

# PERÚ ANTE LOS COMPROMISOS DE CAIRO



Mesa de Vigilancia Ciudadana  
en Derechos Sexuales  
y Reproductivos

# ¿Qué es la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo?

En septiembre de 1994, en la ciudad del El Cairo, se realizó la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD). Los 179 países ahí presentes acordaron un Programa de Acción a un plazo de 20 años.

Esta conferencia supuso un cambio de paradigma en la visión del desarrollo entendido hasta entonces como crecimiento económico. Por primera vez los temas de población dejan de centrarse únicamente en las metas demográficas y en la capacidad reproductiva de las mujeres, especialmente las pobres, para poner a los seres humanos en el centro de toda la discusión.

**El Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo** reconoce la necesidad de empoderar a las mujeres para la autonomía reproductiva y de ampliar sus opciones a través del acceso a la educación y los servicios de salud, tanto como un fin importante en sí mismo, como un elemento clave para mejorar la calidad de vida de todas las personas. Asimismo,

es en este Programa donde se introduce de manera expresa la definición de derechos reproductivos: “...los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas ... Esos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva”. (Párrafo 7.3)

El Programa de Acción ha sido examinado, desde su aprobación, en tres oportunidades por la Asamblea General de las Naciones Unidas: las evaluaciones de Cairo + 5, Cairo + 10, y Cairo + 15. Los exámenes mostraron que se han realizado progresos significativos en el cumplimiento de las metas. Sin embargo, existen ciertas áreas que requieren mayores esfuerzos.

Cairo + 5	Cairo + 10	Cairo + 15
El examen mostró que se han realizado progresos, pero existen ciertas áreas que requieren esfuerzos: garantizar el acceso a servicios de calidad de salud reproductiva, abastecimiento y acceso a métodos anticonceptivos, el VIH y SIDA, la discriminación y mortalidad materna.	Se hizo manifiesta la voluntad de seguir avanzando en la implementación. Se insta a los países a intensificar esfuerzos en: la erradicación de la pobreza, el desarrollo de la equidad de género y derechos de las mujeres, la implementación de la salud sexual y reproductiva en las políticas públicas, profundizar los esfuerzos en la reducción de la mortalidad materna, la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y SIDA, y la eliminación de la violencia contra las mujeres.	Se evidenció que existen signos de progreso respecto a la estimación de personas que viven con VIH en el mundo. Sin embargo, existe una preocupación por las mujeres cuyas necesidades de planificación familiar no están siendo atendidas y los pocos avances realizados en la reducción de la mortalidad materna.

Fuente: Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Cairo + 20: Hacia una lectura de la Plataforma para la Acción de Cairo a 20 Años en el Perú.

Años después, en agosto de 2013, camino hacia la reunión de El Cairo + 20, se realizó en Montevideo, la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe, con el objetivo de examinar los progresos en la región en los últimos 20 años e identificar las medidas fundamentales para reforzar su implementación, poniendo énfasis en los asuntos regionales emergentes en materia de población y desarrollo, y en el bienestar humano y la dignidad, así como su sostenibilidad.

El **Consenso de Montevideo** señala que después de 20 años el Programa de Acción de El Cairo sigue siendo relevante porque persisten las deficiencias en su ejecución y muchas de ellas se derivan de la desigualdad estructural que afecta a la región. Por ejemplo:

- ▶ La mortalidad materna no ha descendido como se esperaba,
- ▶ la necesidad insatisfecha en planificación familiar se mantienen alta para los países y poblaciones en pobreza,
- ▶ la cobertura de nacimientos atendidos por personal capacitado se ha incrementado en muchas áreas pero el acceso a cuidados por emergencias obstétricas sigue siendo un problema,

- ▶ los porcentajes de nacimientos en adolescentes siguen siendo altos y en algunas zonas se han incrementado,
- ▶ la discusión sobre la igualdad de las mujeres ha sido desviada solo a preocupaciones educativas, económicas y políticas.

En el marco de las medidas prioritarias que se acuerdan, se señala la **necesidad de aplicar un enfoque de derechos humanos con perspectiva de género e intercultural** en el tratamiento de los asuntos de población y desarrollo; y se afirma que el principio **de laicidad del Estado es fundamental para garantizar el ejercicio pleno de los derechos humanos**, la profundización de la democracia y la eliminación de la discriminación contra las personas<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> En el caso peruano, el artículo 50 de la Constitución Política establece la separación entre el Estado y las iglesias: "Dentro de un régimen de independencia y autonomía, el Estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú, y le presta su colaboración.

El Estado respeta otras confesiones y puede establecer formas de colaboración con ellas".

