

**RECOMENDACIONES POLÍTICAS
PARA EL CUMPLIMIENTO DE LAS
METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

Ma. Jennie Dador Tozzini



Ú

flora
tristán



centro de la mujer peruana

Recomendaciones Políticas para el cumplimiento de las Metas de Desarrollo del Milenio

© Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán
Parque Hernán Velarde N° 42
T: (51 1) 433 1457 – 433 9060
F: (51 1) 433 9500
E-mail: postmast@flora.org.pe
<http://www.flora.org.pe>

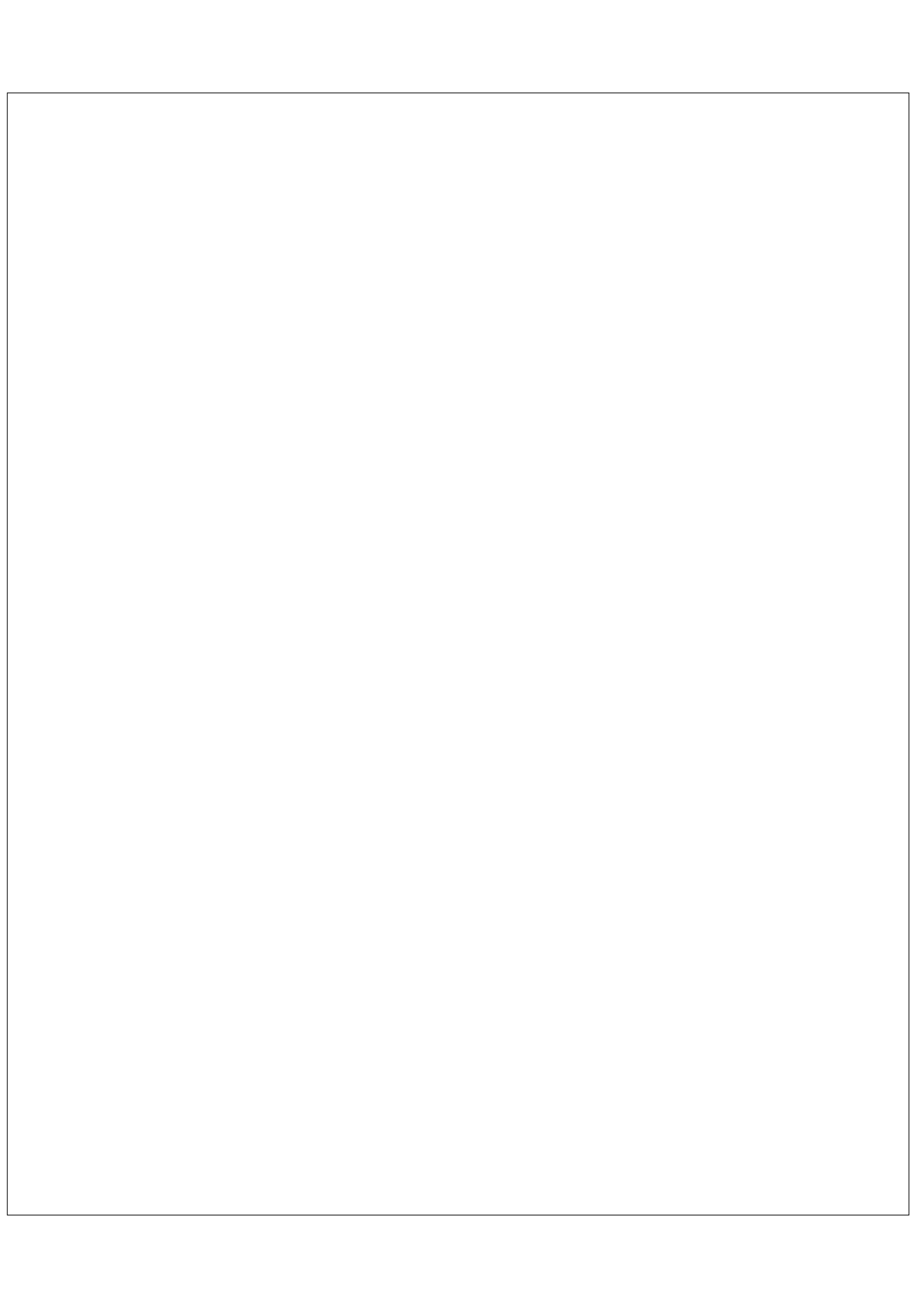
Coordinación general: Eliana Cano Seminario
Elaboración de contenidos: Ma. Jennie Dador Tozzini
Colaboración: Lisbeth Guillén Chávez

Diseño, diagramación y cuidado de edición: Amelia Villanueva Ramirez
Impresión: Aldo Ocaña Correa

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°: 2005-2478
Lima, abril 2005
500 ejemplares
1ra edición

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
I. RELACIÓN ENTRE LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO Y LOS INSTRUMENTOS DE NACIONES UNIDAS	7
II. DESARROLLO DE LAS METAS DEL MILENIO	19
CONSIDERACIONES GENERALES	21
OBJETIVO 1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE	25
OBJETIVO 5. MEJORAR LA SALUD MATERNA	32
OBJETIVO 6. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES	44
III. ALGUNAS RECOMENDACIONES	47
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA	54



INTRODUCCIÓN

El Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán, tiene como misión combatir las causas estructurales que restringen la ciudadanía de las mujeres y/o afectan su ejercicio. En ese sentido, se propone incidir en la ampliación de su ciudadanía y en las políticas y procesos de desarrollo para que respondan a criterios y resultados de equidad y justicia de género.

