Ibid.* La clandestinidad e inseguridad que supone el aborto en el Perú determina que del 100% de mujeres que se provocan un aborto, 47% sufra complicaciones y que sólo 20% sea hospitalizada y atendida.

54 *Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Mimeógrafo, p. 91.

55 DEMUS, *Informe borrador*.

56 Richard Webb y Graciela Fernández Baca, *Perú en números*, Lima, Cuánto, 1999. p. 374.

57 *Indicadores seleccionados para el seguimiento de los ejes estratégicos de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Mimeógrafo, p. 72.

58 Ley no. 27201 del 12 de noviembre de 1999.

59 Ley no. 27048, promulgada el 31/12/98 y publicada el 6/1/99.

60 *Ibid.*

61 *Ibid.*

62 Ley no. 27118, promulgada el 15/05/99 y publicada el 23/05/99.

63 Ley no. 27185, promulgada el 18/10/99 y publicada el 19/10/99.

64 Ley no. 27240, promulgada el 22/12/99 y publicada 23/12/99.

65 Ley no. 27134, promulgada el 4/6/99 y publicada el 5/6/99.

66 Ley no. 27115, promulgada el 15/5/99 y publicada el 17/5/99.

67 *Ibid.*

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

69 Ley no. 26788, promulgada el 15/5/97 y publicada el 16/5/97.

70 Ley no. 26260 del 25 de diciembre de 1993.

71 En 1997 se adopta un Texto Único Ordenado (TUO) que integra las provisiones de la Ley no. 26260 de 1993 y la nueva ley que la modifica (Ley no. 26763 de 1997). Véase Giulia Tamayo, *Derechos humanos de las mujeres, Violencia contra la mujer y paz en la región, Revisión de avances y desafíos a cinco años de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*, informe preparado para la Reunión Regional de ONG de América Latina y el Caribe hacia Beijing + 5, Lima, 5-7 de febrero, 2000, p. 20.

72 Ley no. 27016, promulgada el 19/12/98 y publicada el 20/12/98. En ambos tipos de establecimientos los certificados son gratuitos. Los centros médicos privados que hayan suscrito convenio con el Ministerio Público y el Poder Judicial también pueden expedir estos certificados con valor probatorio.

73 Resolución Ministerial no. 216-99-PROMUDEH, promulgada el 5/7/99 y publicada el 6/7/99. Para el funcionamiento del módulo, el Promudeh suscribió un convenio con los Ministerios del Interior, Salud y Justicia y con el Ministerio Público (Fiscalía).

74 R.V.M no. 033-97-PROMUDEH, promulgada el 5/12/97 y publicada el 21/12/97.

75 *Ibid.*

76 Código del Niño y del Adolescente, Ley no. 27337, del 21 de julio, 2000, art. 14.

77 Ministerio de Salud, *Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud del Escolar y Adolescente 1997-2001*. R.M. no. 175-98-SA/DM, promulgada el 8/5/98 y publicada el 11/3/5/98. Subprograma de Salud del Escolar y Adolescente, Lima, 1998, p. 15.

78 Ministerio de Salud, *Plan Nacional para la Atención Integral de la Salud del Escolar y Adolescente 1997-2001*. Subprograma de Salud del Escolar y Adolescente, R.M. no. 175-98-SA/DM, promulgada el 8/5/98 y publicada el 13/5/98. Lima, 1998, pp. 16-17.

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

80 Ministerio de salud, *Plan para la Atención del Escolar y Adolescente*, p. 17.

81 *Ibid.*

82 *Ibid.*, pp. 22-24.

83 Normas de Planificación Familiar, Resolución Ministerial no. 465-SA/DM, del 22/9/99, pp. 42-43. Se debe señalar que el suministro de anticonceptivos se prevé cuando la adolescente lo solicita, cuando presenta riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS, cuando ha recibido consejería, tiene más de 16 años o es sexualmente activa.

84 DEMUS, *Informe borrador*.

85 Ley no. 27201, promulgada el 12/11/99 y publicada el 14/11/99.

86 *Ibid.*

87 Ley no. 26941, promulgada el 15/4/98 y publicada el 16/4/98.

88 Giulia Tamayo, p. 23 (citando la ley no. 27055 de enero de 1999).

89 Decreto Legislativo no. 896, promulgada el 23/5/98 y publicada el 24/5/98. Si la víctima tiene de siete a menos de 10 años de edad, la pena será de 25 a 30 años, y si tiene de 10 a menos de 14, la pena será de 20 a 25 años. También corresponde cadena perpetua cuando el delito causa la muerte de la víctima o le produce lesiones graves o muerte.

90 Ley no. 27055, promulgada el 15/1/99 y publicada el 24/1/99. También la declaración preventiva se debe rendir ante el fiscal de familia y no ante el juez penal, y se prohíbe la participación del niño, niña o adolescente en diligencias de reconstrucción de los hechos.

91 Ministerio de Educación, *Guía de Educación Familiar y Sexual para Formación Magisterial*. Lima, Ministerio de Educación, 1998, pp. 7 y 8.

92 Jaime Núñez Parra, "Manejo del factor riesgo en adolescentes embarazadas", en Revista de la Academia Peruana de Salud. Año V, no. 1, 1998-1999, Lima, APS, 1999, p. 94.