## 2. Los compromisos asumidos por el Estado Peruano y su desarrollo en las normas y políticas nacionales

Si bien el Programa de Acción de El Cairo, tiene su origen en una conferencia mundial y al igual que las resoluciones y declaraciones de los sistemas universal y/o regional de derechos humanos, no son vinculantes, sí son compromisos políticos que contienen derechos reconocidos en los pactos de derechos humanos y se espera que los Estados firmantes realicen todos los esfuerzos necesarios para implementarlos y que éstos estén basados en el principio de buena fe.

Es así que hoy se puede dar cuenta que en el Perú existen leyes y políticas públicas que versan sobre los derechos sexuales y derechos reproductivos pero que no alcanzan a resolver los problemas estructurales, puesto que existe una deficiencia en la implementación de las políticas públicas, la asignación presupuestaria es baja o inexistente y las barreras, entre ellas las legales y económicas, no permiten que las mujeres y las y los adolescentes hagan uso de su derecho a la sexualidad y la reproducción.

En atención a ello es fundamental, cuando menos respetar los acuerdos y mantener los avances; y, mirar a Cairo + 20, como una oportunidad para trascender el estancamiento de los últimos años y profundizar la agenda de los derechos sexuales y derechos reproductivos, la que deberá incluirse en los nuevos ODM. En todo caso, el desafío es no tener que reiterar, dentro de 20 años, el desesperanzado comentario de una de nuestras compañeras: “cuando fui a El Cairo tenía 34 años y mi hija tenía 5; veinte años después, ella está recibiendo su título pero yo, a mis 54 años, siento que todavía estoy peleando casi por las mismas cosas que veinte años atrás”<sup>2</sup>.

2 A 20 años de la Conferencia de El Cairo. Balance del Cumplimiento del Programa en trece países seleccionados de América Latina y El Caribe. CLADEM. Primera edición, agosto de 2013. Lima, Perú.

ABORTO

Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Abordar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones (párrafo 7.44,a)</p> <p>Los gobiernos deberían tomar las medidas oportunas para ayudar a las mujeres a evitar el aborto, que en ningún caso debería promoverse como método de planificación de la familia, y proporcionar un trato humanitario y orientación a las mujeres que abortan (párrafo 7.24)</p> <p>Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo con el fin de reducir el número de muertes y la morbilidad causados por abortos en malas condiciones (párrafo 8.20,a)</p> <p>Ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas y reducir el recurso de aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia (...) En todos los casos las mujeres deberían acceder a servicios de calidad para las complicaciones por abortos. Ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post-aborto que ayuden a evitar su repetición (párrafo 8.25)</p>	<p>Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando prestaciones integrales en los servicios de salud sexual y reproductiva para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan la educación sexual y salud reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños (40)</p> <p>Asegurar, en los casos en que el aborto es legal o está despenalizado en la legislación nacional, la existencia de servicios de aborto seguros y de calidad para las mujeres e instar a los demás Estados a considerar la posibilidad de modificar las normativas, sobre la interrupción voluntaria del embarazo para salvaguardar la vida y la salud de mujeres y adolescentes (42)</p>	<p>Artículo 119° del Código Penal. El aborto terapéutico despenalizado desde 1924, carece de protocolo para su implementación.</p> <p>Ley General de Salud en el artículo 30° obliga al médico a denunciar cuando existe indicio de aborto criminal.</p>	<p>El aborto inseguro es una de las cinco causas principales de muerte en el embarazo. I de cada 7 mujeres que abortan es hospitalizada. Según un informe, aproximadamente 371,420 abortos inseguros se realizan cada año (Ferrando 2006: s/n).</p> <p>El 12% de las mujeres peruanas, al menos una vez, ha sido obligada a tener relaciones sexuales (INEI 2010); y aproximadamente un 5% de esas mujeres resultan embarazadas, es decir, un mínimo de 35 mil embarazos anuales por violación (Chávez 2007: 53-54).</p> <p>La atención post-aborto está contemplada en la legislación; sin embargo, las mujeres enfrentan barreras por costos, la amenaza de la denuncia y el mal trato.</p> <p>Está pendiente cumplir con las Resoluciones del Comité de Derechos Humanos, caso KLL (24 de octubre de 2005); y, del Comité CEDAW, caso LC (27 de octubre de 2011).</p>	<p>Aprobar e implementar el Protocolo Nacional del Aborto Terapéutico, no punible en la legislación nacional desde el Código Penal de 1924, con el objetivo de garantizar su asignación presupuestal propia y el ejercicio del derecho a la vida, salud y al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres.</p> <p>Promover un amplio debate social en torno a la despenalización de las distintas causales de aborto, de manera especial el aborto por la causal de violación sexual, en resguardo del derecho al libre desarrollo de la personalidad de las mujeres y que vía iniciativa ciudadana, con más de 100 mil firmas de respaldo, ha sido presentado como propuesta de ley.</p>