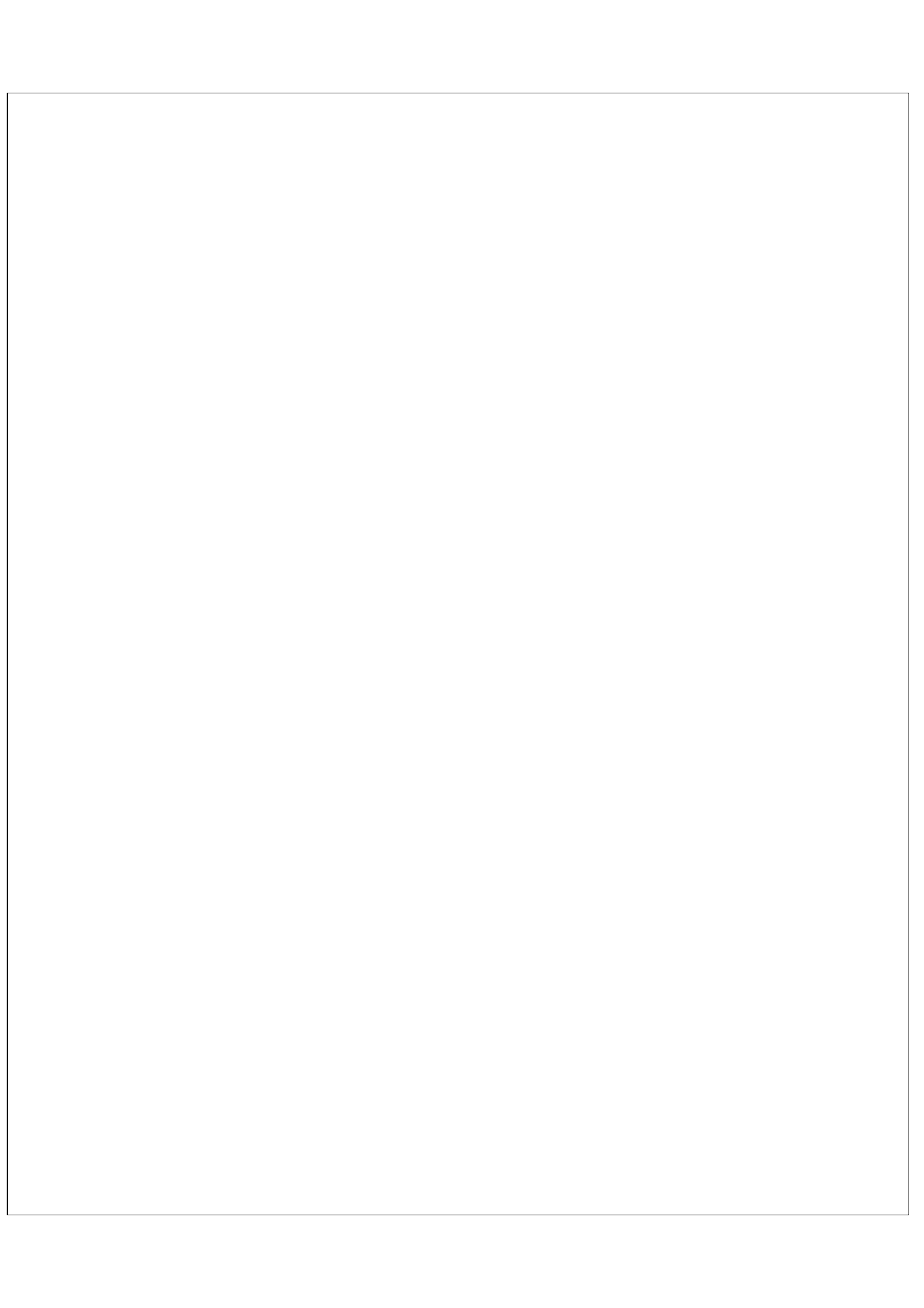
Como parte de este quehacer y con el ánimo de contribuir al cumplimiento de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio en el país, en el marco de los instrumentos y conferencias internacionales de derechos humanos y libertades fundamentales, ya suscritos y ratificados por el Estado peruano, el Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán encargó la realización de un documento base de orientación para las acciones de las entidades gubernamentales a nivel nacional, regional y local, de la sociedad civil y de la cooperación internacional.

El documento evidencia, una vez más, que el cumplimiento de las Metas solo se podrá lograr en la medida en que se avance en la implementación de los instrumentos y conferencias de derechos humanos, pudiendo desarrollarse diversas estrategias de acuerdo a las realidades locales, bajo el amparo de los principios de universalidad, integralidad e interdependencia de los derechos humanos.

El análisis de la situación actual en las metas referidas a erradicar la pobreza extrema y el hambre (Objetivo N° 1 - Meta 1), mejorar la salud materna (Objetivo N° 5 - Meta 6) y combatir el VIH/SIDA (Objetivo N° 6 - Meta 7); así como las recomendaciones propuestas, pueden ser consideradas como instrumentos útiles en el diseño de políticas públicas, formulación de leyes, monitoreo de programas dirigidos a la obtención de logros estratégicos para las mujeres, elaboración e implementación de planes y programas en el marco del cumplimiento de los estándares internacionales de protección de los derechos humanos y de la promoción de la equidad social y de género.

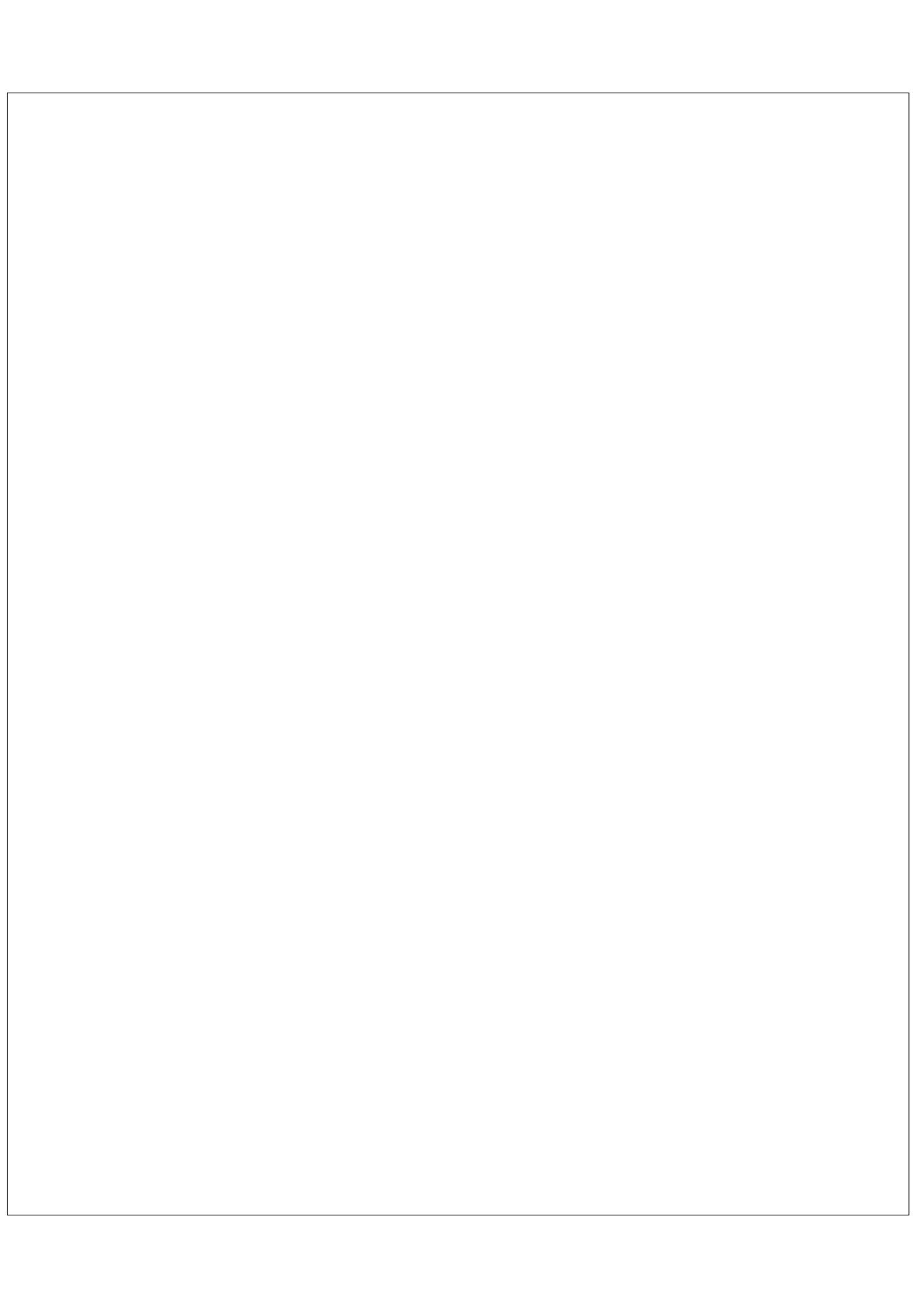
En ese sentido, consideramos que la difusión del presente documento es una herramienta valiosa para incidir en la formulación e implementación de políticas públicas que realmente apunten a potenciar la calidad de vida de los y las peruanas en condiciones dignas y garanticen el pleno acceso y ejercicio de nuestros derechos ciudadanos.

