

Cairo + 10

EL PERÚ A DIEZ AÑOS DE LA CONFERENCIA DE POBLACIÓN Y DESARROLLO SITUACIÓN Y COMPROMISOS PENDIENTES

PRESENTACIÓN

El presente documento es una síntesis del informe elaborado por organizaciones de la sociedad civil sobre el cumplimiento del Estado peruano de los compromisos asumidos al suscribir el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo (1,993). Presentamos los avances, retrocesos y vacíos detectados en estos diez años, en dos ejes de las políticas públicas: la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.

El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán fue una de las organizaciones que participó en la elaboración del Informe y, a través, de esta síntesis, buscamos hacer llegar los resultados de esta evaluación a la clase política, organizaciones de la sociedad civil, colegios profesionales, colectivos y redes.

Esperamos que lo mostrado en este documento se transforme en un llamado a la acción, que comprometa a la sociedad en su conjunto y, de forma especial, a nuestra clase política, de manera que se dicten e implementen las políticas públicas que hagan realidad compromisos aún pendientes, de manera que cumplamos con los estándares de derechos humanos y de equidad de género, según acuerdos internacionales. Es una voluntad que demanda la urgencia necesidad de construir una democracia real.

Del Informe

1. Periodos analizados

El análisis de las medidas legales y normativas, sectoriales e intersectoriales, se remonta en algunos casos a etapas previas a la CIPD hasta los periodos posteriores, comprendiendo así los gobiernos de 1990-1995 y 1995-2000, con Alberto Fujimori; del 2000 al 2001, con el Gobierno de Transición de Valentín Paniagua; y del 2001 a la fecha, con Alejandro Toledo.

Durante el gobierno de 1995-2000, la sociedad civil tuvo un rol muy importante, tanto en la implementación de acciones para propiciar avances en los acuerdos de El Cairo, como en la denuncia de violaciones a los derechos de las mujeres. Perú se encontraba entre los países de avanzada en el tema en la región, incluso, en las negociaciones de Cairo Más Cinco, Beijing Más Cinco y la Sesión Especial de la Infancia.

Con el Gobierno de Transición, el sector público tuvo un bajo perfil en el trabajo por los derechos sexuales y reproductivos. Desde el Ministerio de Salud empezaron a apreciarse retrocesos importantes. Con el advenimiento de la democracia, se revela una injerencia poderosa en políticas y programas de los sectores fundamentalistas de la iglesia católica y otras organizaciones, así como de movimientos conservadores. Se ha dejado sentir una disminución en la participación de la sociedad civil organizada, de las mujeres y de la juventud, y ocurrieron importantes retrocesos en las leyes, normas, políticas y programas con relación a los acuerdos de la CIPD en materia de la salud reproductiva, los derechos reproductivos y la equidad de género.

2. Salud reproductiva de los/as adolescentes y jóvenes

Por el retroceso en el reconocimiento de derechos sexuales y reproductivos, producido en estos dos últimos años, la población joven, adolescente e infantil, se ve especialmente amenazada con el recorte de derechos adquiridos en términos de información, educación, acceso a servicios integrales de salud, participación ciudadana, entre otros. Los avances de los 90s con relación a la salud sexual y reproductiva adolescente están en franca regresión.

Entre 1994 y el 2000, los programas reconocían los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes y adoptaban los acuerdos de la CIPD. Con la creación del PROMUDEH, en 1996, se puso especial énfasis en la promoción de los derechos de la mujer y de la juventud, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos. En 1996 se creó, además, el Programa PROJOVEN del Ministerio de Trabajo y Promoción Social, con apoyo de UNFPA, que incluyó capacitación en salud sexual y reproductiva dentro de la capacitación laboral a jóvenes mujeres y hombres en pobreza. Instancias de la sociedad civil se han preocupado por promover y abogar por los derechos y la salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes (Mesa Adolescencia y Juventud-MAJ).

A partir del 2001, entre los incumplimientos y vacíos se encuentra el no reconocimiento, de parte del Gobierno, de compromisos del Estado frente a la CIPD o la IV Conferencia Mundial de la Mujer en torno a derechos reproductivos y a la salud reproductiva y al lenguaje de género. En ese año se desactivó el Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000, que incorporaba el lenguaje de la CIPD y contó con la participación de la sociedad civil para su diseño, implementación, seguimiento y evaluación. Tenía un enfoque de habilidades para la vida que significaba un mejor manejo de la sexualidad en el adolescente. En cambio, El Programa de Promoción de la Salud en el Centro Educativo, preparado por el Ministerio de Salud en mayo del 2003, enfatiza el retraso del inicio sexual, la abstinencia, el valor de la fidelidad, sin hacer referencia al uso del condón para la prevención de la ITS/VIH-SIDA o de los métodos anticonceptivos.