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES

Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Satisfacer las necesidades especiales de adolescentes, en educación, orientación y servicios de salud reproductiva de calidad (párr. 6.7,b).</p> <p>Alentar a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, a continuar sus estudios y estar mejor preparados para la vida, impedir matrimonios tempranos, nacimientos de gran riesgo, y reducir mortalidad y morbilidad (p6.7,c)</p> <p>Abordar la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, VIH/Sida, mediante el fomento de conductas reproductiva y sexual responsable y sana, abstinencia voluntaria y servicios para este grupo de edad (párrafo 7.44,a)</p> <p>Reducir sustancialmente todos los embarazos de adolescentes (párrafo 7.44,b)</p> <p>Los servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes: intimidad, confidencialidad, respeto y el consentimiento informado (párrafo 7.45)</p> <p>Los adolescentes de ambos sexos deberían recibir información, educación y asesoramiento para retrasar la formación temprana de una familia, la actividad sexual prematura y el primer embarazo (párrafo 8.24)</p>	<p>Implementar programas y servicios de salud sexual y reproductiva integrales, oportunos, de calidad para adolescentes y jóvenes, perspectiva de género, derechos humanos, intergeneracional e intercultural; acceso a métodos anticonceptivos modernos, seguros y eficaces, respetando confidencialidad y privacidad; evitando embarazos tempranos y los no deseados, la transmisión del VIH y otras infecciones (12)</p> <p>Poner en práctica o fortalecer políticas y programas para evitar la deserción escolar de las adolescentes embarazadas y las madres jóvenes (13)</p> <p>Eliminar el aborto inseguro, mediante educación para la sexualidad, acceso oportuno y confidencial a información, asesoramiento, tecnologías y servicios, anticoncepción oral de emergencia sin receta y condones femeninos y masculinos (14)</p> <p>Estrategias intersectoriales para ayudar a las mujeres a prevenir el embarazo subsiguiente en la adolescencia (15)</p> <p>Revisar la legislación, las normas y prácticas que restringen el acceso a los servicios de salud sexual y salud reproductiva, a la información completa (35)</p>	<p>Ley General de Salud (1997). Artículo 4°, los y las adolescentes menores de 18 dependen del consentimiento y acompañamiento de sus madres/ padres o tutores para la atención en salud sexual y reproductiva.</p> <p>Norma Técnica para la atención integral de la etapa de vida adolescente (2012). Establece servicios diferenciados en los establecimientos de salud con horarios diferentes, ambientes exclusivos y servicios especializados.</p> <p>Plan Nacional de Igualdad de Género 2012-2017. Tiene como meta incrementar la oferta pública de servicios de atención diferenciada para los y las adolescentes en salud sexual y reproductiva, así como reducir el embarazo.</p> <p>Plan multisectorial de prevención del embarazo adolescente 2013–2021, objetivo general: reducir en 20% la prevalencia del embarazo adolescente. Propone incrementar un 50% del uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as.</p> <p>Ordenanzas municipales priorizando el trabajo de prevención del embarazo en adolescentes: Pueblo Libre, San Juan de Miraflores y el Gobierno Regional de Ucayali.</p>	<p>El 13.2% de las mujeres entre 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. En el área rural son el 21,5% y en la selva son el 27.5%. Los mayores porcentajes de adolescentes madres o embarazadas se presentan en las mujeres sin educación (56,7 %), en las residentes de la selva (27,5 %), entre las que se encuentran en el quintil inferior de riqueza (26,1 %) y en el área rural (21,5 %).</p> <p>El embarazo adolescente comporta consecuencias en el desarrollo personal y educativo, pues el 56.7% de adolescentes no tiene educación y el 4,4% de adolescentes embarazadas tienen educación superior (INEI 2013: 107).</p>	<p>En el marco del fallo del Tribunal Constitucional (00008-2012-PI/TC), se deberá promover la existencia de servicios o, al menos, personal capacitado para atender adolescentes (14 años y más) sin la compañía de una persona adulta.</p> <p>Modificar el artículo 4° de la Ley General de Salud, en la práctica funciona como una barrera que condiciona la atención en salud de las y los adolescentes al acompañamiento de su padre, madre o tutor(a).</p> <p>Articular el sistema educativo y el campo laboral para promover diferentes proyectos de vida para adolescentes en situación de vulnerabilidad, de modo que se pueda ofrecer alternativas al embarazo precoz.</p>