Lima, abril de 2005.



I.

**RELACIÓN ENTRE LAS METAS DE
DESARROLLO DEL MILENIO Y LOS
INSTRUMENTOS DE NACIONES UNIDAS**



A inicios de un nuevo siglo, en septiembre del año 2000 en Nueva York, los gobernantes de 189 países reunidos en la Asamblea General de las Naciones Unidas, preocupados por el desarrollo inquitativo de la humanidad y por los agudos problemas que viene atravesando el mundo, en particular a lo largo del siglo XX, reconociendo su responsabilidad colectiva, se comprometieron a participar activamente en el cumplimiento de las nuevas metas de desarrollo definidas para las próximas décadas, resumidas en la Declaración del Milenio.

La pobreza, el hambre, la mortalidad materna e infantil, el avance del VIH/SIDA, la iniquidad de género, el deterioro del medio ambiente, la intolerancia religiosa, son situaciones que en su mayoría se derivan de las grandes brechas económicas, sociales y culturales que se agudizan en el mundo globalizado y moderno; en que los hechos locales tienen repercusiones mundiales y a la inversa. En la medida que los graves problemas que aquejan a la sociedad mundial no se resuelvan o mitiguen, el mundo moderno y desarrollado también se verá amenazado; esto entendido en un sentido metafórico, pues la mayoría de las veces, el «mundo rico» y el «mundo pobre», así como los fundamentalismos, conviven al interior de un mismo Estado-nación, tal como ocurre en la región de América Latina que presenta las mayores brechas de iniquidad.

Los desplazamientos internos y la migración empiezan a constituirse en un problema ya no solo político, cultural y económico –desempleo, costos de seguridad social, desintegración familiar, discriminación– sino también en uno de pluralidad democrática, que en vez de afirmar la diversidad y el disenso como valores que enriquecen al individuo y a la comunidad política, considera a los desplazados e inmigrantes como ajenos¹, y a sus propias instituciones cada vez con menor capacidad para procesar las diferencias, construir sociedades plurales sobre la base de la tolerancia y la reciprocidad, y fomentar un desarrollo económico sostenido que garantice el bienestar para el conjunto de la población. Este es el gran reto.

Estos son los objetivos aprobados cuyas metas debemos alcanzar progresivamente para los años 2005, 2015 y 2020, lo que requiere una participación activa y comprometida de los Estados y de las sociedades que los conforman.

En ese sentido, si bien las Metas de Desarrollo del Milenio no tienen una naturaleza jurídica vinculante², son importantes porque concretan –una vez más– el compromiso histórico de todas las naciones para alcanzar un conjunto de objetivos comunes, mensurables y cuyo cumplimiento puede ser evaluado a partir de indicadores específicos. Entre sus objetivos figura el compromiso de los países industrializados a formar una asociación mundial que colabore con los países menos desarrollados, se plantean desde una perspectiva de desarrollo sustentable, considerando el ámbito social junto con

¹ Sartori, Giovanni. La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros. Santillana, Madrid, 2001. Pg.19.

² No son mandato de obligatorio cumplimiento para los Estados, pero colocan determinados temas como prioridades mundiales, guían la interpretación normativa y la implementación de políticas en el país. En todo caso, constituyen acuerdos con gran valor político y ético, pues forman parte de la agenda internacional construida y consensuada al interior de las Naciones Unidas.

OBJETIVOS	METAS
1. ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE.	1.1 Reducir a la mitad el porcentaje de personas con ingresos inferiores a \$1 por día. 1.2 Reducir a la mitad el porcentaje de personas que padezcan hambre.
2. LOGRAR LA ENSEÑANZA PRIMARIA UNIVERSAL.	2.1 Velar porque los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar la enseñanza primaria.
3. PROMOVER LA IGUALDAD ENTRE LOS SEXOS Y LA AUTONOMÍA DE LA MUJER.	3.1 Eliminar las desigualdades entre los géneros en la enseñanza primaria y secundaria (2005), y en todos los niveles de la enseñanza (2015).
4. REDUCIR LA MORTALIDAD INFANTIL.	4.1 Reducir en dos terceras partes la mortalidad de los niños menores de 5 años.
5. MEJORAR LA SALUD MATERNA.	5.1 Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes.
6. COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES.	6.1 Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA. 6.2 Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
7. GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL MEDIO AMBIENTE.	7.1 Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente. 7.2 Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carezcan de acceso a agua potable. 7.3. Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de tugurios.
8. FOMENTAR UNA ASOCIACIÓN MUNDIAL PARA EL DESARROLLO.	8.1 Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y discriminatorio. 8.2. Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. 8.3. Atender las necesidades especiales de los países sin litoral y de los pequeños Estados insulares en desarrollo. 8.4. Encarar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo. 8.5. En cooperación con los países en desarrollo, elaborar y aplicar estrategias que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo. 8.6. En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo. 8.7 En colaboración con el sector privado, velar porque se puedan aprovechar los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular de las tecnologías de la información y comunicaciones.

el económico y el ambiental, además constituyen un marco de trabajo común que cohesiona los esfuerzos de todo el Sistema de Naciones Unidas, lo que de alguna manera nos hace presumir que en los próximos años la inversión de las agencias internacionales y de la cooperación tendrán como eje de la agenda social, el cumplimiento de estas metas.

Los compromisos de los Estados con los derechos de las mujeres y la igualdad de género fueron acordados en la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer; y en las Conferencias de Viena en 1993 (Conferencia sobre Derechos Humanos), El Cairo en 1994 (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo) y de Beijing en 1995 (Conferencia Mundial sobre la Mujer), que incluyen programas y plataformas para cuyo avance en el cumplimiento se requiere de una clara voluntad política que los incorpore en las estrategias nacionales y subnacionales, pero también de una sociedad civil que proponga, vigile y demande el cumplimiento de los acuerdos con el resto de la comunidad internacional, es decir, rendición de cuentas o «*accountability*». Asimismo, es de vital importancia que estas intenciones discursivas se plasmen en políticas públicas, ya que éstas como interpretaciones generales que guían o encausan el pensamiento de los actores para la toma de sus decisiones, respecto a la equidad de género y social –externalidades positivas–, ofrecen cierto grado de predictibilidad y permanencia de lo que pueda o no hacer el gobierno de turno.

