

Derechos Sexuales y  
Derechos Reproductivos  
en el Perú  
Informe para el  
cumplimiento de la CEDAW

Jeannette Llaja Villena

Con la colaboración de  
William Aranda y Paula Escribens

Lima, diciembre del 2010

Financia AECI



## INTRODUCCIÓN

El Estado peruano ha suscrito diversos tratados internacionales de protección de derechos humanos entre los que se encuentra la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW), tratado que aborda específicamente la situación de las mujeres y que conforme a nuestro ordenamiento jurídico es una norma vinculante con rango constitucional.

Por otro lado, el monitoreo del cumplimiento de la CEDAW por parte de los Estados está a cargo del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (Comité CEDAW), órgano supranacional de protección de derechos humanos que ha emitido recomendaciones generales y recomendaciones específicas a cada uno de los Estados sobre el adecuado cumplimiento de este tratado.

La CEDAW y las recomendaciones que la interpretan constituyen una herramienta útil para identificar cuáles son los estándares mínimos de protección que el Estado debe implementar para resguardar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres. De ahí la importancia de tomarlas como referencia al momento de evaluar la actuación estatal y la situación de las mujeres.

DEMUS, a través de este documento, busca entregar un breve diagnóstico sobre la situación de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres en el Perú. El diagnóstico cuenta fundamentalmente con dos partes, la primera en la que se presenta la normatividad interna (leyes, planes, etc.) que expresamente reconoce estos derechos y la segunda en la que se hace un análisis detallado sobre el cumplimiento de las obligaciones que el Estado peruano asumió al suscribir la CEDAW en esta materia. Es preciso señalar que el Perú ha recibido severas llamadas de atención de parte del Comité CEDAW y que conforme a la síntesis que presentamos a continuación aun tiene un gran pendiente frente a las mujeres peruanas.

Esperamos que el documento sea de utilidad para los funcionarios públicos que tienen a su cargo parte del cumplimiento de la CEDAW, así como a las organizaciones de sociedad civil comprometidas con la vigilancia y exigencia en esta materia. Asimismo, agradecemos el apoyo de William Aranda y Paula Escribens, sin cuya colaboración el documento no se hubiera culminado.

DEMUS, Estudio para la Defensa de los Derechos de la Mujer

## ESQUEMA

INTRODUCCIÓN	5
1. La CEDAW en el ordenamiento jurídico peruano.	7
2. La CEDAW y los derechos reproductivos.	7
3. El reconocimiento expreso de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el ordenamiento jurídico peruano.	8
3.1. La Constitución.	8
3.2. Normas de rango legal.	8
3.3. Normas administrativas.	9
4. La aplicación de la CEDAW en el Perú. Principales preocupaciones del Comité CEDAW.	11
4.1. Servicios de Atención al Embarazo, parto y pos parto.	11
4.2. Mortalidad Materna	14
4.3. Provisión de la más Amplia Gama de Métodos Anticonceptivo	15
4.4. Acceso a Servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes	19
4.5. Educación Sexual	20
4.6. Aborto Terapéutico	21
4.7. Abortos Ilegales	23
4.8. Esterilización Forzada	25
4.9. Violencia sexual contra la Mujer y conflicto armado	26
A MODO DE REFLEXIÓN	28

## 1. La CEDAW en el ordenamiento jurídico peruano

De acuerdo a la Constitución Peruana de 1993, los tratados de derechos humanos que se encuentran en vigor no sólo forman parte del derecho nacional<sup>1</sup> sino que los derechos y libertades que ella reconoce deben ser interpretados conforme a estas normas supranacionales<sup>2</sup>.

Es importante señalar que en este periodo, específicamente en el año 2006, el Tribunal Constitucional Peruano ha señalado que estos tratados *“detentan rango constitucional”<sup>3</sup>, por lo que “están dotados de fuerza activa y pasiva propia de toda fuente de rango constitucional”*. Fuerza Activa en la medida de que incorporan al ordenamiento jurídico de rango constitucional los derechos reconocidos por ellos, y fuerza pasiva ya que son normas que *“no pueden ser modificadas ni contradichas por normas infraconstitucionales e, incluso, por una reforma de la Constitución que suprimiera un derecho reconocido por un tratado o que afectara su contenido protegido”*.

En ese sentido, no solo los derechos reconocidos en la Constitución peruana deben interpretarse conforme a la CEDAW, sino que las obligaciones que ésta establece tienen rango constitucional, por lo que deben ser respetadas por todas las normas infraconstitucionales.

## 2. La CEDAW y los derechos reproductivos

A lo largo de la CEDAW se establecen varias obligaciones vinculadas a la salud y concretamente a los derechos reproductivos, sin embargo, es el artículo 12 el más representativo. En él se establece que:

“1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supra, los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.”

1 Artículo 55 de la Constitución Peruana.

2 Cuarta Disposición Final y Transitoria de la Constitución Peruana.

3 Tribunal Constitucional Peruano. Sentencia del 25 de abril de 2006 en el Proceso de Inconstitucionalidad presentado por el Colegio de Abogados de Arequipa y Colegio de Abogados del Cono Norte de Lima contra el artículo 22, inciso c), de la Ley N.º 26397, Orgánica del Consejo Nacional de la Magistratura. (Exp.. 0025-2005-PI/TC y 0026-2005-PI/TC). Fundamento B. Numeral 1. Sub numeral. 1.1.

### 3. El reconocimiento expreso de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en el ordenamiento jurídico peruano

#### 3.1. La Constitución.

La Constitución peruana no reconoce expresamente a los derechos sexuales, ni a los derechos reproductivos de las personas. Sin embargo, si establece una serie de derechos intrínsecamente relacionados con ellos; nos referimos al derecho a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, además del derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia, a la libertad de información, a la intimidad personal, entre otros.

Asimismo, la Constitución señala *“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”*<sup>4</sup>.

#### 3.2. Normas de rango legal

**La Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres** – Ley 28983- del 16 de marzo del 2007, es la única norma con rango de ley que reconoce expresamente la existencia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos. En ella se señala que es obligación del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y locales 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.”*<sup>5</sup>

La norma también establece que éstos tienen la obligación de *“Garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna, de acuerdo a ley.”*<sup>6</sup>

Pese a este avance, la norma ha sido cuestionada, pues en su proceso de aprobación, se decidió excluir el derecho de las mujeres a no ser discriminadas por su orientación sexual e identidad de género, invisibilizando los derechos y las necesidades de la comunidad de mujeres no heterosexuales.

En el Congreso 2006-2011, se han presentado algunos proyectos de ley en los que se busca desarrollar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las personas, sin embargo éstos han sido encapetados en las comisiones en las que se tenían que discutir y aprobar. Algunos de ellos son:

**Proyecto de Ley 1062/2006-CR. Proyecto de Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva.** Proyecto que fue presentado el 3 de agosto de 2007 por un grupo de congresistas de diferentes bancadas. El proyecto fue derivado a la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad, la cual emitió, el 10 de diciembre de 2009, el Dictamen No. 07-2009-2010/CSPFPD-CR por el que se recomienda la aprobación en

4 Art. 6 de la Constitución peruana.

5 Art. 6 inciso. i).

6 Art. 6 inciso. j).

un texto único de este Proyecto junto a los proyectos 1422/2006-CR<sup>7</sup>, 2974/2008-CR<sup>8</sup> y 3006/2008-CR<sup>9</sup>.

Si bien se recomendó la aprobación del Proyecto de Ley, en la práctica, las modificaciones hechas al Proyecto original han hecho que pierda fuerza la perspectiva de género que sí estuvo presente en un primer momento. En tal sentido, las diversas consideraciones que originalmente se plantearon en relación a la atención en las diversas etapas del embarazo y post-aborto, educación sexual para la reducción de la morbilidad materna, embarazos no deseados y abortos, y atención de emergencias obstétricas, se redujeron a un solo lineamiento general (*“atención integral específica y diferenciada de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación”*). De igual manera, se incorporó el respeto del concebido dentro del principio de autodeterminación y se incorporó a la vida intrauterina como una de las etapas de la vida del ser humano, contradiciendo la normativa vigente, en especial las Guías Nacionales de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que establece como etapas únicamente a las del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.<sup>10</sup>

Adicionalmente, la no aprobación de este Proyecto de Ley da cuenta de la posición mayoritariamente conservadora en el Congreso, que estaría en contra del reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

**Proyecto de Ley 00637/2006-CR.** Proyecto de Ley que propone modificar el artículo 21° de la Ley N° 27337, Código de los Niños y Adolescentes, referente a que los adolescentes mayores de 14 años y menores de 18 años pueden acceder a información, orientación y servicios de salud sexual y reproductiva. Fue presentado el 11 de setiembre de 2006, sin embargo, está en la Comisión de la Mujer y Desarrollo Social, así como en la Comisión de Justicia y Derechos Humanos desde el 15 de noviembre de 2006, sin que haya sido dictaminado.

#### 3.3. Normas administrativas

Durante este periodo (2005-2008) se han aprobado una algunas normas infra legales, las que han reconocido expresamente la existencia de los derechos sexuales y reproductivos de las personas. Algunas de las más importantes son:

**a. La Norma técnica de planificación familiar,** aprobada mediante Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA del 28 de julio del 2005. Este norma, que reemplazó las Normas de Planificación Familiar aprobada en el año 1999, tiene como objetivos general establecer los procedimientos para lograr un manejo estándar, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud, contribuyendo a que la población peruana alcance sus ideales reproductivos, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos, promoviendo la equidad de género y elevando la calidad de vida de usuarios/os, así como de su familia, su comunidad y el país.