MORTALIDAD MATERNA				
Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo para reducir rápida y sustancial la morbilidad y mortalidad maternas y las diferencias observadas entre los países en desarrollo y los desarrollados, y dentro de los países.</p> <p>Reducir considerablemente el número de muertes y la morbilidad causados por abortos realizados en malas condiciones (párrafo 8.20,a)</p> <p>Mejorar la situación de salud y de nutrición, especialmente de las mujeres embarazadas y las madres lactantes (párrafo 8.20,b)</p> <p>Los países deberán tratar de lograr para el 2015 una reducción de la mortalidad materna a mitad de los niveles de 1990 para el año 2000 y una nueva reducción a la mitad para el año 2015 (8.21)</p>	<p>Eliminar las causas prevenibles de morbilidad y mortalidad materna, incorporando prestaciones integrales de los servicios de salud sexual y salud reproductiva, medidas para prevenir y evitar el aborto inseguro, que incluyan educación en salud sexual y salud reproductiva, acceso a métodos anticonceptivos modernos y eficaces y el asesoramiento y atención integral frente al embarazo no deseado y no aceptado y, asimismo, la atención integral después del aborto, cuando se requiera, sobre la base de la estrategia de reducción de riesgo y daños (40)</p> <p>Formular planes para fortalecer los mecanismos de detección de alteraciones del embarazo, incluida la preconcepción, elevar la calidad de atención prenatal con enfoque intercultural, garantizar la provisión de sangre segura para la atención del embarazo, parto y puerperio, y mejorar la atención humanizada del parto y el nacimiento y los cuidados perinatales integrales, teniendo en cuenta las necesidades de las mujeres, los niños, las niñas y las familias (44)</p>	<p>Constitución Política 1993, derecho a la salud (artículo 7°)</p> <p>En el 2000 se implementó el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Muerte Materna (Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/DGE-V.01), establece la notificación obligatoria de la muerte materna, su investigación inmediata, llenado de ficha epidemiológica y envío de la información a la Red Nacional de Epidemiología.</p> <p>Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009 - 2015, busca modificar los indicadores relacionados a la muerte por embarazo, parto y puerperio, y perinatos, especialmente de sectores menos favorecidos.</p> <p>R. M. N° 598-2005-MINSA, adecuación cultural del parto.</p> <p>Documento Técnico Enfoque de derechos humanos, equidad de género e interculturalidad (RM N° 792-2006/MINSA).</p> <p>Adecuación cultural de la orientación/consejería en salud sexual y reproductiva, RM N° 278-2008/MINSA (27.04.2008), demanda conocer las costumbres, prácticas y expectativas, con participación activa de la comunidad.</p>	<p>Para el periodo de 1990-1996 la mortalidad materna fue de 265 defunciones por 100,000 nacidos vivos; 185 para la ENDES 2000 y para el 2004-2010 fue de 93 (INEI 2012). Cifra distante de la meta para el año 2015 (66,3 defunciones por cada 100,000 nacidos vivos).</p> <p>Según el MINSA, entre las principales causas directas de muertes maternas en adolescentes están la hipertensión 41%, el aborto 29%, las hemorragias 18% y seguidas de las infecciones 6%; también en el mismo año, el suicidio representó el 56% de las causas indirectas. (MLCP 2013:8).</p> <p>El sistema de salud no tiene una mirada crítica sobre la calidad de los servicios que brinda. El 100% de las mujeres que murieron tuvieron atención prenatal, el 50% vivían a menos de 1 hora del establecimiento de salud, el 56.4% ocurrieron en el establecimiento de salud, y el 80% contaban con seguro de salud; es decir, las usuarias accedieron al servicio de salud.</p>	<p>Mejorar los procesos de ejecución de las políticas públicas en todos los niveles de gobierno a fin de disminuir las posibilidades de muerte por causas prevenibles, fortaleciendo la capacidad resolutoria de los establecimientos que brindan atención de emergencias obstétricas y neonatales.</p>