Sin embargo, el Objetivo 3 «*promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer*», no está indicado como necesario para alcanzar los otros siete objetivos de desarrollo, pese a que como bien señala Amartya Sen «...*la crisis económica y la progresiva interconexión de las economías mundiales (globalización) están produciendo un nuevo modelo de relaciones entre mercados, Estados y familias. Este fenómeno tiene profundas implicancias en las relaciones de género, tanto en la creación como en la transformación de las divisiones del trabajo y en la relación entre las esferas de actividad, integradas o no en el mercado*»³. Es más, el indicador que le corresponde a este objetivo está enfocado solo en el acceso a la educación básica –primaria y secundaria–, obviando que en la agenda nacional el tema de la educación está marcada por la problemática de la calidad, la deserción, la repitencia y no por la de la cobertura; y que la igualdad no solo es beneficiosa para las mujeres sino que es fundamental para lograr el desarrollo y la consolidación de las democracias⁴.

El desarrollo humano es un proceso de ampliación de las opciones de todas las personas y no solo de una parte de la sociedad, este proceso pasa a ser injusto y discriminatorio cuando la mayoría de mujeres quedan excluidas de sus beneficios; en ninguna sociedad las mujeres gozan de las mismas oportunidades que los varones. En casi todos los países el Índice de Desarrollo de Género se mantiene por debajo del Índice de Desarrollo Humano⁵. Así aparece definido en el Principio 4 del Programa de Acción de El Cairo «*Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de la mujer, así como eliminar la violencia de todo tipo contra la mujer y asegurarse de que sea ella quien controle su propia fecundidad son la piedra angular de los programas de población y desarrollo. Los derechos humanos de la mujer y de las niñas y muchachas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación de la mujer, en condiciones de igualdad, en la vida civil, cultural, económica, política y social a nivel nacional, regional e internacional y la erradicación*

³ Citado por Standing, Hilary. El género y la reforma del sector salud. Publicación Ocasional N° 3. OPS, 2000.

⁴ La potenciación del papel de la mujer y su plena participación en condiciones de igualdad en todas las esferas de la sociedad, incluidos la participación en los procesos de adopción de decisiones y el acceso al poder, son fundamentales para el logro de la igualdad, el desarrollo y la paz. Declaración de la IV Conferencia sobre la Mujer, Beijing 1995.

⁵ El índice de desarrollo relativo al género tiene como propósito reflejar el grado de adelanto por medio del mismo conjunto de variables relativos a la capacidad básica incluido en el IDH –esperanza de vida, nivel educacional e ingreso– pero se ajusta para incluir la desigualdad de género.

de todas las formas de discriminación por motivos de sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional».

Igualmente, en el caso de los derechos sexuales y derechos reproductivos, pese a ser un tema sensible a las políticas de desarrollo, ya sea desde el enfoque de quienes los consideran como un derecho y necesidad del Estado de controlar las decisiones reproductivas de las personas, particularmente de las mujeres, o de aquellos que pretenden devolverle a los ciudadanos(as) el derecho de tomar decisiones libres sobre su propia sexualidad y reproducción; éstos solo se relacionan de manera indirecta con tres de las ocho metas: igualdad de género, reducción de la mortalidad materna, y detener el avance del VIH y de otras enfermedades epidémicas. Pese a que el párrafo 7.3 del Programa de Acción de El Cairo señala que «...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 aprobados por consenso. 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. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos... Como parte de este compromiso, se debe prestar plena atención a la promoción de relaciones de respeto mutuo e igualdad entre hombres y mujeres, y particularmente a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable (...). En la mayoría de los países, los adolescentes son particularmente vulnerables a causa de su falta de información y de acceso a los servicios pertinentes».

En el texto del documento Medidas Clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo Cairo +5, en el capítulo sobre Igualdad y equidad entre los sexos y potenciación del papel de la mujer, se menciona de manera expresa que en la labor de los órganos competentes de las Naciones Unidas sobre indicadores para la promoción y protección de los derechos humanos de la mujer deben incorporarse cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

En este caso las opiniones se dividen entre quienes quieren adicionar una meta específica sobre el acceso universal a los derechos sexuales y reproductivos y entre quienes propugnan su mejor explicitación en los objetivos ya definidos⁶.

De esta manera se evidencia que las Metas de Desarrollo del Milenio por sí solas son insuficientes para superar los graves problemas que padecemos; éstas constituyen un subconjunto dentro de los instrumentos de derechos humanos y conferencias internacionales previos, que implican obligaciones jurídicas y compromisos políticos más extensos de los Estados, y es en ese marco que deben implementarse; lo contrario podría significar un retroceso o un reduccionismo.

Para ello es importante tener en cuenta que la responsabilidad internacional de los Estados como actores claves en la protección de los derechos humanos en general, ha evolucionado de la responsabilidad por la acción gubernamental violatoria que afecta el disfrute de los derechos (obligación de respetar) a la responsabilidad gubernamental de desarrollar políticas deliberadas para el acceso a los derechos por parte de todas las personas (obligación de cumplimiento), pasando por la de impedir

⁶ Barroso, Carmen, Directora de la Federación Internacional de Planificación de la Familia-Región Hemisferio Occidental (IPPF/WHR). 30 de noviembre 2003.

que terceros violen los derechos o por revertir las situaciones de complicidad mediante la falta de acción para prevenir, controlar o corregir la desigual aplicación de la ley o sancionar dichos actos a través de sus órganos ejecutivo, legislativo o judicial (obligación de protección).

Los países que ratifican las Convenciones Internacionales de Derechos Humanos⁷:

- Adhieren a los principios y normas que emanan de dichos tratados.
- Adhieren a la jurisprudencia internacional que allí surge.
- Asumen la obligación de modificar su legislación interna o reglamentar ámbitos no considerados en lo interno, si fuera necesario.
- Se obligan a poner en práctica acciones tendientes a cumplir los compromisos suscritos.

En resumen, hoy en día debemos exigir del Estado peruano el cumplimiento de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio, en el marco interpretativo de los instrumentos y conferencias de derechos humanos ya suscritos y/o ratificados; traduciéndolos en un sistema de monitoreo y evaluación, que tenga en cuenta la nueva realidad del proceso de descentralización y que incorpore las prioridades nacionales y subnacionales, así como las iniquidades subyacentes, especialmente la de género e interculturalidad.

INSTRUMENTOS INTERNACIONALES DE OBLIGATORIO CUMPLIMIENTO PARA EL ESTADO PERUANO

Normas de carácter vinculante/obligatorias	Suscripción/aprobación/ratificación
De Nivel Universal (ONU)	
DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (1948).	Aprobada por Resolución Legislativa N° 13282 del 15.12.1959.
CONVENCIÓN SOBRE LOS DERECHOS POLÍTICOS DE LA MUJER (1952).	Aprobada por Decreto Ley N° 21177 del 10.06.1975.
CONVENCIÓN INTERNACIONAL SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN RACIAL (1965).	Aprobada por Decreto Ley N° 18969 del 21.09.1971.
PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS (1966).	Aprobado por Decreto Ley N° 22128 del 28.03.1978.
CONVENCIÓN SOBRE LA ELIMINACIÓN DE TODAS LAS FORMAS DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER (1979).	Aprobada por Resolución Legislativa N° 23432 del 04.06.1982.