Esta norma reconoce entre sus enfoques, el enfoque de derechos humanos y el enfoque de género; en el primero de ellos desarrolla los *“derechos sexuales y reproductivos”* indicando que:

7 Propone incorporar un párrafo al artículo 4° de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, que faculta a los adolescentes para acceder a servicios de salud a fin de recibir atención integral en salud sexual y reproductiva, con énfasis en VIH - SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

8 Propone que los programas y acciones sobre salud sexual y reproductiva que desarrolle el Estado y que se estén dirigidos a las poblaciones originarias e indígenas del Perú incorporen un enfoque intercultural que respete sus cosmovisiones, usos y costumbres.

9 Propuesta de *“Ley de salud sexual y salud reproductiva”* presentada por la Célula Parlamentaria Aprista.

10 Al respecto ver: Movimiento Manuela Ramos, Manuela en el Congreso, Boletín No. 154, 10 de diciembre de 2009.

“Toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil entre otros, a los servicios de atención que incluyan la Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.”

Es importante señalar que esta norma se emite un año después de que el Ministerio de Salud haya aprobado las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, el 21 de junio de 2004, mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA.

#### b. Planes Nacionales

Resulta relevante centrarnos en el **Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006-2010**. Este plan fue aprobado por D.S.009-2005-MIMDES, del 12 de setiembre de 2005, y en él se contemplan actividades vinculadas a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En el Plan se señala que los derechos sexuales y reproductivos *“garantizan que todas las personas, mujeres y varones, puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, presiones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Implica el derecho a decidir cuántos hijos tener y el espaciamiento entre ellos, a controlar el comportamiento sexual según la propia forma de ser, y a estar informados para protegerse de enfermedades que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas”*.<sup>11</sup>

11 Glosario del Plan Nacional de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.

## 4. La aplicación de la CEDAW en el Perú. Principales preocupaciones del Comité CEDAW

### 4.1. Servicios de Atención al Embarazo, parto y pos parto

*“Los Estados partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”.*

Artículo 12.2 de la CEDAW

En el periodo 2005-2008, el Ministerio de Salud ha aprobado un conjunto de normas, las que conjuntamente con las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA) tendrían como objetivo general garantizar la atención oportuna y de calidad, así como el buen trato para la usuaria del servicio de ginecología y obstetricia.

Algunas de las más importantes son:

- Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, aprobada mediante Resolución Ministerial 598-2005-MINSA. Esta norma tiene como finalidad *“mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural”*
- La Guía Práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutoria, aprobada por Resolución Ministerial 295-2006-MINSA, del 26 de julio de 2006, el que tiene como objeto el manejo estandarizado de las emergencias por niveles de atención. Entre éstas se encuentra la atención de: hemorragia en la primera mitad del embarazo-Aborto; embarazo ectópico; hemorragia de la segunda mitad del embarazo; hemorragia intraparto y postparto; shock hipovolémico obstétrico; trastornos hipertensivos en el embarazo; sepsis en obstetricia; aborto séptico; rotura prematura de membranas (RPM), corioamniositis; endometritis puerperal; alteraciones del trabajo de parto – trabajo de parto prolongado; incompatibilidad feto pélvica y estrechez pélvica; parto podálico.
- Los estándares e Indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales. Aprobado por Resolución Ministerial 142-2007-MINSA. Documento mediante el cual se pretende definir los parámetros de calidad en la atención y en el trabajo con la comunidad, así como los indicadores que ayuden a medir dichos procesos. Implican la evaluación de: Capacidad Resolutoria del Establecimiento; Atención Prenatal; Seguimiento de gestantes; Plan de Parto; Vigilancia comunitaria; Atención del Parto; Atención del post parto inmediato; Atención del Puerperio; Atención del Recién nacido; Atención de las Emergencias Obstétricas; Atención de las Emergencias Neonatales; Orientación y Consejería en Planificación Familiar; Violencia basada en género; Cobertura de parto institucional; Mortalidad Materna; Mortalidad y Morbilidad Perinatal.

El Estado peruano se ha comprometido a cumplir con los Objetivos del Milenio, y concretamente

te a reducir su tasa de mortalidad materna de 185 por 100,000 nacidos vivos<sup>12</sup> a una tasa inferior a 75 por 100,000 nacidos vivos para el año 2015. Para ello, su estrategia ha estado centrada en una mayor cobertura de partos institucionales, siendo sus propuestas más conocidas la implementación de “Casas de Espera”<sup>13</sup> y la implementación del “parto vertical con adecuación intercultural”. Según la coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud (Minsa) la implementación de casas de espera habrían permitido que la atención institucional del parto aumentara del 20% (en el año 2000) al 48.3% (según la Encuesta Demográfica y de Salud Nacional – ENDES, 2007)<sup>14</sup>.

Sin embargo, la Defensoría del Pueblo, en su Primer Reporte sobre el Cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres (marzo-diciembre 2007), llamó la atención sobre el incumplimiento de la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con adecuación intercultural. Luego de realizar la supervisión a 246 establecimientos de salud en todo el ámbito nacional, concluyó que:

*“15. Se ha constatado el desconocimiento, por parte de los/as profesionales de salud entrevistados, de la Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural. Asimismo, se ha advertido la falta de equipos para atender partos en posición vertical. El 71% de los/as profesionales entrevistados/as refirió que el establecimiento de salud en el que trabaja no cuenta con una camilla para parto vertical, el 69.9% señaló que no cuenta con el asiento de madera circular y el 93.8% de los establecimientos de salud, según los/as entrevistados/as, no tiene la argolla de metal o madera instalada en el techo.”*

Sobre este mismo tema, Physicians for Human Rights - PHR<sup>15</sup>, señaló que *“muchos establecimientos de salud no permitían el parto vertical u otras prácticas tradicionales, lo que en la práctica redujo la accesibilidad de la atención, y es contrario a las normas del MINSA”,* aun cuando las instalaciones acababan de ser remodeladas, como en el caso del Servicio Obstétrico del Hospital Regional de Puno, no estaban equipadas para atender partos en posición vertical. El informe da cuenta de como el Hospital Regional de Huancavelica si bien había permitido antes el parto vertical, luego se dio la contraorden porque según el director, *“era más fácil para los médicos atender los partos en mesas de metal. Pese a ello, no se cambiaron los carteles que anunciaban la atención de partos verticales, colocados fuera del hospital de Huancavelica”.*

Pero, no solo se incumple la norma que asegura el servicio de parto vertical con adecuación intercultural; el estudio da cuenta de la existencia de *“varios establecimientos que otros ritos indígenas relacionados con el parto —tales como consumo de infusiones de hierbas y sopa por parte de las gestantes—, tampoco se seguían, y no se habían implementado en los servicios”.*

Asimismo, el informe denuncia que *“la falta de personal de salud que hable la lengua local, además de la falta de otros servicios tales como la interpretación, constituye una forma de discriminación y es una barrera sistemática para la atención accesible. En dos de los departamentos que registran la más alta densidad de población indígena, PHR encontró una minúscula fracción de médicos y una pequeña minoría de profesionales de la salud que hablaban las lenguas locales”*<sup>16</sup>, así la carencia de habilidades lingüísticas reduce aún más el acceso y la calidad de atención; ello pese a que el quechua es el idioma oficial en las zonas donde predomine, según lo establecido en el artículo 48 de la Constitución peruana.

12 Organización Panamericana de la Salud. Situación de la Salud de las Américas; Indicadores Básicos. OPS 2007. [http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB\\_2007.pdf](http://www.paho.org/spanish/dd/ais/IB_2007.pdf). (visitado el 7 de agosto de 2008).

13 Las casas de espera son hogares maternos acondicionados para alojar temporalmente a las mujeres gestantes o puérperas con dificultad de acceso a los servicios de salud. Esta experiencia que se inició en el año 1997, actualmente cuenta con 390.

14 Noticia difundida por Agencia Andina de Noticias el 8 de marzo de 2008.

15 Physicians for Human Rights. Demoras Fatales. Mortalidad Materna en el Perú. Un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura. Pág. 123.

16 *ibid.* Pág. 123-124.

Finalmente, en el informe se da cuenta que la capacitación en interculturalidad no forma parte del plan de estudios de ninguna facultad de medicina, ni de la capacitación que es requisito para obtener la autorización para practicar la profesión.