Es un avance el apoyo a los jóvenes en lo relativo a sus medios de vida y las habilidades para la vida, que el Código Penal sancione como delito agravado la inducción a la prostitución en menores de 18 años y diferencie penas por edad en casos de actos sexuales con menores de 14 años, especialmente si une un vínculo familiar directo o indirecto. Aunque nuestro Código del Niño y del Adolescente protege de la explotación sexual, no hay una política estatal que garantice dicha protección.

A través del PROMUDEH se plantearon metas en el 2002 para retener en la escuela a las y los adolescentes que trabajan, adecuar el currículo a su realidad, así como la erradicación de la explotación sexual de niñas y niños para el 2010 y la generación, al 2005, de la normatividad correspondiente.

3. Acceso a servicios de salud reproductiva. Morbilidad y mortalidad materna

La mortalidad materna peruana es una de las más altas del mundo: 185 mil por cien mil nacidos vivos. Ello significa que mueren cinco mujeres a diario por esta causa. Mientras en los 90s y hasta mediados del 2001 su abordaje se hacía con un enfoque de la CIPD y los demás marcos internacionales, ahora no sólo se está poniendo el énfasis en la vida y el bienestar del niño y el concebido, incluso por encima de la mujer, sino se están cuestionando las tasas y estimaciones de la mortalidad materna.

En la década 1995-2000, la reducción de la mortalidad materna –que en 1996 se estimaba en 256x100n.v.- fue una prioridad política, y se construyeron y equiparon servicios, capacitando a proveedores desde el Estado y las ONG. Sin embargo, la cobertura seguía siendo muy baja, particularmente para las mujeres en exclusión, y la calidad de atención era todavía insuficiente, lo que se traducía en altas tasas de mortalidad materna con relación a la región. A través del Proyecto 2000 del MINSA se trabajó el tema y se amplió la cobertura del parto institucional y de los controles prenatales, pero sin tener en cuenta en las intervenciones las causas estructurales de discriminación a la mujer y la necesidad de implementar servicios de salud con capacidad resolutive de las emergencias obstétricas.

El Plan de Igualdad de Oportunidades 2000-2005 del PROMUDEH tiene como objetivo contribuir a la disminución de la mortalidad y morbilidad materna, con reducción de la tasa de mortalidad materna a 100 x 100 mil nacidos vivos; elevar al 90% la cobertura de control prenatal de gestantes en el área rural; elevar el suministro de suplemento vitamínicos y alimentación complementaria para el 50% de gestantes; y elevar la cobertura del Seguro Materno Infantil de 520,000 a 1'300,00 gestantes por año. Sin embargo, la nueva estructura del MINSA deja de lado lo poco que se había avanzado en el trabajo específico por la salud de la mujer. La capacidad resolutive de los servicios de salud no ha mejorado lo suficiente. Si bien se ha logrado un incremento en los controles prenatales, ello no ha impactado tanto en el parto institucional debido a la mala calidad de los servicios, que no se distinguen por respetar a las mujeres de las zonas rurales según su cultura y creencias, así como es notoria la incapacidad para resolver emergencias y evitar que las mujeres mueran. El 27% de las mujeres del área rural y el 13% del área urbana no tienen acceso a la atención de personal profesional.

En el 2003 se estima en 352 mil el número de abortos inducidos cada año y 16,3% de las muertes maternas registradas se deben al aborto, la segunda causa de muerte materna en el país. De especial preocupación resulta la alta mortalidad materna adolescente por esta causa.

En la actualidad, uno de los objetivos estratégicos 2002-2006 es la reducción de morbi-mortalidad infantil, materna y por enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles. Si bien el MINSA manifiesta haber logrado en su gestión disminuir la mortalidad materna, gracias al Seguro Integrado de Seguridad Social, sin embargo la sociedad civil en base a argumentos técnicos cuestiona que pueda hablarse de una reducción significativa. Además, en la actual política de salud, la morbi-mortalidad materna aparece enfocada como un mero problema de desnutrición sin considerar las necesidades propias de las mujeres.

4. Anticonceptivos. Aborto

En la actualidad, se acusa un evidente retroceso frente a los avances habidos en la década de los 90s. El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar durante 1996 a 2000 disponía que en todos los centros de salud se ofreciera la gama de métodos anticonceptivos.