(sigue...)

⁷ El Marco legislativo internacional. Material del Curso de Especialización en Desarrollo Local con perspectiva de Género, UD2. Centro Internacional de Formación de la OIT. 2004.

(...viene)

De Nivel Regional (OEA)

CONVENCIÓN INTERAMERICANA SOBRE CONCESIÓN DE LOS DERECHOS POLÍTICOS A LA MUJER (1948).	Aprobada por Resolución Legislativa N° 12409 del 05.11.1955.
CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS «PACTO DE SAN JOSÉ DE COSTA RICA» (1969).	Aprobada por Decreto Ley N° 22231 del 11.07.1978. Ratificada por la XVI Disposición Final y Transitoria de la Constitución Política de 1979. Vigente para el Perú desde 1981.
CONVENCIÓN INTERAMERICANA PARA PREVENIR, SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER «CONVENCIÓN DE BELÉM DO PARÁ» (1994).	Aprobada por Resolución Legislativa N° 26583 del 25.03.1996.
CARTA DEMOCRÁTICA INTERAMERICANA.	Aprobada el 11 de septiembre de 2001, en el 28 Período extraordinario de sesiones de la OEA.
RESOLUCIÓN SOBRE PROMOCIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA DEMOCRACIA. SEGUIMIENTO DE LA CARTA INTERAMERICANA.	Resolución de la Asamblea General de la OEA N° 1957 (XXXIII-0/03). 2003.
CARTA ANDINA.	Suscrita por los presidentes de las Repúblicas de Bolivia, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Guayaquil, 2002.

Fuente: Revisión de instrumentos internacionales. Elaboración: Lisbeth Guillen.

DECLARACIONES, RECOMENDACIONES, PROGRAMAS Y PLATAFORMAS DE ACCIÓN; Y ACUERDOS POLÍTICOS

De Nivel Universal (ONU)

RECOMENDACIONES DE LAS NACIONES UNIDAS.	Recomendación VI de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer: los Estados deben establecer objetivos para aumentar la proporción de mujeres en los cargos directivos hasta al menos el 30%.
PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA MUNDIAL DE DERECHOS HUMANOS (VIENA, 1993).	Insta a los gobiernos y organizaciones regionales e internacionales a que faciliten el acceso de la mujer a puestos de dirección y le permitan una mayor participación en la adopción de decisiones (43).
PROGRAMA DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA DE POBLACIÓN Y DESARROLLO (EL CAIRO, 1994).	Capítulo III: sobre Relaciones entre la población, el crecimiento económico y el desarrollo sostenible, se establece como objetivo mejorar la calidad de vida de toda la población garantizando los derechos humanos incluido el derecho al desarrollo como universal e inalienable. Se debe prestar especial atención al mejoramiento socioeconómico de las mujeres pobres. Las mujeres suelen ser el sector más pobre de los pobres y al mismo tiempo actores clave del proceso de desarrollo, la eliminación de la discriminación social, cultural, política y económica contra la mujer es condición indispensable para eliminar la pobreza y promover el crecimiento económico sostenido (3.16).

(sigue...)

(... viene)

PLATAFORMA DE ACCIÓN DE LA CUARTA CONFERENCIA MUNDIAL DE LA MUJER (BEIJING, 1995).

INFORME DE LA CONFERENCIA BEIJING+5 (2000).

INFORME DEL COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER DE LA CEDAW (AGOSTO 2002).

CAIRO+5 (1999).

Capítulo IV: potenciar la contribución de la mujer al desarrollo sostenible mediante su plena participación en el proceso de formulación de políticas y adopción de decisiones en todas las etapas.

Capítulo VII: Derechos Reproductivos y Salud Reproductiva, prevenir enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, reducir su incidencia y proceder a su tratamiento, prestando especial atención a las jóvenes y a las mujeres (7.29).

Capítulo VIII: sobre Salud, morbilidad y mortalidad, promover la salud de las mujeres y la maternidad sin riesgo a fin de lograr una reducción rápida y sustancial en la morbilidad y mortalidad materna. Reducir considerablemente el número de muertes y la mortalidad causados por abortos realizados en malas condiciones (8.20).

Esfera A sobre la mujer y la pobreza: revisar, adoptar y mantener políticas macroeconómicas y estrategias de desarrollo que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres y apoyen sus esfuerzos por superar la pobreza. Revisar las leyes y las prácticas administrativas para asegurar a la mujer igualdad de derechos y de acceso a los recursos económicos, de ahorro y crédito. Formular metodologías basadas en el género y realizar investigaciones para abordar el problema de la terminación de la pobreza.

Esfera C sobre la mujer y la salud: fomentar el acceso de la mujer durante toda su vida a servicios de atención de la salud y a información y servicios conexos adecuados, de bajo costo y de buena calidad.

Fortalecer los programas de prevención que promueven la salud de la mujer. Tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/SIDA y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva.

Esfera H sobre mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer: integrar la perspectiva de género en las legislaciones, políticas, programas y proyectos estatales.

Señala que pese al avance en el logro de la igualdad de jure, queda mucho que hacer para lograr la igualdad de facto y que la representación real de las mujeres en los niveles más altos de adopción de decisiones no ha cambiado significativamente desde que se celebró la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer.

Reconoce la importancia de la adopción de las cuotas electorales para mujeres como medida de acción afirmativa para promover su participación en los cargos por elección popular.

Los Estados deben asegurar que los programas de erradicación de la pobreza se orienten especialmente hacia las mujeres y que se asigne prioridad a los hogares encabezados por mujeres (18-d).

Fuente: Conferencias internacionales. Elaboración: Lisbeth Guillén.

(sigue...)

(... viene)

De Nivel Regional (OEA)

DECLARACIÓN AMERICANA DE
DERECHOS Y DEBERES DEL
HOMBRE (1948)

DECLARACIÓN DE SANTIAGO SOBRE
DEMOCRACIA Y CONFIANZA
CIUDADANA: UN NUEVO COMPROMISO
DE GOBERNABILIDAD PARA LAS
AMÉRICAS (SANTIAGO DE CHILE,
2003).

Declara que la igualdad y equidad de género, y la eliminación de toda forma de discriminación son elementos fundamentales para lograr un desarrollo sostenible centrado en el ser humano.

Fuente: Conferencias internacionales. Elaboración: Lisbeth Guillén.

Si se contrasta lo anterior con lo implementado y traducido en políticas internas encontramos que hay una distancia considerable entre lo formal y lo real. Los compromisos no se han convertido aún en políticas públicas articuladas intra e intersectorialmente que trasciendan a los gobiernos de turno, sea en el nivel nacional o local. Respecto al nivel regional es prematuro adelantar una evaluación ya que éstos recién están a medio período de su primera gestión. La vigencia e institucionalización de muchas medidas dependen de la voluntad política del funcionario(a) o autoridad de turno y dada la alta movilidad del personal asignado, la continuidad y evaluación de los programas emprendidos están siempre en peligro.