Por el contrario, esta institución evidencia:

*“actitudes discriminatorias extendidas entre proveedores de salud en Huancavelica y Puno, lo cual confirma los hallazgos de otros estudios. Los proveedores de salud señalaron a PHR que las costumbres indígenas eran “idiosincrasias,” “atrasadas,” o “ignorantes.” En lo referente a las poblaciones indígenas, los proveedores de salud agregaron que, “tienen que aprender” o “les falta educación.” Luego de mayores aclaraciones, las alusiones a la “falta de educación” parecían relacionarse casi exclusivamente con las creencias culturales indígenas y la resistencia al método de parto empleado en el sistema formal de salud. El Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra, el entonces director general de la Dirección Regional de Salud de Puno, sostuvo ante PHR que “la mortalidad materna es un problema cultural: está en sus mentes.”*

*Las prácticas coercitivas dirigidas a las poblaciones indígenas que fueron documentadas por PHR, parecen tener su origen en estas actitudes discriminatorias. Por ejemplo, PHR encontró casos de coerción abierta dirigida a las poblaciones indígenas para dar a luz en establecimientos de salud, como el uso de la fuerza policial y amenazas de encarcelamiento en el Centro de Salud de Pampas, en Huancavelica. Otras prácticas, tales como la imposición de multas para obtener partidas de nacimiento cuando los partos se producen en la casa, tienen en la práctica un impacto desproporcionado sobre las poblaciones indígenas.*

*PHR también observó la manipulación de información explícitamente porque los usuarios de los servicios de salud eran indígenas. Por ejemplo, en Puno, una enfermera señaló a PHR que ella le decía a la población indígena lo que hiciera falta para que siguieran sus instrucciones. “Por ejemplo, les digo que sus hijos se van a volver tontos si ellas siguen bañándoles con agua fría. Tienen la tradición de bañar al recién nacido con agua fría, pero yo les grito que están matando sus neuronas y que esa es la razón por la que todos son tontos.”*<sup>17</sup>

Lo antes relatado, es preocupante, y justifica lo señalado por el Comité sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer - Comité CEDAW- en sus observaciones finales al Sexto Informe Periódico del Perú de enero de 2007, el que ha establecido que *“le preocupa la situación de las mujeres de las zonas rurales, las mujeres indígenas y las que pertenecen a minorías, que se caracteriza por condiciones de vida precarias y falta de acceso a... la salud...”*<sup>18</sup>. En este caso concreto el Estado peruano no debe olvidar que *“son aceptables los servicios que se prestan si... se tiene en cuenta sus necesidades y perspectivas.”*<sup>19</sup>

Sin embargo, el incumplimiento de las normas no solo se da a nivel del sector rural, sino que existen problemas a nivel más general. Desde el punto de vista de Physicians for Human Rights, en la actualidad el Perú no provee COEm (Cuidados Obstétricos de emergencia) *“disponibles, accesibles (desde el punto de vista físico, económico e informativo, y sobre la base de la no discriminación), aceptables (desde el punto de vista cultural y ético) y de calidad. A través de entrevistas y de la identificación de casos, esta institución documentó “la forma en que la falta de COEm en diversas dimensiones da lugar a que las mujeres se demoren en tomar la decisión de buscar ayuda, en llegar al establecimiento de salud, y en recibir el tratamiento apropiado una vez que han*

17 *ibid.* Pág. 121.

18 CEDAW/C/PER/CO/6. Párrafo 36.

19 Comité CEDAW. Recomendación General Nro. 24. Párrafo 22.

*llegado. Estas demoras, a su vez, acaban con la vida de las mujeres, o dejan a muchas de ellas permanentemente incapacitadas.*<sup>20</sup>

En ese sentido, y respecto a la aplicación de las Guías de Atención de la Salud Sexual y Reproductiva, aprobadas por la Resolución Ministerial Nro. 668-2004/MINSA, la Defensoría del Pueblo concluyó luego de realizar visitas de supervisión a 246 establecimientos de salud en todo el ámbito nacional que:

*“14. Pese a que las Guías para la atención de la salud sexual y reproductiva establecen que los/las profesionales de la salud deben promover la participación de la pareja y/o familiar de la gestante durante el parto y/o en la etapa prenatal, y señalan un esquema mínimo de atención prenatal para detectar si la gestante es víctima de violencia familiar, elaborar un plan de emergencia y parto, así como brindar a la paciente información sobre planificación familiar, la supervisión efectuada ha permitido advertir algunas dificultades en el cumplimiento de la norma. El 38.5% de las usuarias entrevistadas manifestó que no se le permitió que su pareja o familiar estuviera presente durante la labor de parto y el parto, el 26.9% refirió no haber podido elegir la posición para dar a luz, aún cuando su parto no presentaba complicaciones, y el 21.1% manifestó no haber recibido información sobre planificación familiar antes de retirarse del establecimiento.*

## 4.2. Mortalidad Materna

*“El Comité observa con preocupación la alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Quinto informe periódico del Perú, 2002

El Estado peruano ha reconocido que si bien la mortalidad materna en el país ha tenido “un leve descenso, de 185 x 100,000 n.v., según ENDES 2000, continúa siendo muy alta de acuerdo a los estándares internacionales, no obstante haberse producido evidentes adelantos en el diagnóstico de complicaciones obstétricas, en las medidas terapéuticas así como en las intervenciones que requieren”<sup>21</sup>.

Sin embargo, al tratarse de un promedio nacional, la cifra citada no muestra la verdadera dimensión de la problemática, tal es así que las mujeres que se encuentran en zonas de ruralidad y de alta exclusión social se hallan mucho más expuestas a morir por razones vinculadas al embarazo y al parto: las mujeres de Puno o Huancavelica tienen seis veces más probabilidades de morir que aquellas que viven en zonas de mayor desarrollo como Ica o Lima.

Resulta sorprendente que a la fecha el Estado siga manteniendo como referencia los resultados de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) del año 2000, que además de tener ya una década de antigüedad no estuvo libre de errores. De acuerdo a la Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed, elaborada por WHO, UNICEF y UNFPA en el año 2004<sup>22</sup>, la dimensión de la mortalidad materna en el año 2000 era de 410 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos.

El último estudio de Amnistía Internacional sobre salud materna<sup>23</sup>, indica que la incidencia de muerte en mujeres por causas vinculadas al embarazo y parto es alta, señalando que “el 27 por

ciento de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras que la mujer estaba embarazada; el 26 por ciento durante el parto y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto”<sup>24</sup>. Dentro del 27% de muertes de mujeres mientras estaban embarazadas, no se precisa la causa que conlleva a dicho fatídico resultado, entre dichas muertes podrían existir muchas originadas por abortos practicados en condiciones inseguras, lo cual no se evidencia porque no existe un registro que dé cuenta de las causas específicas.

Este mismo informe muestra que la primera causa de mortalidad materna es la hemorragia (40,5%), la segunda la preeclampsia (18,9%), la tercera el aborto (6,1%) y la infección (6,1%). Un 26.5% de las muertes fueron tuvieron otras causas.<sup>25</sup>

Es preciso señalar que independientemente de la cifra oficial, el Perú aún mantiene, a la luz de los estándares de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), un número de muertes categorizado como “muy alto”, que dista mucho de los Objetivos del Desarrollo del Milenio que apuntan a reducir los índices de mortalidad materna a una tasa inferior a 75 por 100 mil nacidos vivos para el 2015.

Frente a esta situación el Estado peruano aprobó, mediante la Resolución Ministerial No. 207-2009/MINSA de 27 de marzo del 2009, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-215, cuya meta de reducir la mortalidad materna a 66 por 100 mil nacidos vivos al 2015. Para ello espera poder articular el trabajo del sector salud con los tres niveles de gobierno y la sociedad civil.

Lamentablemente, la data da cuenta que la mortalidad materna casi no ha disminuido y difícilmente disminuirá si es que el Estado peruano no adopta medidas adecuadas y urgentes para atender esta situación. Las mujeres en el Perú se mueren por causas totalmente evitables.

## 4.3. Provisión de la más Amplia Gama de Métodos Anticonceptivos

*“25. El Comité insta al Estado Parte a que intensifique las actividades y los servicios de información sobre planificación de la familia destinados a mujeres y niñas, incluido el suministro de anticonceptivos de emergencia, y que promueva con amplitud la educación sexual, en particular en los programas corrientes de educación destinados a las niñas y varones adolescentes, prestando particular atención a la prevención de los embarazos en adolescentes.”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Sexto informe periódico del Perú, 2007

*“...Preocupa asimismo al Comité la insuficiente educación sexual y la limitada difusión, accesibilidad y oferta de todos los métodos anticonceptivos, especialmente entre las mujeres indígenas, los sectores más vulnerables de la población y los adolescentes...”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Quinto informe periódico del Perú, 2002

Como se mencionó anteriormente, el Ministerio de Salud aprobó la Norma técnica de planificación familiar, mediante Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA del 28 de julio de 2005. Esta norma que establece los procedimientos para lograr un manejo estándar, efectivo y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud; tiene como enfoques el de

20 Physicians for Human Rights. Op. Cit. Pág. 115.

21 MINSA. Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-215. Pág. 25.

22 Informe: Perú, Mujeres pobres y excluidas. La negación del derecho a la salud materno – infantil, 2006. Amnistía Internacional. Página 11.

23 Amnistía Internacional. Demoras Fatales. Las barreras a la salud materna en Perú. Madrid: Amnistía Internacional, 2009. Página 14.

24 Cifras facilitadas a Amnistía Internacional por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, julio de 2008, para la elaboración de su Informe 2009: Amnistía Internacional. Demoras Fatales. Las barreras a la salud materna en Perú. Madrid: Amnistía Internacional, 2009. Página 14

25 Cifras extraídas del gráfico CAUSAS DE MUERTES RELACIONADAS CON EL EMBARAZO EN PERÚ EN 2007, elaborado en base a información brindada a Amnistía Internacional por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud, julio de 2008. Amnistía Internacional. Demoras Fatales. Las barreras a la salud materna en Perú. Madrid: Amnistía Internacional, 2009. Página 14.



derechos humanos, la calidad óptima de los servicios, la equidad de género, la prevención de la violencia familiar así como la interculturalidad y la integralidad.