En la relación de métodos que deben ser ofrecidos por el Estado, según las Normas de Planificación Familiar, no se encuentran el condón femenino ni la Anticoncepción Oral de

Emergencia, pese a que ésta ha sido aceptada por resolución ministerial desde el año 2001. En el periodo 95-99 existieron deficiencias en los suministros de métodos anticonceptivos en los servicios de salud pública debido a recortes en las donaciones con fondos de USAID, a raíz de las denuncias de violaciones en torno a la anticoncepción quirúrgica forzada. A partir del gobierno actual, el abastecimiento de suministros es particularmente insuficiente por razones de orden político sectorial.

La nueva estructuración del MINSA hace suponer que programas existentes van a desaparecer por el nuevo enfoque de ciclo de vida. El que se haya normado a nivel local y regional que el concebido debe ser registrado indica que la AOE difícilmente será reconocida por considerársela de manera errónea como abortiva.

Se ha retomado en el 2003 el incluir en la Ley General de Salud la Objeción de Conciencia irrestricta, según la cual “Los profesionales de la salud, haciendo uso de su conciencia, podrán abstenerse de cumplir o desarrollar actividades de salud cuando éstas estén en contra de la vida y la dignidad de la persona humana”. De otro lado, en el año 2001 se aprobó el proyecto que modifica el Código Penal del Perú sobre Lesiones al Concebido, dándose penas de privación de la libertad si se comprueba que alguna persona, incluyendo la mujer/madre, ha ocasionado algún daño. Ese mismo año se dio la Ley de Celebración del Día del No Nacido.

El MINSA hace gala de una política de salud desfavorable a la planificación familiar y salud reproductiva. No existe medida alguna que prevea evitar las complicaciones por aborto, específicamente. Por el contrario, la mayoría de medidas existentes tienen la intención de reprimir el aborto; así, la práctica se realiza en la clandestinidad y criminaliza a las mujeres que recurren a éste.

El aborto está sancionado penalmente en el Perú, según el Código Penal de 1991. Sólo el aborto terapéutico se exime de pena. En el proyecto de Reforma Constitucional se ha incluido la prohibición al aborto, reforzando lo establecido en el Código Penal. Y se ha otorgado ciudadanía y derechos plenos al producto de la fecundación, a pesar de que los derechos se reconocen al concebido (óvulo fecundado anidado en el útero) siempre y cuando nazca vivo. Se han ignorado sistemáticamente las recomendaciones de Naciones Unidas para revisar la legislación punitiva sobre el aborto por su relación con la mortalidad materna, pese a que ha habido tres llamadas de atención para el Estado Peruano.

5. Violencia de género

El abordaje de la violencia contra la mujer, particularmente en términos legales, mejoró sensiblemente en la década de los 90s, aunque con menor impulso en la década del 2000. En el periodo 1995-2000 destaca la Ley de Violencia Doméstica, que adjudica a las municipalidades la responsabilidad de crear refugios temporales para las mujeres maltratadas. En el periodo 1995-2000 se aprueba la Convención para Prevenir, Sancionar y Erradicar todas las formas de Violencia contra la Mujer (1996). Otras leyes reconocieron la violencia física y psicológica como causal de divorcio. En 1999 se promulgaron leyes que regulaban los delitos contra la libertad sexual en niños, niñas y adolescentes víctimas. Al año siguiente se incluye la violencia sexual como forma de violencia familiar. El tema de la violencia sexual pasa del terreno privado al público, sin embargo, el tratamiento de la violencia de género y violencia contra la mujer sigue reducido a la violencia familiar.

En 1998 se creó la primera Comisaría de Mujeres. Para 1999 había ocho ciudades con delegaciones policiales femeninas y secciones especializadas en cinco ciudades más. El Ministerio del Interior vigila que las mujeres policía traten los casos de violencia doméstica.

El PROMUDEH en 1997 brindaba el servicio telefónico de la Ayuda Amiga, y en 1999 se instala un servicio de atención a personas afectadas por violencia familiar.

Según el MIMDES, hoy el Ministerio da prioridad, entre sus líneas estratégicas, a la lucha contra la violencia familiar y sexual “como una clara muestra de compromiso político por luchar contra toda forma de discriminación y violencia ejercida contra la mujer por cuestiones de género”.

A pesar de ello, la violencia contra las mujeres sigue siendo un grave problema de salud pública que impacta la salud y la vida de las mujeres y ante la cual se requiere pasar de los reconocimientos formales o legales a la implementación real de acciones para combatirla y eliminarla.