Al respecto algunas constataciones⁸:

- Las autoridades de alto nivel desconocen los acuerdos, tratados y compromisos internacionales suscritos por el Estado peruano y referidos a los derechos de las mujeres y la equidad de género.
- Algunos(as) funcionarios(as) tienen la percepción de que los derechos de las mujeres y la equidad de género constituyen aspectos particulares o programas específicos y no un enfoque que debiera ser transversal a las políticas públicas.
- El cumplimiento de las normas y programas vigentes se encuentra limitado por las restricciones presupuestales, deficiente infraestructura e inadecuados equipos.
- Existe confusión en el discurso y en la gestión por parte de las autoridades públicas al considerar al «trabajo con mujeres» o «coordinación con organización de mujeres» como el enfoque de género, lo cual les genera una sensación autocomplaciente de avance en este sentido.
- A nivel local, las instituciones estatales y sus autoridades sectoriales están más impregnadas del discurso de género. Ello quizás debido a la existencia de mayores espacios de vinculación y diálogo entre Estado y sociedad civil con una presencia legitimada de organizaciones de mujeres, ONGs feministas o que hacen vigilancia respecto a los derechos de las mujeres y la equidad de género.

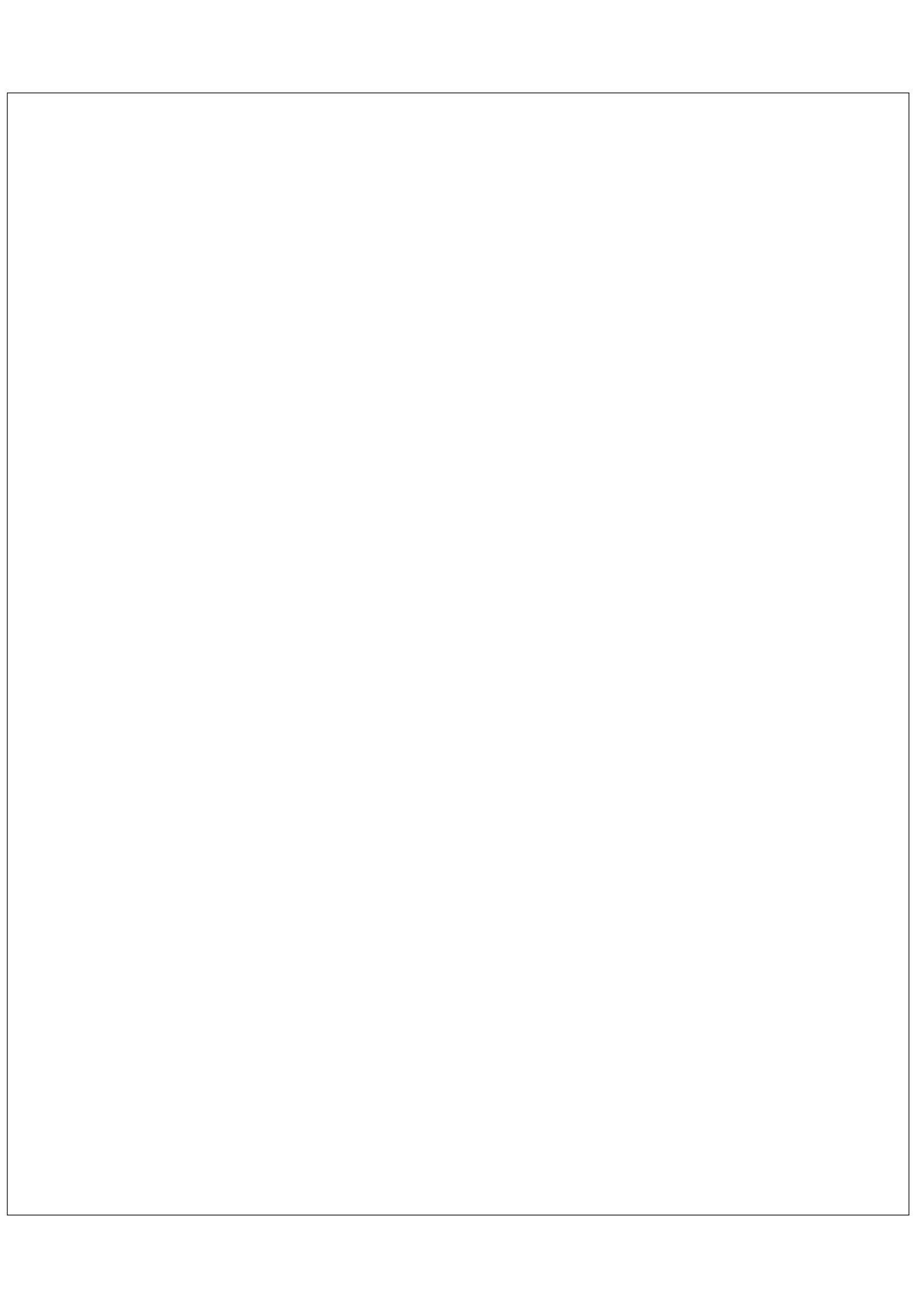
⁸ Derechos de las Mujeres y Equidad de Género: estado actual de su cumplimiento por el Estado peruano. Insumo para la vigilancia ciudadana. Movimiento Manuela Ramos, diciembre, 2001.

Cabe señalar también que en la sociedad civil hay cierta desarticulación y fragmentación en cuanto al planteamiento de sus demandas, en los espacios de participación muchas veces lo urgente se antepone en forma excluyente a lo importante y generalmente esto sucede con los derechos de las mujeres y con los de los grupos que afrontan mayores condiciones de discriminación.

En nuestro país, la recuperación de la democracia no ha conllevado la ampliación y vigencia plena de los derechos de las mujeres, el respeto de los derechos sexuales y derechos reproductivos, ni el diseño de políticas públicas con autonomía de posturas confesionales y posiciones conservadoras que buscan hacer de sus dogmas de fe y de verdades reveladas, normas legales y criterios rectores de la gestión, administración y manejo de la cosa pública. A ello se suma la fragilidad institucional del gobierno de Toledo que convive casi desde sus inicios con los pedidos periódicos de vacancia presidencial por su conducta personal o por la de sus familiares más cercanos.