Respecto al año 2007, la Defensoría del Pueblo indicó que había constatado la existencia de dificultades para implementar la Norma Técnica de Planificación Familiar. Luego de visitar 130 establecimientos del Ministerio de Salud (Piura, La Libertad, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas y Lambayeque) identificó que las irregularidades más frecuentes en los servicios de planificación familiar eran las siguientes: *“la negativa o restricción en el acceso a métodos anticonceptivos temporales (50 quejas), el desconocimiento de las normas del programa nacional de planificación familiar respecto de la obligatoriedad de entregar el método en el consultorio (37 quejas), cobros indebidos (18 quejas), desabastecimiento de anticoncepción oral de emergencia (cinco quejas), registro irregular de las usuarias de métodos de planificación familiar (dos quejas), entre otras.*

La Defensoría constató que la demora en la provisión de los métodos anticonceptivos temporales *“se ha producido con cierta frecuencia y, fundamentalmente, debido a la deficiente coordinación entre el nivel central, las Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y los establecimientos de salud al momento de solicitar y enviar los métodos de planificación familiar”.*

## Mujeres rurales

En el informe antes mencionado, la Defensoría encontró que los establecimientos de salud de las zonas más pobres y alejadas del país son los que han tenido que enfrentar períodos más prolongados de desabastecimiento. En la mayoría de los casos este problema afectó la disponibilidad de las inyecciones de deprovera y de los preservativos masculinos, situación sumamente grave si se advierte que son los métodos modernos más usados según la ENDES Continua 2004-2006. La inyección ha sido usada alguna vez por el 48% de las mujeres unidas, mientras que en el caso de las mujeres no unidas, pero sexualmente activas, el uso de los preservativos masculinos asciende al 65%<sup>26</sup>.

El desabastecimiento de métodos anticonceptivos adquiere mayor gravedad si se toma en cuenta que su mayor proveedor es el Estado, con el 71% de las usuarias actuales<sup>27</sup>; en ese sentido, las acciones del Estado tienen directas consecuencias en los retrocesos que nos acontecen. Contrariamente a lo que se espera, en el Perú el uso de los métodos anticonceptivos modernos más eficientes y seguros, por parte de las mujeres unidas o casadas, ha disminuido desde el año 2000 al año 2007 (de 50% a 48%); mientras tanto los métodos tradicionales<sup>28</sup> tienen un uso ascendente en ese mismo periodo (de 18% al 23%).

## La Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)

En julio de 2001, mediante la Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM, la Anticoncepción Oral de Emergencia -AOE- fue incorporada como un método anticonceptivo que debe ser difundido y distribuido gratuitamente a nivel nacional. La Norma técnica de planificación familiar (Resolución Ministerial N° 536-2005/MINSA) aprobada en julio de 2005 reafirmó esta obligación del Estado peruano.

El 13 de noviembre de 2006, el Tribunal Constitucional peruano se pronunció respecto a un proceso de cumplimiento<sup>29</sup> iniciado por un grupo de ciudadanas en el año 2002, y en el que soli-

26 Ibid. Pág. 24.

27 Defensoría del Pueblo. Primer Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (marzo-diciembre 2007), citando el Informe de ENDES Continua 2004-2006.

28 Entre los métodos tradicionales más usados se encuentra la abstinencia periódica, cuyo uso ha ascendido del 14.4% de mujeres en el año 2000 a 18.1% en el año 2007 (ENDES 2004-2006); se trata de uno de los métodos más inseguros que existe.

29 Tribunal Constitucional del Perú. EXP. N.º 7435-2006-PC/TC. Sentencia emitida el 13 de noviembre de 2006 en el proceso de Acción de Cumplimiento iniciado por Susana Chávez y otras contra el Ministerio de Salud.

citaban que el Ministerio de Salud informe y provea la AOE de manera gratuita. En su sentencia, el Tribunal Constitucional no solo determinó la plena constitucionalidad de este método anticonceptivo al señalar que se ha *“determinado que en el estado actual de la medicina los efectos del AOE son anticonceptivos”*, sino que ordenó al Ministerio de Salud, así como a las Direcciones Regionales de Salud y en general a todos los establecimientos públicos de salud, entre los que encontramos a ESSALUD, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, a poner la información sobre este método anticonceptivo al alcance de ciudadanas y ciudadanos, así como a colocar permanentemente a su disposición los insumos de este método, al igual que otros métodos anticonceptivos.

En el mencionado proceso, el Tribunal Constitucional acogió la información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, y el Colegio Médico del Perú.

A pesar de contar con una normatividad favorable a la distribución gratuita de la Anticoncepción Oral de Emergencia, la injerencia de grupos y posturas fundamentalistas católicas<sup>30</sup> están impidiendo su normal distribución.

Un estudio realizado por PROMSEX<sup>31</sup>, que recoge información de diferentes establecimientos de salud públicos de 11 regiones del Perú<sup>32</sup>, da cuenta de que entre octubre de 2005 y octubre de 2006 el total de unidades de AOE recibidas fue de 5,466 y que solo se distribuyeron al público usuario 1,597 tratamientos (solo el 29.2%). Esta situación no significa que las mujeres no lo necesiten, pues paradójicamente en el año 2006, en el sector privado, se vendieron 348,835 tratamientos de postinor (un tipo de presentación de la AOE) y 151,150 tratamientos con otras presentaciones<sup>33</sup>.

El 22 de Octubre del 2009, el Tribunal Constitucional publicó en su página web, la sentencia que declara fundada la demanda de amparo de la ONG ALA Sin Componenda<sup>34</sup>, en consecuencia, ordena:

- Al Ministerio de Salud que se abstenga de desarrollar como política pública, la distribución gratuita a nivel nacional de la denominada “píldora del día siguiente”.
- A los laboratorios que producen, comercializan y distribuyen la denominada “píldora del día siguiente” que incluyan en la posología la advertencia de que dicho producto podría inhibir la implantación del óvulo fecundado.

Los fundamentos jurídicos de esta última sentencia son débiles e inconsistentes, toda vez que en todo momento el Tribunal Constitucional señala que se basa en la duda sobre el posible efecto antiimplantatorio de la AOE, determinando a partir de ello que se *“afectaría fatalmente al concebido en la continuación de su proceso vital”*<sup>35</sup>. El Tribunal determina ello después de haber revisado las mismas posiciones científicas de la Organización Mundial de la Salud, Organización

30 La ONG denominada Acción de Lucha Anticorrupción “Sin Componenda” interpuso, el 29 de octubre de 2004, una Acción de Amparo contra el Ministerio de Salud, a fin de que se abstenga de iniciar la distribución de la AOE en todas las entidades públicas, asistenciales, policlínicos y demás centros hospitalarios afines a nivel nacional.

31 Rossina Guerrero. Ciudadanía en Acción. La Anticoncepción Oral de Emergencia: A dos años de su implementación en la oferta de planificación familiar en el Perú. Lima, Promsex. 2006. <http://www.promsex.org/files/InformeFinalAOE.pdf>.

32 Abancay, Arequipa, Ayacucho, Cusco, Junín, Lambayeque, La Libertad, Loreto, Piura, Tacna y San Martín.

33 APPRENDE, Nota de Prensa. Más de 32 mil abortos evitados. Lima, 17 de julio de 2006. Citado por Ferrando, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Revisión. Lima, CMP Flora Tristán y Pathfinder, 2006. Pág.26.

34 La institución demandante de este proceso de amparo, ONG “ALA Sin Componenda” tiene como miembros honoríficos a Yahvé, Jesucristo, el Espíritu Santo y la Virgen del Perpetuo Socorro. Asimismo, tiene como Santo Patrón a San José y a numerosos Santos Adherentes Virtuosos de Dios y Modelos de Vida. Con ello, se evidencia su vinculación directa a la jerarquía eclesial y la defensa de sus intereses.

35 Fundamento N° 51 de la Sentencia STC N° 2005-2009-AA/TC.

panamericana de la Salud, Colegio Médico del Perú y a diferencia del 2006<sup>36</sup>, señala que no le han demostrado que la AOE no sea abortiva, frente a lo cual debe aplicar el principio precautorio por el que, según indica prefiere la protección de la vida del concebido por sobre la protección y defensa de los derechos fundamentales de la mujer.

El Tribunal recoge dichos criterios basándose “*fundamentalmente... (en) información expresada en los insertos de cada una de las presentaciones de los anticonceptivos orales de emergencia, que en su totalidad hacen referencia a tal efecto*”<sup>37</sup>, lo cual también se sostiene en posiciones institucionales vinculadas a los sectores más conservadores de la iglesia, tales como: ALAFA (Alianza Latinoamericana para la Familia), Population Research Institute, la Coordinadora Nacional Unidos por la Vida y la Familia, así como la Asociación Médicos Católicos.

Por otro lado, esta sentencia tiene consecuencias discriminatorias pues de su aplicación resultaría que queda prohibida la distribución gratuita de la AOE por parte del MINSa por la posible afectación al concebido, mientras que en el caso de la venta en establecimientos privados queda permitida aún tratándose del mismo método anticonceptivo. Ello afecta el derecho de las mujeres de escasos recursos a decidir sobre su capacidad reproductiva toda vez que, les impide el acceso gratuito a dicho método.