ACCESO A MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS				
Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Los gobiernos y la comunidad internacional deberían apoyar la libertad de elección en la planificación de la familia (7.15)</p> <p>Prevenir los embarazos no deseados y reducir la incidencia de los de alto riesgo; la morbilidad y mortalidad (párrafo 7.14,b)</p> <p>Poner servicios de planificación de la familia de calidad y aceptables al alcance, manteniendo la confidencialidad (párrafo 7.14.c); y, velar por un suministro suficiente y continuo de anticonceptivos esenciales de alta calidad (párrafo 7.23,c)</p> <p>Atender las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo de vida (párrafo 7.5,c)</p> <p>Lograr que los hombres participen más y asuman una mayor responsabilidad en la planificación de la familia (párrafo 7.14,e)</p> <p>Eliminar las barreras legales, médicas, clínicas y reglamentarias a la información y el acceso a los servicios y métodos de planificación de la familia (párrafo 7.20)</p> <p>Elaborar programas innovadores para que adolescentes y hombres adultos accedan a información, asesoramiento y servicios de salud reproductiva. Educar y facultar al hombre para que comparta por igual las responsabilidades de la planificación de la familia y las labores domésticas y de crianza (párrafo 7.8)</p>	<p>Revisar la legislación, normas y prácticas que restringen el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, servicios integrales para adolescentes y jóvenes, acceso a la información completa sobre servicios sin discriminación (35)</p> <p>Promover políticas para asegurar el ejercicio de los derechos sexuales, la sexualidad plena y segura, decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables, con respeto de la orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia (34)</p> <p>Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, considerando especificidades de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, personas mayores y personas con discapacidad, personas en condición de vulnerabilidad y de zonas rurales y remotas; promoviendo la participación ciudadana en el seguimiento (37)</p> <p>Garantizar el acceso efectivo a una amplia gama de métodos anticonceptivos modernos, basados en evidencia científica con pertinencia cultural, incluyendo la anticoncepción oral de emergencia (44)</p> <p>Garantizar suficientes recursos financieros, humanos y tecnológicos para la salud sexual y la salud reproductiva (46)</p> <p>Garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva de los pueblos indígenas, el derecho a sus medicinas tradicionales y prácticas.</p>	<p>Constitución Política de 1993, artículo 6°, la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsable. Derecho de las familias y las personas a decidir.</p> <p>Ley de Política Nacional de Población (1985). Prioridad del Estado la paternidad responsable y el acceso a programas de planificación familiar: educación, información y servicios del sistema de salud y la garantía de libre elección.</p> <p>Ley General de Salud (1997). Derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia y a recibir, antes del uso, toda la información necesaria. (artículos 5° y 6°).</p> <p>Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2007). Obligación estatal de garantizar los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (2004), implementación del tamizaje en los servicios de salud sexual y reproductiva.</p> <p>Norma Técnica de Planificación Familiar (2005), procedimientos estandarizados en estos servicios.</p> <p>Plan Nacional de Población 2010 - 2014 (2010). Busca promover e impulsar el ejercicio libre, responsable e informado de los derechos sexuales y reproductivos, reforzando la educación sexual y el acceso a servicios diferenciados con énfasis en reducir el embarazo adolescente, las ITS y el VIH/sida.</p>	<p>La salud sexual y reproductiva y el acceso a métodos anticonceptivos son derechos fundamentales que permiten tanto a mujeres como hombres tener la autonomía para poder decidir el momento y la cantidad de hijas e hijos que desean tener, así como el espaciamiento entre ellos.</p> <p>Según la ENDES 2012, el 75,5% de las mujeres en unión conyugal usaban algún método anticonceptivo; mientras que el 24,5% de las mujeres en unión conyugal no usaban algún método anticonceptivo a la fecha de la encuesta. De las mujeres que usaban algún método anticonceptivo el 51,8% empleaban método moderno y el 23,7% algún método tradicional. (ENDES 2013: 113).</p> <p>Actualmente, los servicios de salud no disponen de Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE), debido a la sentencia recaída en el Expediente N° 02005-2009-PA-TC, del Tribunal Constitucional, que prohíbe la distribución gratuita de la AOE por violar el derecho a la vida; ordenando se agregue una advertencia en el producto sobre la posibilidad de inhibir la implantación del óvulo fecundado.</p>	<p>Articular los servicios de salud sexual y salud reproductiva con otros que requieren mayor especificidad, como los de cáncer, tratamiento de VIH-sida, violencia sexual, etc.</p> <p>Implementar un Programa de Planificación Familiar acorde a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las mujeres, con enfoque intercultural acompañado de una gestión eficiente y eficaz.</p> <p>Garantizar el acceso a métodos anticonceptivos modernos de manera permanente y continua en el servicio público. Priorizar el abastecimiento en las zonas con menor acceso económico, mujeres rurales, menor nivel educativo y las adolescentes y jóvenes.</p> <p>Restablecer la distribución gratuita de la Anticoncepción Oral de Emergencia para que las mujeres de bajos recursos puedan acceder a ella y poder evitar embarazos no deseados.</p>