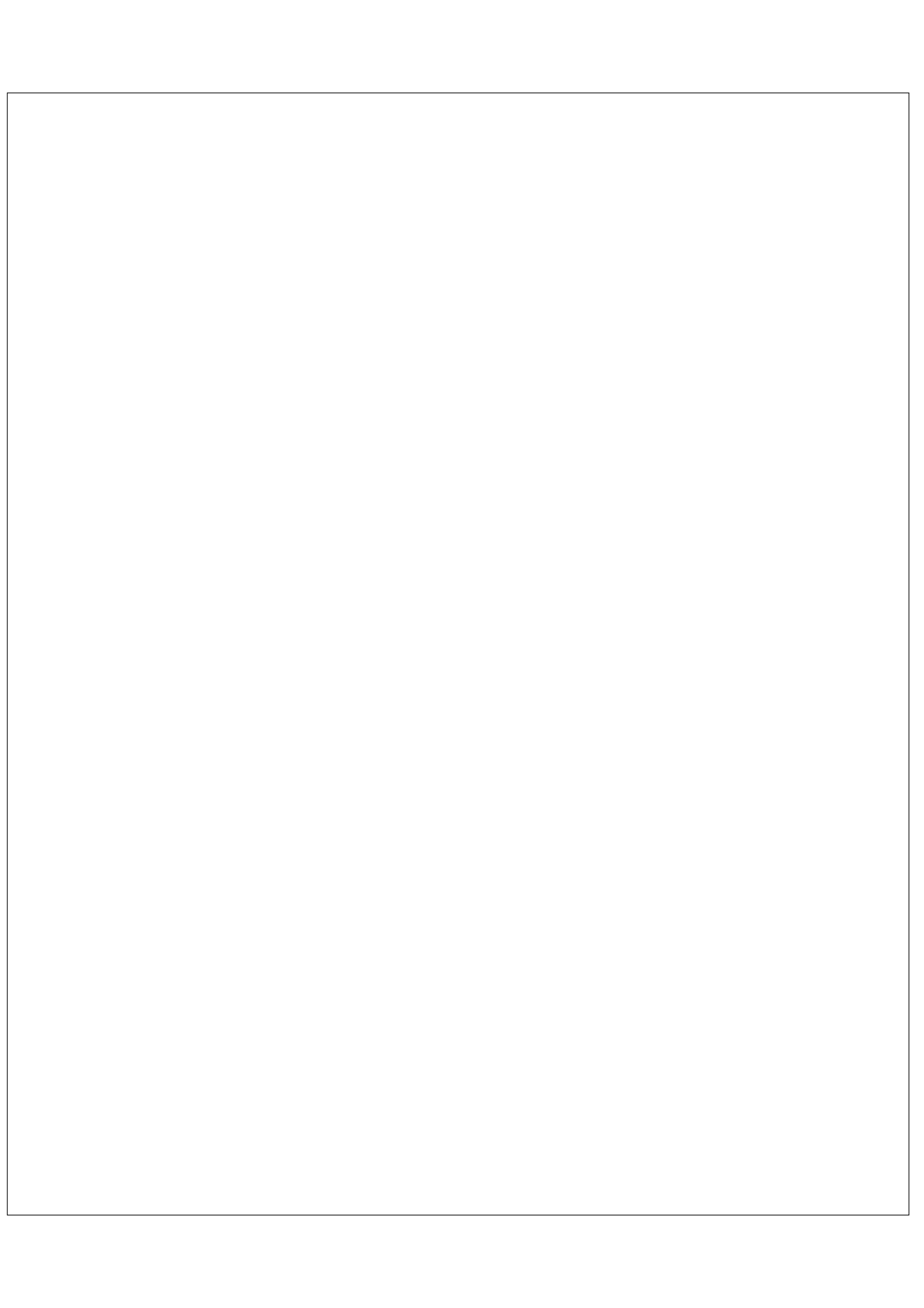
En este contexto las Metas de Desarrollo del Milenio plantean al Estado peruano y a la sociedad civil una serie de retos que deben traducirse en políticas, presupuestos, planes y programas que tengan como objetivo reducir de manera efectiva las cifras de la pobreza que condena a millones de personas a la exclusión y a la imposibilidad de ejercer sus derechos fundamentales. Si bien estos son los retos del Estado y la sociedad civil, se espera que el aporte de la cooperación internacional contribuya a lograr los objetivos de equidad social y de género y en suma de la plena vigencia de los derechos humanos. Los postulados y recomendaciones de transversalidad de género y del enfoque de derechos humanos deben también traducirse en indicadores y estar presentes en todo el ciclo de los proyectos que tanto el Estado como las organizaciones no gubernamentales les sometan para su consideración.

El presente documento se circunscribirá al análisis y formulación de recomendaciones respecto de tres metas que corresponden a los objetivos 1, 5 y 6, respectivamente. Estos están referidos a la erradicación de la pobreza y el hambre, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA.



II.

DESARROLLO DE LAS METAS DEL MILENIO



CONSIDERACIONES GENERALES⁹

Como ya se anotó en las páginas anteriores del presente documento, las Metas de Desarrollo del Milenio se inscriben en los instrumentos internacionales adoptados por el Estado peruano en materia de derechos humanos y su concreción demanda la atención gubernamental de manera integral donde los enfoques de equidad social, de género, derechos humanos e interculturalidad, reconociendo la diversidad de la población, sumen y generen condiciones para revertir la desigualdad.

Una de las dimensiones más presentes en los instrumentos de derechos humanos pero aún sin un correlato práctico en la gestión pública, salvo honrosas excepciones, es la perspectiva de género.

La *perspectiva de género* en la gestión pública es un instrumento que mejora la calidad, el desempeño y facilita el buen gobierno. Permite mirar a las mujeres como ciudadanas, sujetos de derechos y actoras del desarrollo, y no solo como pasibles de protección y de ayuda asistencial. Permite también reconocer y actuar sobre las bases históricas, sociales, económicas y culturales que subyacen a la construcción y reproducción de las desigualdades jerárquicas entre varones y mujeres de acuerdo a su especificidad étnica, cultural, generacional, lingüística, geográfica, etc.

La *perspectiva de género*, además de ser una innovación en la gestión pública y un elemento de evaluación en materia de cooperación y desarrollo, facilita una nueva forma de mirar, pensar y atender los problemas, las necesidades y demandas, los procesos sociales y los objetivos del desarrollo. En ese sentido, es consustancial a la gestión pública, a la eficiencia y al bienestar; abre a la inclusión de la diversidad social y alienta la formulación de propuestas, la articulación de sinergias sociales para mejorar equitativamente la calidad de vida de las comunidades¹⁰.

Una gestión pública con perspectiva de género significa reconocer que la población está compuesta por varones y mujeres con diversidad de intereses, demandas y agendas marcadas por características generacionales, de identidad cultural y sexual, idiomáticas, por ámbitos de residencia, niveles socioeconómicos, grado de instrucción; es decir, significa «romper barreras culturales que impiden la redistribución del poder entre hombres y mujeres, significa también la construcción de una metodología de trabajo participativa a favor del principio de equidad de género y en contra de la discriminación –subordinación de las mujeres–, reconocer la heterogeneidad de las necesidades y demandas de la población, considerando la de los hombres y mujeres, sin confundirlas como lo mismo, así como el reconocimiento de las consecuencias diferenciales de las políticas y programas en la vida de hombres y mujeres. Significa también la posibilidad de establecer una nueva relación de

⁹ Elaborado por Lisbeth Guillén Chávez.