El Ministerio de Salud, con fecha de 26 de Octubre del 2009, solicita aclaración de la sentencia con fecha de publicación 22 de Octubre del 2009, la cual es resuelta por el Tribunal con fecha 29 de octubre del 2009, sobre la base de las siguientes consideraciones:

- Las razones de derecho para expedir dicha sentencia en contravención de la STC N° 7435-2006-PC/TC. Sobre lo cual, el TC señala que ambos procesos tienen distinta naturaleza y que sobre los alcances de la cosa juzgada no se configura la misma desde la “teoría de la triple identidad”<sup>38</sup>.
- La posibilidad de venta por parte del Ministerio de Salud de la denominada “píldora del día siguiente”, toda vez que la prohibición estaba referida a la distribución gratuita de la misma. Sobre ello, el TC señala que ésa sería “*una manera de desconocer lo establecido por la sentencia*”<sup>39</sup>, con lo cual extiende la prohibición no sólo a la distribución gratuita, si no que también a la posibilidad de que el Ministerio de Salud la venda.
- La incineración de los lotes anteriormente adquiridos por el MINSa en un acto público en presencia de los medios de comunicación, sobre lo cual el TC lo “*exhorta a sujetarse a lo establecido por la ley de la materia (compras del estado) y a la presente sentencia*”<sup>40</sup>.
- La posibilidad de comprar AOE en establecimientos privados, sobre lo cual el TC señala que “*ha tomado una decisión armónica con los términos del petitorio (principio normativo-procesal de congruencia), en clara manifestación de autolimitación*”<sup>41</sup>.

De esta manera, el Tribunal Constitucional, desconociendo el principio constitucional de Estado laico, reafirma obstinadamente los fundamentos por los cuales revocó el mandato que emitió en el año 2006, de cumplir las resoluciones que establecían la obligación de brindar información y distribución del método de anticoncepción oral de emergencia. Así, impide el acceso de las mujeres pobres al único método anticonceptivo post coital, a su vez, las obliga a enfrentarse a embarazos no deseados y/o abortos inseguros<sup>42</sup>.

36 Año en que el Tribunal Constitucional resolvió la demanda de cumplimiento sobre AOE. STC N° 7435-2006-PC/TC Fundamento jurídico N° 22: se ha “determinado que en el estado actual de la medicina los efectos del AOE son anticonceptivos”.

37 Fundamento Nro. 51 de la STC N° 2005-2009-PA/TC

38 Fundamento 9 de la Resolución de Aclaración, exp. 2005-2009-PA/TC, de fecha 29 de octubre de 2009.

39 Fundamento 11 de la Resolución de Aclaración, exp. 2005-2009-PA/TC, de fecha 29 de octubre de 2009.

40 Fundamento 13 de la Resolución de Aclaración, exp. 2005-2009-PA/TC, de fecha 29 de octubre de 2009.

41 Fundamento 14 de la Resolución de Aclaración, exp. 2005-2009-PA/TC, de fecha 29 de octubre de 2009.

42 Estando en imprenta el presente informe, el Ministerio de Salud publicó la Resolución No. 167-2010/MINSa por la que restablece la distribución gratuita de AOE en observancia de la Resolución Ministerial No. 536-2005/MINSa (“Norma Técnica de Planificación

Finalmente, cabe señalar que el 25 de noviembre el Congreso aprobó el **Proyecto de Ley 00157/2006-CR que prevé que las usuarias del Seguro Integral de Salud (SIS) que han sido afectadas por violencia sexual reciban la AOE**. Si bien el proyecto fue dispensado de una segunda votación, actualmente se encuentra paralizado en tanto que la congresista Alda Lazo presentó una reconsideración al mismo.

#### 4.4 Acceso a Servicios de salud sexual y reproductiva de adolescentes

“(v)... El Comité recomienda que el Estado parte examine la situación de la población adolescente con prioridad. También le exhorta a que adopte medidas para fortalecer el programa de planificación familiar y que garantice el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, prestando atención a las necesidades de información de la población, en particular de los adolescentes, incluso mediante la aplicación de programas y políticas orientados a incrementar los conocimientos sobre los diferentes medios anticonceptivos y su disponibilidad, en el entendido que la planificación de la familia es responsabilidad de ambos integrantes de la pareja”.

Comité CEDAW. Observaciones finales al Quinto informe periódico del Perú, 2002

“El Comité...le preocupa en particular la tasa elevada de embarazos en adolescentes, que constituye un obstáculo importante para las oportunidades de educación de las niñas y su empoderamiento económico, así como la escasa disponibilidad de anticonceptivos de emergencia, en particular en las zonas rurales”.

Comité CEDAW. Observaciones finales al Sexto informe periódico del Perú, 2007

En el Perú, la Norma Técnica de Planificación Familiar - R.M N° 536-2005/MINSa determina que los servicios de salud pueden suministrar métodos anticonceptivos temporales a adolescentes que lo soliciten o que sean referidos, siempre que hayan recibido consejería, presenten riesgo de embarazo no deseado, riesgo de contraer una ETS o VIH-SIDA, ser sexualmente activo/a, tener antecedente de embarazo o haber sido víctima de violencia sexual. Como se puede observar, esta normatividad, en el caso de las y los adolescentes, no previene embarazos no deseados o el contagio de ETS o VIH Sida, sino que actúa luego de que las y los adolescentes han mantenido relaciones sexuales riesgosas.

Pese a lo restrictiva de la norma antes mencionada, la situación de las y los adolescentes se agrava cuando en el año 2006, se publica la Ley 28704<sup>43</sup>. Esta norma, aprobada con el objetivo de proteger a niños, niñas y adolescentes de la violencia sexual, ha determinado 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<sup>44</sup>. Con esta norma, todas las relaciones sexuales con personas de esta edad están proscritas. Si se da entre adolescentes, ambos han cometido una “*infracción penal*”; y si uno de ellos ya no lo es, es un delincuente.

Esta situación ha restringido aun más el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por

Familiar”). Al respecto, Beatriz Merino, Defensora del Pueblo, señaló que sería un juez de primera instancia quien decidiría respecto a la controversia surgida entre el MINSa y el Tribunal Constitucional. Ver: Movimiento Manuela Ramos, *Manuela en el Congreso*, Boletín No. 158, 09 de marzo de 2010; y, El Comercio, *El reparto de la píldora del día siguiente debe decidirse en los tribunales*, 11 de marzo de 2010.

43 Norma que modificaría artículos del Código Penal relativos a los delitos contra la libertad sexual y excluye a los sentenciados por estos delitos de los derechos de gracia, indulto y conmutación de la pena.

44 Hasta la dación de esta norma existía el delito de “Seducción” (art. 175 del Código Penal) por el que se penalizaba a la persona que mediante engaño practica el acto sexual u otro análogo con una persona de catorce años o menor de dieciocho. Es decir, las relaciones sexuales, sin que medie “engaño” eran totalmente legales.

parte de los y las adolescentes. Por un lado, los operadores y operadoras de salud son mucho más renuentes a brindar servicios de información y educación en temas de salud sexual y adolescente; y por otro lado se han denunciado casos de adolescentes que al ser atendidas para dar a luz, han sido retenidas en los hospitales públicos, y sus parejas denunciadas penalmente por el delito de violación sexual.

En el mes de junio de 2007, el Pleno del Congreso aprobó el proyecto de ley (Proyecto de Ley Nro. 01055/2006-CR) que volvía a considerar la protección de la indemnidad sexual hasta los 14 años, y por lo tanto despenalizaba las relaciones voluntarias con adolescentes mayores de catorce años. Sin embargo, el Presidente de la República no ha promulgado esta norma y tampoco lo ha hecho el Congreso.

## 4.5 Educación Sexual

*“(v) El Comité...insta al Estado parte a que se fomente la educación sexual de toda la población, incluyendo los adolescentes, prestando especial atención a la prevención de la lucha contra el VIH/SIDA entre mujeres y niñas, y que se fortalezca la difusión de información en cuanto a los riesgos y sus vías de transmisión”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Quinto informe periódico del Perú, 2002

*“25. El Comité insta al Estado Parte a que ...promueva con amplitud la educación sexual, en particular en los programas corrientes de educación destinados a las niñas y varones adolescentes, prestando particular atención a la prevención de los embarazos en adolescentes”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Sexto informe periódico del Perú, 2007

En el Perú, la ley de Política Nacional de Población – Decreto Legislativo 346 (1985) establece la obligación del Estado de garantizar el desarrollo de programas de educación sexual (art. 11), y el Código del Niño y Adolescentes (2000) determina que la educación básica debe comprender la preparación para una vida responsable, la orientación sexual y la planificación familiar (Art. 15 inc. “e” y “g”).

Pese a esta normatividad, según el mismo Ministerio de Educación (2008) *“si bien la educación sexual está presente en la normativa y la práctica educativa, lo está de modo débil e incluso disperso”*<sup>45</sup>. El mismo Ministerio, a través de diversos estudios considera que:

- Según 27 expertos de nueve regiones, el principal problema de la educación sexual en el Perú es la limitada capacitación y actualización de los docentes en este tema y en los de desarrollo humano y derechos. Los expertos señalaron que la educación sexual no está integrada en los planes de trabajo ni tampoco existen objetivos curriculares claros. Ellos pidieron que el abordaje sea menos biológico y más multidisciplinario.<sup>46</sup>
- Según encuestas realizadas a los tutores de aulas, el 60% de ellos sentía que no estaba capacitado para abordar la educación sexual, mientras que hay otros que no están convencidos de que este tema deba impartirse. Más del 50% de ellos consideró como problema la falta de material para cada edad y el poco tiempo con el que se cuenta para realizar la

45 *Ibidem*, pág. 10.