VIH/SIDA				
Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Prevenir las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/sida, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento; prevenir las complicaciones como la infertilidad, en jóvenes y mujeres (párrafo 7.29)</p> <p>Abordar el VIH/sida en la adolescencia, y la prestación de servicios apropiados (párrafo 7.44,a)</p> <p>Reducir la difusión del VIH/Sida y minimizar sus consecuencias, aumentar el conocimiento de sus consecuencias y enfermedades conexas, y aumentar el conocimiento para prevenirlas; corregir las injusticias sociales, económicas, por razón de sexo y raciales que aumentan la vulnerabilidad de la enfermedad (párrafo 8.29,a)</p> <p>Asegurar la atención médica sin discriminación; el respeto a los derechos individuales, la confidencialidad (párrafo 8.29,b)</p> <p>Intensificar las investigaciones para su lucha y tratamiento (párr. 8.29,c)</p>	<p>Promover la prevención y la detección oportuna y garantizar el acceso universal al tratamiento integral del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual, y eliminar el estigma y la discriminación de que suelen ser víctimas las personas que viven con el virus (38)</p> <p>Fortalecer la medida de detección del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual en mujeres embarazadas, y de prevención de la transmisión vertical del virus (39)</p>	<p>Ley N° 28243 (2004), “ley que amplía y modifica la ley CON-TRASIDA”, trasciende el enfoque sobre las personas de alto riesgo, pone énfasis en la atención de la salud, la gratuidad progresiva de las prestaciones (con prioridad a ciertos grupos). Amplió el carácter confidencial de los resultados, y la información de la causa cierta o probable de contagio.</p> <p>El Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres 2009-2015, hace referencias sobre el VIH en sus lineamientos y actividades, aunque no sobre la prevención del VIH en relación con la violencia hacia las mujeres como factor de riesgo.</p> <p>El Plan de Igualdad de Género 2012 - 2017, los establecimientos de salud deberán contar con un protocolo de atención con enfoque de género, interculturalidad y respeto de la orientación sexual, garantizando los derechos sexuales y reproductivos de las personas.</p>	<p>Desde el primer caso de VIH en 1983 hasta junio de 2012 se han notificado 47,186 casos y 29,197 de SIDA (62% del total de casos), la mayoría son diagnósticos tardíos, impidiendo conocer de manera precisa, la real evolución (Promsex 2012: 10).</p> <p>Datos del Ministerio de Salud señalan que en 1986 la razón hombre/mujer era de 9/1 y en los últimos años ha sido de 3/1 (Red Activas 2011: 73). Sin embargo, la situación de las mujeres que viven con VIH no es considerada por el Estado ni por iniciativas privadas, debido a que la medición reconocida en el Perú es la de epidemia concentrada hombres que tienen sexo con hombres (HSH); dejando fuera presupuestalmente a las mujeres gestantes.</p> <p>El gasto en prevención se ha incrementado del 27% al 37%, el de tratamiento ha disminuido de 42% a 38%, y el de investigación ha disminuido de 17% a 13%.</p>	<p>Considerar la prevención, detección y atención de la violencia contra las mujeres como parte de la estrategia nacional del VIH/Sida.</p> <p>Incorporar indicadores de género en las políticas públicas que permitan medir la implementación de las mismas y garantizar el respeto de derechos fundamentales.</p> <p>Gestionar Proyectos de Inversión Pública-PIP que permitan a los Gobiernos Regionales trabajar sostenidamente en la prevención y tratamiento del VIH/SIDA.</p>

EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL				
Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Promover el desarrollo de una sexualidad responsable que permita relaciones de equidad y respeto mutuo entre los sexos (párrafo 7.36,a)</p> <p>Reconocer los derechos y responsabilidades de los padres y otros legalmente responsables de los adolescentes de dar a estos, de una manera coherente con su capacidad en evolución, orientación y guías en cuestiones sexuales y reproductivas (7.45)</p> <p>Apoyar actividades y servicios de educación sexual integrada para jóvenes, con la asistencia y orientación de sus padres (párrafo 7.37)</p> <p>Dirigir los programas a todas las personas en condiciones de dar orientación a los adolescentes en sexualidad y reproducción responsable, en particular padres y familias, comunidades, instituciones religiosas, escuelas, medios de información y grupos de pares (párrafo 7.48)</p> <p>La educación en población debe iniciarse en la escuela primaria y continuar a todos los niveles de la enseñanza académica y no académica.</p>	<p>Asegurar la efectiva implementación de programas de educación integral para la sexualidad, reconociendo la afectividad, desde la primera infancia, respetando la autonomía progresiva del niño y de la niña y las decisiones informadas de adolescentes y jóvenes sobre su sexualidad, con enfoque participativo, intercultural, de género y de derechos humanos (11)</p>	<p>Aprobación de Los Lineamientos y Orientación Pedagógicas para la implementación de Educación Sexual Integral (julio 2008). Debe desarrollarse en las instituciones educativas de Educación Básica Regular, anunciado por el MINEDU. Contiene la incorporación de acciones y contenidos ESI en las instituciones educativas y no implica un sistema, ni la creación de un área u organismo para su implementación.</p> <p>El Estado peruano, a través de los Ministerios de Salud y Educación, suscribieron la “Declaración Ministerial Prevenir con Educación”, fijaron los compromisos y metas relacionados con la Educación Sexual Integral.</p>	<p>El abordaje sobre la sexualidad en el ámbito educativo continúa siendo deficiente a pesar de registrarse avances a nivel normativo y pedagógico en la Educación Sexual Integral, lo que no ha significado la mejora de la calidad de la implementación en las aulas.</p> <p>Un 45.7% de docentes desconoce los Lineamientos Educativos y Pedagógicos para la ESI; cifra que indica lo lejos que se está de alcanzar las metas y cumplir con los mandatos propuestos en la normativa vigente en relación a la implementación de metas y programas de Educación Sexual Integral (Vásquez y Kehuarucho 2009: 23).</p>	<p>Para lograr una verdadera implementación de la educación sexual integral en las escuelas y fuera de ellas, se requiere promover acuerdos entre el sistema de salud y el de educación bajo el principio de laicidad del estado.</p>