6. Infecciones de transmisión sexual

El Programa contra las Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS) fue creado en 1996 y tenía un local especial de funcionamiento; no se le otorgaban los recursos que requiere, pero se mantenía. Coordinaba con el Programa Materno PeriNatal para el tamizaje de sífilis congénita; sin embargo, el PROCETSS se ha reestructurado actualmente en el área de Control de Riesgos y Daños en el Componente de VIH/SIDA. En 1997 se empezaron a implementar los Centros de Referencia de Enfermedades de Transmisión Sexual (CERETSS), y se logró el equipamiento de 26 centros. Se trata de establecimientos de salud que cuentan con recursos humanos capacitados y equipamiento para la atención de casos de ITS en la población en general y la atención especializada de Grupos de Elevada Prevalencia con capacidad para efectuar pruebas serológicas y cultivos, pero no cuentan con financiamiento para realizar acciones educativas.

Se han dado importantes avances en la adopción de medidas para reducir y tratar las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, pero un tema álgido es el del acceso gratuito al tratamiento. Aunque se acepta el uso del condón en la prevención, la posición del Gobierno consiste en promover la fidelidad y la abstinencia fuera del matrimonio, postergando el inicio sexual en jóvenes. Además, el VIH/SIDA se está desligando de un enfoque amplio de derechos sexuales y tiende a medicalizarse.

Las políticas públicas frente al problema se basan sólo en la prevención, ya que el tratamiento antirretroviral dado por el Estado se restringe a mujeres en los tres últimos meses de gestación para evitar la transmisión vertical, ofreciendo lactancia artificial en los seis primeros meses, y tratando a los recién nacidos, siempre que haya insumos. De otro lado, se desconoce la política que seguirá el Ministerio de Educación después de terminado el Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000.

Conclusiones. Vigilancia desde la sociedad civil

En la actualidad, el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se ve limitado en el caso de las mujeres, adolescentes y niñas y de la juventud e infancia en general, especialmente cuando no se acepta la perspectiva transversal de género y de derechos humanos en las políticas y los programas a los que Cairo y Beijing comprometían, y se iguala equidad de género con igualdad de oportunidades. El Estado peruano no ha generado mecanismos efectivos que faciliten la vigilancia del respeto de los derechos humanos y menos con relación a los derechos reproductivos.

Cabe destacar el impacto que han tenido las experiencias de advocacy en derechos sexuales y reproductivos y adolescentes, incluyendo vigilancia congresal, actividades de incidencia política y participación en los medios de comunicación de las organizaciones

feministas, las que han desarrollado un sistema de monitoreo (1994-2002) a los acuerdos de la CIPD, que se realiza de manera paralela en siete países. Sin embargo, estas acciones se han visto restringidas por la Ley de la Mordaza, impuesta nuevamente por el gobierno norteamericano. El fracaso de muchas estrategias tiene que ver con un contexto nacional e internacional de políticas neoliberales y puritanas que muy pocas veces toman en consideración el derecho de las personas a la salud, a la vez que refuerzan la discriminación por género, y no abordan tampoco específicamente la pobreza de las mujeres. A lo que debe sumarse el rol socializador y político de las iglesias que, en esta última década, han asumido temas morales respecto de la sexualidad, difundiendo mensajes adversos en asuntos de género y salud reproductiva. Estas políticas han puesto en una situación de mayor crisis a los servicios de salud y educación. Constituye un compromiso del Estado, la erradicación del sexismo en la enseñanza y la ampliación de la cobertura del Programa Nacional de Educación Sexual, y replantear la política de educación sexual como una educación para la sexualidad sana y placentera y para la prevención del embarazo adolescente no deseado y las ITS. Asimismo, la reducción de manera drástica de la mortalidad materna, cuyos principales indicadores coloca al Perú como uno de los países con mayores tasas de muertes maternas de América Latina y del mundo.

Un tema prioritario emergente para las ONG es el acceso a los servicios de salud en zonas declaradas liberadas por el narcotráfico que se encuentran en abandono sin servicios públicos ni presencia del Estado por razones de seguridad. Para aquéllas es un reto trabajar en esas zonas sin poner en riesgo a las personas del proyecto de intervención. Interesa también la atención a la diversidad cultural y la situación de salud de las comunidades étnicas. Del mismo modo, una preocupación constante de las ONG y de otras instancias de la sociedad civil es la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y la lucha contra el SIDA.

Los mecanismos de vigilancia constituyen una nueva corriente en el Perú iniciada ya por la sociedad civil, pero aún se haya en revisión por parte del Estado.

Fuente: www.flora.org.pe