46 Gutiérrez, Amanda. Situación de la educación en el sistema educativo y propuesta de lineamientos preliminares de políticas para una educación sexual integral. Documento de trabajo Nro. 3. Lima, MINEDU-DITOE. Citado en los Lineamientos para una Educación Sexual Integral. Lima, DITOE, 2008. Pág. 8. Disponible en [www.minedu.gob.pe](http://www.minedu.gob.pe)

tutoría, mientras que el 50% consideró que la principal limitación para el desarrollo de la educación sexual son los padres de familia, quienes se oponen a que esta sea impartida en la escuela. Los profesores creen que la sexualidad es un tabú en el hogar.<sup>47</sup>

- Según encuestas realizadas a los estudiantes adolescentes de ambos géneros, ellos solicitan que se organicen talleres y charlas de orientación en educación sexual. Asimismo, quieren que se amplíe el tiempo de tutoría y la capacitación a los adolescentes en este tema, que se le dé más importancia a la comunicación y a la participación en el aula y que se les proporcionen mejores materiales de información sobre la prevención de embarazo y las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Finalmente solicitan que se le impartan charlas a los padres, que mejore la comunicación entre ellos y sus hijos, y por último que se apoye la labor de las postas de salud.<sup>48</sup>

En el año 2006, por Decreto Supremo 006-2006-ED, se creó la Dirección General de Tutoría y Orientación Educativa (DITOE), la que depende directamente del Vice Ministerio de Gestión Pedagógica del Ministerio de Educación. Actualmente esta instancia es la encargada de la educación sexual. Es así que en abril de 2008, esta instancia publicó los *“Lineamientos para una Educación Sexual Integral”*<sup>49</sup>, donde se establecen los objetivos de la educación sexual integral, las necesidades identificadas y aprendizajes a desarrollar en los miembros de la comunidad educativa —director o directora, docentes, estudiantes y padres o madres de familia—, y los aprendizajes básicos que se deben desarrollar en primaria y secundaria. También se establecen los responsables de estas actividades —a nivel central, a nivel de las Direcciones Regionales de Educación, de las Unidades de Gestión Educativas Locales (UGEL) y el Director junto al Comité de Tutoría de cada centro educativo—.

## 4.6 Aborto Terapéutico

*“25. ...El Comité insta al Estado Parte a que examine su interpretación restringida del aborto terapéutico, que es legal, para hacer más hincapié en la prevención de los embarazos en adolescentes...El Comité pide además al Estado Parte que cumpla las recomendaciones del Comité de Derechos Humanos formuladas en relación con el caso KL contra el Perú.”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Sexto informe periódico del Perú, 2007

El Código Penal de 1991 señala, en su artículo 119, que *“no es punible el aborto practicado por un médico con el consentimiento de la mujer embarazada o de su representante legal, si lo tuviere, cuando es el único medio para salvar la vida de la gestante o para evitar en su salud un mal grave y permanente”*. Este tipo de aborto, denominado terapéutico, está despenalizado en el Perú desde el año 1924.

En noviembre del año 2005, el Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas emitió su resolución en un caso de denegación del servicio de aborto terapéutico ocurrido en el Perú<sup>50</sup>. Se trataba de KL, adolescente de 17 años que fue obligada a continuar con su embarazo, pese a que con ello se colocaba en grave riesgo su salud mental y física. En el año 2001, a ella se le había diagnosticado un embarazo de feto anencefálico, es decir un feto que carecía de hemisferios cerebrales y bóveda craneana y que moriría indefectiblemente durante el embarazo, el parto o al poco tiempo de nacer, además de generarle riesgo en su salud mental y física.

47 *Ibidem*, pág. 7.

48 *Ibidem*, pág. 8.

49 Publicado en la página web del Ministerio de Educación el 9 de abril de 2008.

50 El caso fue denunciado por DEMUS, Cladem y el Centro para los Derechos Reproductivos.

El Dictamen del Comité de Derechos Humanos(CCPR/C/85/D/1153/2003) estableció que el Estado peruano había violado los derechos humanos de KL (su derecho a la intimidad, a recibir un tratamiento especial por ser menor de edad, a un recurso efectivo y a no ser torturada, ni sometida a tratos crueles inhumanos y degradantes), y que tenía la obligación de brindarle un recurso efectivo que incluya una indemnización, adoptar medidas para evitar que se cometan violaciones semejantes en el futuro, y publicar la resolución. Hasta el momento ninguna de las disposiciones del Comité de Derechos Humanos se ha cumplido.

El pronunciamiento del Comité de Derechos Humanos evidenció que el aborto terapéutico pese a ser legal, es inaccesible para las mujeres peruanas. La ausencia de un protocolo o norma que reglamente, a nivel nacional, dónde, cómo y cuándo debe realizarse un aborto legal, ha generado incertidumbre en profesionales de la salud y en las mujeres, perjudicando gravemente la situación de estas últimas.

Desde 2005, diversos hospitales han tenido la iniciativa de elaborar sus propios protocolos de atención para la interrupción legal del embarazo ante la ausencia de una norma de alcance nacional. A través de estos protocolos se han establecido pautas sobre los procedimientos administrativos para solicitar la interrupción del embarazo, sobre la evaluación y preparación de los casos, sobre los procedimientos y posibles complicaciones de la evacuación del útero, y sobre los cuidados post-interrupción del embarazo.

Hasta la fecha se han aprobado los siguientes protocolos:

Fecha de publicación	Título del documento	Entidad responsable
Mayo de 2005	"Protocolo de Manejo de Casos para la interrupción legal del embarazo"	Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé
Febrero de 2006	"Protocolo de manejo de casos para la interrupción legal del embarazo"	Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Belén de Trujillo
Diciembre de 2007	"Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo"	Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Hipólito Unanue
Mayo de 2008	"Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo"	Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital General María Auxiliadora
Julio de 2008	"Protocolo para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo"	Hospital II-1 de Tarapoto
Noviembre de 2008	"Guía para el manejo de casos de interrupción legal del embarazo"	Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Regional de Pucallpa y Departamento de Ginecoobstetricia del Hospital Amazónico de Yarinacocha

Cuadro elaborado por William Aranda.

Sin embargo, desde la emisión del primer protocolo de hospital (San Bartolomé) se dieron dos procesos de aprobación de protocolos por parte del gobierno central y un gobierno regional que si bien constituyeron un avance, también significaron ejemplos de retroceso en materia de derechos reproductivos de las mujeres, en los que se evidenció la falta de autonomía de las autoridades políticas respecto a la presión de la iglesia católica o de los grupos conservadores.

En el año 2007, por solicitud del Ministerio de Salud, el Instituto Materno Perinatal emitió la Resolución Directoral 031-DG-INMP-07 por la que se aprobaba la Directiva Nro. 046-DG-INMP-07 "Manejo Integral de la Interrupción Terapéutica de la gestación menor de 22 semanas en el Ins-

tituto Materno Perinatal" en el mes de febrero de 2007. Sin embargo, en abril del mismo año, el gobierno declaró nula esta norma (Resolución Ministerial 336-2007-SA/DNM), dejando en total desprotección a las mujeres que necesitan de un aborto terapéutico para salvar su vida o su salud física y mental.

Por otro lado, el 26 de diciembre del 2007, la Región Arequipa aprobó el "Protocolo para el Manejo de Casos de Interrupción Legal del Embarazo (aborto terapéutico)" mediante Resolución 751-2007-GRA/GRS; norma que tres meses después fue dejada en suspenso en febrero de 2008, por Resolución 109-2008-GRA de la Gerencia Regional de Salud. En este último caso fue gravitante la presión de la jerarquía eclesial de la región en la suspensión de la norma.

Como se puede observar aquellas iniciativas de reglamentar el aborto terapéutico que han tenido mayor impacto han sido neutralizadas, dejando en total desprotección el derecho a la vida y el derecho a la salud de aquellas mujeres que tienen derecho a un aborto terapéutico.

Esta situación ha sido denunciada por las organizaciones de mujeres, e incluso por la Defensoría del Pueblo, la que en su Primer Reporte sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (marzo-diciembre 2007) reconoció que le corresponde a las autoridades de salud dictar las normas que permitan la reglamentación del aborto terapéutico "con la finalidad de brindar una atención oportuna y apropiada para estos casos, evitar negligencias médicas, reducir las muertes maternas, estandarizar procedimientos médicos, evitar abortos clandestinos y, de esta manera, proteger la vida y la salud mental y física de las mujeres";<sup>51</sup> en ese sentido, le recomendó aprobar el protocolo para la atención del aborto terapéutico.

Hasta el momento el Ministerio de Salud, en diferentes momentos y con diferentes ministros, ha elaborado hasta tres propuestas de protocolos de atención al aborto legal; sin embargo, la falta de decisión política de el gobierno de turno han determinado que ninguno de apruebe. El MINSA tiene como función rectora la protección de la salud de las mujeres, y el aborto terapéutico es una intervención que busca resguardar la vida y la salud de las mujeres, por lo que su procedimiento debe ser protocolizado adecuadamente.

## 4.7 Abortos Ilegales

*"(u) El Comité observa con preocupación la alta tasa de mortalidad derivada de la maternidad, en especial la mortalidad derivada de abortos clandestinos, incluyendo los adolescentes, y la normatividad que puede impedir a las mujeres obtener tratamiento medico en caso de aborto".*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Quinto informe periódico del Perú, 2002

El Código Penal vigente (1991) despenaliza el aborto terapéutico, pero sanciona los demás abortos con una pena máxima de dos años, salvo en los casos de abortos éticos (cuando el embarazo es consecuencia de violación sexual fuera del matrimonio o inseminación artificial no consentida y ocurrida fuera de matrimonio); o de abortos eugenésicos (cuando es probable que el ser en formación conlleve al nacimiento graves taras físicas o psíquicas, siempre que exista diagnóstico médico), en estos casos la pena máxima es de 3 meses (artículo 120 del Código Penal).