DIVERSIDADES SEXUALES				
Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
	<p>Promover políticas que contribuyan a que las personas ejerzan sus derechos sexuales, el derecho a una sexualidad plena en condiciones seguras, así como el derecho a tomar decisiones libres, informadas, voluntarias y responsables, con respeto de su orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación ni violencia (34)</p> <p>Desarrollar políticas y programas tendientes a erradicar la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género en el ejercicio de los derechos sexuales y su manifestación (36)</p> <p>Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y salud reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGBT, (37)</p>	<p>Artículo 37° del Código Procesal Constitucional. El amparo procede en defensa del derecho: 1) De igualdad y de no ser discriminado por razón de origen, sexo, raza, orientación sexual, religión, opinión, condición económica, social, idioma, índole.”</p> <p>Ley N°26772, artículo 2°, sobre oferta de empleo y acceso a medios de formación educativa, modificada por la Ley N°27270.</p> <p>Manual de Derechos Humanos aplicado a la formación policial. Capítulo IV víctimas y grupos vulnerables, ítem 6: derechos de lesbianas, gays, travestis y bisexuales.</p> <p>Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, señala en sus considerando como una expresión de la violencia a la homofobia.</p> <p>Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010. Impedir el trato denigrante o violento, por orientación/índole sexual: Evaluar la normatividad vigente y recomendar sancionar las prácticas denigrantes o violentas por orientación/índole sexual; los que se difundan a través de los medios de comunicación.</p> <p>Promocionar la tolerancia y el respeto de los derechos humanos de las personas con diferente orientación/índole sexual y la capacitación en derechos humanos a operadores de salud.</p>	<p>La orientación sexual y la identidad de género, debido a las diversas estrategias del movimiento TLGB y otras iniciativas sociales, se incorporan cada vez más en el discurso de los derechos humanos, y empieza a hacerse visible la realidad en la que viven. Por ejemplo, el informe anual de 2009 arrojó asesinatos y para el 2009 la cifra se incrementó a 19 casos.</p> <p>En cuando al derecho a la seguridad, en 23 casos se encontró a la base la orientación sexual o la identidad de género. La mayor cantidad de agresiones es sufrida por las trans (15), seguida por las mujeres lesbianas (6) y por los gays (2). También se muestra como la PNP/serenazgo es el principal agresor (10), seguido por personas naturales (6), familiares (6) y las juntas vecinales (1).</p> <p>Respecto a las acciones sobre la “orientación/índole sexual” del Plan Nacional de Derechos Humanos 2005-2010, no se ha implementado ninguna de las establecidas.</p> <p>En el derecho a la salud las coberturas para la comunidad TLGB está concentradas en las políticas referidas al VIH/SIDA,</p> <p>dejando de lado una visión integral en la atención. (Informe Anual 2009: PROMSEX)</p>	<p>El Estado debe tomar serias medidas para incorporar una estrategia que enfrente la discriminación por orientación sexual e identidad de género dentro de su misma estructura administrativa, como por ejemplo, a través de SERVIR.</p> <p>Más allá de la Educación Sexual Integral, desarrollar lineamientos integrales para que desde la escuela se aborden la orientación sexual y la identidad de género dentro de la vida de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, para evitar la discriminación y el maltrato.</p>