A la situación de ilegalidad del aborto, se agrega que la Ley General de Salud - Ley 26842 (1997) obliga a los médicos que encuentran "indicios de aborto criminal" a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente, y denunciarlo (art. 30 de la Ley). Según el Comité de Derechos Humanos, este tipo de normas puede constituir una violación de los derechos reconocidos

<sup>51</sup> Defensoría del Pueblo. Primer Reporte de la Defensoría del Pueblo sobre el cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (marzo-diciembre 2007), pág. 28.

en los artículos 17, 6 y 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (derechos a la privacidad, a la vida y a no ser sometido a tortura ni a tratos crueles, inhumanos y degradantes)<sup>52</sup>.

Es así, que el Código Penal obliga a las mujeres que deciden interrumpir un embarazo a exponerse a servicios inseguros, en los que su vida o su salud se pone en riesgo; y la Ley General de Salud las expulsa del sistema de salud que podría ayudarlas a revertir las consecuencias de este tipo de aborto.

Ante el contexto expuesto, la Comisión Revisora del Código Penal conformada por congresistas y representantes de instituciones del Estado Peruano y la sociedad civil<sup>53</sup> aprobaron, el 06 de octubre del 2009, la despenalización del aborto eugenésico, y el aborto por violación sexual, siempre que los hechos hubieren sido denunciados penalmente, así como de la inseminación artificial o transferencia de un óvulo fecundado no consentidas, en base a la propuesta de unificar los artículos 119° y 120°, de acuerdo al texto presentado por el comisionado Prado Saldarriaga, representante del Poder Judicial.

El texto aprobado fue ratificado por la Comisión el 20 de Octubre del 2009, al no alcanzarse los ocho votos necesarios para que prospere el pedido de reconsideración que planteara el Ministerio de Justicia contra el mismo. La comisionada representante de la Defensoría del Pueblo, Gisella Vignolo planteó una cuestión previa con el fin de que se dé "un debate más amplio serio y sereno". Sin embargo, luego de la votación que rechaza la reconsideración, el texto del artículo 119° unificado, propuesta aprobada, sería el que se presente en la propuesta de modificación al Código Penal, elaborada y aprobada por la Comisión para que se debata y apruebe por el Pleno del Congreso, salvo que se decida que se debata previamente en la Comisión de Justicia del Congreso. Ello ocurriría en el año 2011, ya que se ha ampliado el plazo de vigencia de la Comisión Revisora del Código Penal, por un año más contado a partir del 16 de diciembre del 2009<sup>54</sup>, a efectos de que cumplido dicho plazo entregue su propuesta integral, incluyendo la parte del aborto.

En el Perú no existen investigaciones oficiales sobre la situación del aborto, ni de su vínculo con la mortalidad materna. Los estudios existentes sobre aborto provienen de investigaciones de la sociedad civil, dando cuenta que en el Perú abortan aproximadamente 371,420 mujeres al año<sup>55</sup>.

Si bien no se tienen cifras oficiales del aborto, el Estado reconoce que éste es la tercera causa directa de muerte materna (5%)<sup>56</sup>; sin embargo, es probable que su impacto sea mayor ya que muchos abortos habrían sido escondidos en el registro del rubro "hemorragias".

A la ausencia de datos oficiales sobre el aborto, en el Perú se enfrenta a la falta de datos confiables y actualizados sobre la mortalidad materna. El último estudio realizado por el INEI data del año 2000 y en él se da cuenta que la mortalidad materna ha ido disminuyendo. Mientras que en el año 1990 ésta se calculaba en 234.5 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos, en el año 2000 la cifra se habría reducido a 173.2 y en el año 2002 a 164.2<sup>57</sup>.

52 Comité de Derechos Humanos. Observación general N° 28. Párrafo 20

53 El 26 de marzo de 2008, se instaló la Comisión Especial Revisora del Código Penal con tres congresistas y comisionados representantes de las siguientes instituciones estatales: Poder Judicial, Ministerio de Justicia, Defensoría del Pueblo, Colegio de Abogados de Lima, Ministerio Público, tres representantes de las universidades de la república, que tengan facultades de derecho con antigüedad no menor de diez años, designados por la Asamblea Nacional de Rectores. Información extraída de:

<http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comisionespecial.nsf/www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comisionespecial.nsf/especiales/E7005061D19E98B0052574B7007FECC2?OpenDocument>

54 Artículo Único de la Ley N° 29435 de fecha 18 de noviembre de 2009.

55 Ferrando Delicia. Aborto Clandestino en el Perú. Revisión. Lima, CMP Flora Tristán, 2006. Pág.29.

56 Información publicada en la página web del minsa ([www.minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe)) da cuenta que la primera causa de mortalidad materna son las hemorragias (39%), la Hipertensión inducida por embarazo (19%), el aborto (5%), la infección (4%) y otras causas (33%).

57 Endes-Estudio "Tendencia, Niveles y Estructura de la Mortalidad Materna en el Perú: 1992-2000" En: Biblioteca virtual Salud Perú, Indicadores nacionales, Mortalidad Materna 2005 <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/download/estadodesalud323.htm>

## 4.8 Esterilización Forzada

*(x) El Comité recomienda que se tomen todas las medidas necesarias para continuar garantizando la esterilización quirúrgica como derecho de libre elección de la mujer a su salud reproductiva, después de que haya sido debidamente informada de las características médicas y consecuencias de la operación y haya expresado su consentimiento. El Comité recomienda también evitar en el futuro la repetición de estos acontecimientos. De igual forma recomienda que se continúen los esfuerzos para procesar ante los tribunales a los responsables de esta violación del derecho a la salud.*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Quinto informe periódico del Perú, 2002

El Estado Peruano, en el año 2003, suscribió un Acuerdo de Solución Amistosa ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (Caso 12.191) en el caso María Mamérita Mestanza v. Perú sobre esterilización forzada. El Estado peruano reconoció su responsabilidad internacional y se comprometió, consecuentemente, a reparar a los familiares de la víctima así como a la sanción penal de quienes resultaren responsables de la muerte antes mencionada, así como de las violaciones de los derechos humanos cometidas en la ejecución del Programa precitado.

Durante los años 2006 y 2008 el Estado peruano cumplió con la integridad de sus obligaciones referidas a la reparación económica de la familia de la señora Mestanza. Sin embargo, queda pendiente la sanción de las personas responsables de la muerte de Mamérita, así como de todas las otras esterilizaciones forzadas practicadas en el marco del Programa nacional de salud reproductiva y planificación familiar 1990- 2000.

La Fiscalía Especializada en los Derechos Humanos tiene a su cargo, desde el año 2003, la investigación del Exp. 18-2002, a la que ha sido acumulada la investigación del caso María Mamérita Mestanza (04-2004).

El congresista Chávez Chuchón habría formulado, al mismo tiempo que su denuncia constitucional, una de carácter penal ante el Fiscal Provincial de la Fiscalía especializada en delitos contra los Derechos Humanos, el cual resolvió iniciar una investigación preliminar sobre genocidio y otros delitos con fecha 27 de enero 2003; esta investigación dará lugar al expediente actualmente en curso 18-20023. Esta investigación, sobre la que regresaremos luego, comprende entonces originalmente únicamente a altos funcionarios que no tenían el beneficio del antejudicio constitucional. Debe remarcar que la investigación materia del expediente 18-2002, en realidad era la segunda que se iniciaba.

En efecto, la entonces Fiscal de la Nación, Dra. Nelly Calderón, había decidido iniciar, al recibir una denuncia de la "Asociación de abogados por la democracia y los derechos humanos", una investigación preliminar sobre los mismos hechos pero focalizada en los altos funcionarios que sí tenían derecho a antejudicio constitucional, esto es Alberto Fujimori y sus tres ex Ministros de Salud antes mencionados. Esta investigación efectuada por el Despacho de la Fiscal de la Nación, que con sus acumulados corría con el N° 203-2001, ha concluido el año 2004, resolviendo la misma Fiscal de la Nación que no ha lugar a formular denuncia.

Luego de que transcurrieran 7 años desde el inicio de la investigación fiscal, el 26 de mayo de 2009 se declara el archivamiento definitivo de la denuncia, alegándose que los hechos denunciados no podían calificarse como tortura o genocidio y que los delitos recogidos en el Código Penal peruano no se habrían configurado o estarían ya prescritos.

Ante ello, el 29 de mayo del mismo año, DEMUS presentó un recurso de queja sobre la resolución de archivamiento. Así mismo, con el apoyo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos, las instituciones peticionarias (DEMUS; APRODEH y CLADEM) realizaron una conferencia de prensa para colocar la noticia del archivamiento en los medios nacionales e internacionales.

El 7 de diciembre de 2009, la Primera Fiscalía Superior Especializada resuelve declarar infunda-

dos los recursos de queja que presentaran DEMUS, la Procuraduría Ad Hoc del Estado en los casos Fujimori-Montesinos y el Instituto de Defensa Legal, argumentando que “las afectaciones al derecho a la vida, la integridad física y psicológica de las personas así como el derecho a la libertad en el ejercicio de derechos reproductivos, [...], no pueden ser consideradas como graves violaciones a los derechos humanos [...], pues no fueron cometidas como parte de un ataque generalizado o sistemático realizado con la participación o tolerancia del poder político existente en el Perú, [...], sino se constituyen en actos culposos, [...]”

Con el archivo y al declarar infundada la queja se desconoce la verdadera dimensión de los hechos, que involucran graves violaciones a los derechos humanos, y se impide el acceso a justicia y reparación de las 2074 mujeres agraviadas a nivel nacional, 18 de ellas fallecidas a consecuencia de las esterilizaciones.