VIOLENCIA Y VIOLENCIA SEXUAL				
Programa de Acción de El Cairo, 1994	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	Tratamiento en las normas y políticas nacionales	Situación actual	Desafíos para el cumplimiento efectivo
<p>Todos los países deberían adoptar medidas eficaces para eliminar todo tipo de explotación y abuso de los niños, adolescentes y jóvenes: secuestro, violación e incesto, pornografía, trata de menores, el abandono y la prostitución (párrafo 6.10)</p> <p>La violencia contra la mujer, en particular la violencia doméstica y la violación, están sumamente extendidas y cada vez son más las mujeres expuestas al SIDA y a otras enfermedades de transmisión sexual como resultado de la conducta sexual imprudente de sus parejas (párrafo 7.35)</p> <p>Los gobiernos deberían establecer las condiciones y procedimientos necesarios para alentar a las víctimas a comunicar toda violación de sus derechos (párrafo 7.39)</p>	<p>Garantizar a niños/as, adolescentes y jóvenes las oportunidades y capacidades para una vida libre de violencia, mediante estrategias intersectoriales sobre los determinantes que promueven la violencia; formación que promueva la tolerancia y el aprecio por las diferencias, el respeto de los derechos humanos, la resolución de conflictos desde la primera infancia, y protección, acceso oportuno a la justicia y reparación (16)</p> <p>Establecer programas de derechos humanos que eliminen las violencias en la esfera pública y privada contra las personas mayores (23)</p> <p>Establecer mecanismos de prevención, queja y sanción del acoso sexual, especialmente el espacio laboral y educativo (56)</p> <p>Tomar medidas preventivas, penales, de protección y atención de la violencia, incluida la esterilización forzada, y estigmatización contra las mujeres y las niñas en los espacios públicos y privados, los asesinatos de niñas y mujeres, asegurando el acceso universal a servicios para las sobrevivientes de la violencia, con especial atención a las mayores, embarazadas, con discapacidad, grupos culturalmente diversos, trabajadoras sexuales, que viven con VIH/SIDA, lesbianas, bisexuales, transexuales, afrodescendientes, indígenas, migrantes, residentes de frontera, solicitantes de refugio y víctimas de trata, entre otras; (57)</p> <p>Promover la perspectiva de género entre los aplicadores de justicia; (58)</p>	<p>Constitución Política de 1993, derecho a la vida, la igualdad y la integridad física, psíquica y moral (artículo 2°)</p> <p>Código Penal de 1991, artículos 170° al 177°, contiene el tipo penal básico y las modalidades de violación sexual como la incapacidad de resistir, la relación con el agresor, la situación de dependencia, autoridad o vigilancia, o si estuviese recluida, detenida o interna. Con la Ley N° 28251, de 2004, el delito de violación se define como el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal u otros actos análogos introduciendo objetos o partes del cuerpo por alguna de las dos primeras vías.</p> <p>Ley de protección frente a la violencia familiar, Ley N° 26260 (1993) y modificaciones.</p> <p>Ley N° 29819, de 2011, incorpora el delito de feminicidio al Código Penal. Ley N° 30068, de 2013, incluye el feminicidio íntimo y agravantes.</p> <p>Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual hacia la Mujer, (DS N° 008-2001-PROMUDEH).</p> <p>Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015, DS N° 003-2009-MIM-DES, marzo del 2009.</p> <p>Sentencia N° 00008/2012 PI/TC reconoce que los jóvenes entre 14 y 18 años de edad tienen derecho a la libertad sexual, por lo que la penalización de sus relaciones sexuales consentidas afectaba sus derechos.</p>	<p>En Perú, existe un alto índice de muerte de mujeres por razones de género que ha ido en aumento en los 5 últimos años. En el 2012, murieron 8 mujeres víctimas de feminicidio por mes, en el 2013, el índice llegó a 11 mujeres víctimas por mes.</p> <p>En los últimos diez años, se han presentado 63,545 denuncias por violación de la libertad sexual (Mujica 2011: 66). Las víctimas potenciales del delito de violación sexual son las poblaciones vulnerabilizadas como las mujeres, adolescentes, niñas y niños (las denuncias de violación de varones son escasas en comparación a aquellas). En la primera década de este siglo, las víctimas menores de 18 años alcanzaron el 78% del total de las denuncias (49,659), y solo el 22% de las víctimas fue mayor de 18 años (lo que equivale a 13,876 denuncias) (Mujica 2011: 62, 78).</p>	<p>Tender a erradicar la violencia y los malos tratos de la esfera de la sexualidad, en la esfera íntima y pública.</p> <p>Incrementar el presupuesto asignado para sostener las actividades de prevención a lo largo del año y transversalmente en todos los sectores.</p> <p>Incorporar de manera obligatoria la formación en género para el acceso y la permanencia en la magistratura.</p> <p>Implementar los protocolos de atención y evaluación física y psíquica a víctimas de violencia familiar, sexual y tortura..</p>