#### 4.9 Violencia sexual contra la Mujer y conflicto armado<sup>58</sup>

*“20. El Comité, si bien toma conocimiento del Informe Final de la Comisión de la Verdad y Reconciliación sobre las violaciones de los derechos humanos que se cometieron durante el conflicto armado que tuvo lugar de 1980 a 2000, así como de la reparación colectiva concedida a los habitantes de las comunidades rurales afectadas, observa con preocupación que únicamente la violación se reconozca como violencia contra la mujer y que aún no haya terminado la compilación de los casos particulares de violaciones de los derechos humanos. El Comité observa asimismo con suma preocupación que no se está llevando a cabo la investigación y el enjuiciamiento de todos los actos de violencia contra la mujer y que no se han facilitado recursos para cada una de las víctimas.”*

*“21. El Comité insta al Estado Parte a que amplíe su definición de violencia contra la mujer de manera que incluya, en particular, la esclavitud sexual, el embarazo forzado, la prostitución forzada, la unión forzada y el trabajo doméstico forzado. El Comité recomienda al Estado Parte que proporcione a las mujeres que fueron víctimas de violencia en el conflicto armado de 1980 a 2000 la asistencia necesaria para que no tengan que recorrer las largas distancias para denunciar su caso ante un juez o un fiscal. El Comité insta asimismo al Estado Parte a que investigue todos los actos de violencia cometidos contra mujeres, enjuicie a sus autores y conceda reparaciones a título individual a las mujeres que hayan sido víctimas de diversas formas de violencia.”*

Comité CEDAW. Observaciones finales al Sexto informe periódico del Perú, 2007

Durante el más reciente conflicto armado interno que vivió el Perú, las mujeres se vieron afectadas por prácticas de violencia sexual especialmente dirigidas contra ellas. A manera de “estrategia de guerra”, fueron sometidas a desnudos, abortos, uniones y embarazos forzados, esclavitud sexual y violación sexual.

Al respecto, los hallazgos de la CVR muestran no sólo que la violencia sexual afectó en mayor medida a las mujeres (en los 538 casos de violación sexual reportados, fueron 527 las mujeres afectadas y sólo 11 los varones afectados), sino que estuvo dirigida contra un grupo específico de ellas: en el 75% de los casos eran quechua hablantes, 83% de origen rural (83%), 33% campesinas y 30% amas de casa (30%)<sup>59</sup>.

Asimismo, la CVR determinó que fueron agentes del propio Estado los que cometieron el

83.46% de las violaciones sexuales registradas, mientras que los miembros de grupos subversivos fueron responsables del 11% de las mismas.

Hasta la fecha se han denunciado los siguientes casos, que involucran violencia sexual durante el conflicto armado: Caso M. M. B.; Caso de Violaciones sexuales en Huancavelica: bases militares Manta y Vilca; Caso de Desaparición, tortura y violación sexual en la base militar de Totos (Ayacucho); Caso de la Base militar Capaya; Caso de la comunidad de Llusita (Ayacucho); Caso G. G. (Ayacucho); Caso M. E. L. T. (Lima); Caso Matanza de campesinos en Putis (Ayacucho); y, Caso I. L. A. y A. A. H. (Cashau – Cuzco).

Sin embargo, en la judicialización de los casos de violencia sexual durante el conflicto armado se han presentado una serie de obstáculos en el acceso a justicia y reparación para las mujeres afectadas<sup>60</sup>:

(i) **Discriminación:** La clase social, el idioma y la ubicación geográfica de muchas de las afectadas no es compatible con el perfil de usuario al que se dirige el sistema de justicia: hispanohablante, urbana y de clase media; por ende, las afectadas ven al sistema mismo como distante e inaccesible. Asimismo, el no contar con documento de identidad las torna en inexistentes para el Estado y sus órganos, lo cual sólo refuerza los prejuicios que les quitan la condición de sujetas de derechos y ciudadanas.

(ii) **Prejuicios:** Los prejuicios de género que se desarrollan en el ámbito social son llevados por los operadores del sistema de justicia al los procesos judiciales. En tal sentido, puede comprobarse que aún existen cuestionamientos a los testimonios de las afectadas e inclusive la legitimación o atenuación de la gravedad de los hechos en función a una supuesta “normalidad” de los mismos en las relaciones interpersonales de la cultura “andina”.

(iii) **Inexistencia de normatividad específica:** Al no existir normas nacionales que pauteen el procesamiento de la violencia sexual en conflicto armado de manera acorde a los estándares internacionales (tanto en su calificación de los hechos como delitos de lesa humanidad como en el tema probatorio), no se toma en cuenta el contexto de conflicto armado al momento de evaluar los testimonios de las afectadas. En tal sentido, se asume que si no hay negativa existe consentimiento, dejando de lado que en el contexto de un conflicto armado existe un continuo generalizado de coacción, especialmente en los casos en que las bases militares del Estado se establecían en las propias comunidades.

Asimismo, no existen ni protocolos especializados para el tratamiento de estos casos, especialmente en lo referido a las pericias psicológicas, ni un acompañamiento psico-jurídico adecuado de las mujeres afectadas.

(iv) **Presupuesto:** El Poder Judicial no dispone del presupuesto necesario para implementar el número real de fiscalías especializadas en derechos humanos que se requeriría para el adecuado tratamiento de todos los casos denunciados y pendientes de investigación. Al respecto, la Defensoría del Pueblo ha recomendado la creación de la “Unidad Especializada en la Defensa Legal de las Víctimas de Violaciones de Derechos Humanos y sus familiares”, lo cual no se ha concretado hasta la fecha.

Asimismo, no existen políticas públicas para la capacitación de traductores quechuahablantes o la capacitación en Derecho penal internacional y derechos humanos.

De igual manera, en materia de reparaciones los obstáculos se presentan en las mismas áreas: normativa inadecuada que no reconoce a todas las formas de violencia sexual perpetradas, circunscribiéndose sólo a la violación sexual; medidas de reparación que se desarrollan sin considerar

58 Acápito elaborado por William Aranda en base a la información sistematizada del documento *Acceso a la justicia de mujeres víctimas de violencia sexual en el Perú. En tiempos de paz y guerra, la historia se repite* elaborado por Diana Portal. En: Portal, D. (Ed.), *Para una justicia diferente III. Violencia sexual: El continuo de la violencia contra la mujer*. Lima: Demus, 2009.

59 COMISION DE LA VERDAD Y RECONCILIACION. *Informe Final*. Lima: CVR, 2003, t. VI, p. 201.

60 Portal, Diana. *Acceso a la justicia de mujeres víctimas de violencia sexual en el Perú. En tiempos de paz y guerra, la historia se repite*. En: Portal, D. (Ed.), *Para una justicia diferente III. Violencia sexual: El continuo de la violencia contra la mujer*. Lima: Demus, 2009.

las demandas de las propias afectadas, con lo que no acaban siendo ni integrales ni transformadoras, limitándose a la reparación económica en la mayoría de los casos; e, inexistencia de un presupuesto adecuado que garantice el funcionamiento del Consejo de Reparaciones; entre otros.

## A modo de reflexión

El Perú ha suscrito la CEDAW en el año 1982 y su protocolo facultativo en el año 2001, sin embargo un análisis de su cumplimiento por parte del Estado peruano, da cuenta de la enorme brecha que existe entre el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y su ejercicio real. El análisis que se presenta en este documento da cuenta de los siguientes nudos críticos en esta materia:

- En cuanto a la necesidad de las mujeres de una adecuada atención durante el embarazo, el parto y el post parto, si bien contamos con algunos avances en cuanto a la adecuación del parto vertical y las casas de espera, creemos que todavía falta mucho por atender, ya que la tasa de mortalidad materna sigue siendo muy alta y las mujeres se mueren por falta de atención y por problemas que atendidos adecuadamente no devendrían en muerte.
- En cuanto a la sexualidad y reproducción adolescentes advertimos que la presencia de un contexto social conservador y fundamentalista, fuertemente marcado por las presiones de la jerarquía eclesial, ha determinado que no se cuente con programas de educación sexual adecuados, se haya restringido el acceso a métodos anticonceptivos e incluso se penalice el ejercicio de la libertad sexual. Una de las consecuencias de esta situación es que la tasa de embarazo adolescente en el Perú se encuentra intacta desde hace más de dos décadas.
- En cuanto al derecho a interrumpir el embarazo encontramos que en el Perú tanto las mujeres que tienen derecho al aborto legal como aquellas que no lo tienen se encuentran en la misma situación. El Estado se ha resistido a reglamentar el aborto terapéutico creando una situación de desprotección para las mujeres, pues la mayoría de servicios de salud se resisten a ofrecer este servicio. El aborto inseguro constituye la tercera causa de muerte materna en el Perú, sin que el Estado haya tomado medida alguna para resolver esta problemática.
- En cuanto a la problemática de la violencia contra la mujer y en específico la violencia sexual ocurrida durante el conflicto armado interno y las esterilizaciones ocurridas en la segunda mitad de la década del 90, es importante señalar que mientras no haya justicia y reparación para las víctimas, se dará un mensaje social de impunidad que legitima la violencia ocurrida, generando un caldo de cultivo que permite la repetición de estos hechos.

Convivimos entonces, en una sociedad donde el doble discurso se impone día a día, donde se aprueban normas internacionales y nacionales que reconocen los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres, pero que no se cumplen. Ello evidencia que el control de su sexualidad y reproducción sigue siendo uno de los objetivos de los grupos conservadores que utilizan al Estado para alcanzar dicho propósito. De aquí la importancia la construcción permanente de un Estado laico.