¹⁰ Massolo, Alejandra. «Políticas públicas locales de equidad de género. Una innovación de la gestión municipal». En: El Municipio. Un reto para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Instituto Nacional de las Mujeres. México, 2003.

calidad entre el gobierno y las mujeres, que privilegie la identidad ciudadana de las mujeres, sus derechos humanos y su papel de actoras estratégicas del desarrollo»¹¹.

En un país tan heterogéneo como el nuestro y marcado por la desigualdad y la discriminación, es necesario tener en cuenta de manera especial las condiciones de las mujeres ubicadas en zonas rurales, cuyo idioma materno es diferente al castellano, que no tiene no solo ningún grado de educación formal sino incluso un documento de identidad, y en consecuencia no acceden a los beneficios del desarrollo en igualdad de condiciones que los varones.

El contexto actual en materia de derechos humanos de las mujeres y de las políticas sociales debe responder al reconocimiento de las personas como sujetos de derechos y a la constatación de que no necesariamente lo que es bueno para los hombres lo es para las mujeres, está en retroceso. Así, por ejemplo, el Sector del Ejecutivo, Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social –MIMDES– creado para diseñar, proponer y ejecutar «la política de desarrollo social y humano promoviendo la equidad de género y la igualdad de oportunidades para la mujer, la niñez, la tercera edad y las poblaciones en situación de pobreza y pobreza extrema, discriminadas y excluidas»¹², abandonando su mandato fundacional plantea de manera excluyente a los enfoques de género y derechos humanos el de familia; así como el asistencialismo, la verticalidad y la escasa o nula participación ciudadana en el diseño y ejecución de las políticas y programas sociales. Además, con una expresa voluntad de relegar y no implementar el Plan Nacional contra la Violencia hacia las Mujeres y de no aprobar el Plan de Igualdad de Oportunidades con Equidad de Género 2003-2010, sometido a consulta nacional con la finalidad de que sea validado y enriquecido mediante un proceso participativo.

Respecto al Plan de Igualdad de Oportunidades vigente (2000-2005), el Comité encargado de monitorear la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW–, en su período extraordinario de sesiones del 5 al 23 de agosto de 2002, expresó su preocupación porque este documento carece de una visión estratégica orientada a lograr cambios fundamentales en la condición y posición de la mujer, y porque tampoco se haya propuesto el Estado políticas dirigidas a la promoción de la igualdad y la incorporación de la perspectiva de género en los diversos sectores de gobierno.

Esta tendencia, hoy claramente visible y expresada en diferentes dispositivos, ha ido configurándose desde la misma creación del MIMDES –dejó de ser Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano para convertirse en uno de la Mujer y el Desarrollo Social–, la nueva Ley de Organización y Funciones redujo la importancia de órgano rector en políticas de equidad de género a uno que «formula, aprueba, ejecuta y supervisa las políticas de mujer y desarrollo social promoviendo la equidad de género, es decir la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres»¹³; cuando en realidad la misión del MIMDES no es promover la igualdad de oportunidades para todas las personas, pues ésta es la misión del Estado en su conjunto, sino de aquellas que viven en situaciones concretas de exclusión y discriminación, es decir, que afectan a las mujeres por el hecho de serlo o afrontan discriminaciones de género¹⁴.

El MIMDES en su nuevo Reglamento de Organización y Funciones –ROF– se plantea como misión ser un Sector integrado, moderno y articulador que contribuya a la superación de la pobreza, iniquidad

¹¹ Ibidem.

¹² Ley N° 27779 (11.07.2002) modificatoria de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo. Crea el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social en lugar del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano, PROMUDEH.

¹³ Ley N° 27793 (25.07.2002), Ley de Organización y Funciones del MIMDES.

¹⁴ Bermúdez, Violeta. «Reforma del Estado e intereses de las mujeres: el proceso peruano». En: Mujer y Reforma Constitucional, aportes para el debate. Movimiento Manuela Ramos, noviembre, 2002.

y exclusión, orientado a las personas en situación de pobreza y grupos vulnerables, con un enfoque de desarrollo humano integral y de equidad, generando igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres¹⁵. Sus objetivos se enmarcan en¹⁶:

- El desarrollo de capacidades humanas y respeto de los derechos fundamentales.
- La promoción de oportunidades y capacidades económicas para las personas y familias en situación de pobreza y pobreza extrema.
- El establecimiento de una red de protección social.

Como puede verse, la equidad de género y el logro de igualdad de oportunidades para las mujeres ha desaparecido de los marcos rectores de este ministerio cuya creación respondió a los compromisos asumidos por el Estado en la IV Conferencia Mundial de la Mujer y cuya finalidad central es promover políticas a nivel del Ejecutivo para la atención a las brechas de género en nuestro país.

La atención a lo social sin perspectiva de género obvia las relaciones de subordinación que se imponen a las mujeres, la realidad cotidiana de la violencia física, psicológica y sexual que afrontan mayoritariamente mujeres, niños, niñas y adolescentes justamente al interior del seno familiar, el desigual acceso y distribución de los recursos, la doble y triple jornada de trabajo para las mujeres y más aun para las jefas de hogar, la falta de autonomía de las mujeres para ejercer sus derechos sexuales y derechos reproductivos, la subrepresentación política y la baja participación en las instancias y niveles de toma de decisiones de políticas públicas; en suma vuelve a tomarlas como medio para superar la pobreza, mejorar la calidad de vida de la familia y de su entorno y no como sujetos de derechos y con derecho propio a participar del desarrollo.

Comparación de Reglamentos de Organización y Funciones del MIMDES

ROF derogado: D.S. N° 008-2002-MIMDES, publicado el 27 de agosto, 2002	ROF vigente: DS N° 011-2004-MIMDES, publicado el 7 de enero, 2005 ¹⁷
--	---

VICEMINISTERIO DE LA MUJER:

- 1.- Direcc. General de Promoción de la Mujer:
 - 1.1. Oficina de Igualdad de Oportunidades.
 - 1.2. Oficina de Derechos y Ciudadanía de las Mujeres.
- 2.- Direcc. General de Niñas, Niños y Adolescentes:
 - 2.1. Oficina de Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia.
 - 2.2. Oficina de Defensorías.
- 3.- Dirección General de Personas Adultas Mayores.

VICEMINISTERIO DE LA MUJER:

- 1.- Dirección General de la Mujer:
 - 1.1. Dirección de Igualdad de Oportunidades.
 - 1.2. Dirección de Derechos y Ciudadanía de las Mujeres.
- 2.- Dirección General de la Familia y Comunidad:
 - 2.1. Dirección de Niñas, Niños y Adolescentes.
 - 2.2. Dirección de Personas Adultas Mayores.
 - 2.3. Dirección de Apoyo y Fortalecimiento a la Familia.
- 3.- Dirección General de Desplazados y Cultura de Paz:
 - 3.1. Dirección de Apoyo y Protección a Desplazados.
 - 3.2. Dirección de Promoción de Cultura de Paz.

(sigue...)

¹⁵ Artículo 9° del D.S. N° 011-2004-2004 publicado el 7 de enero de 2005.

¹⁶ Artículo 10° del D.S. N° 011-2004-MIMDES.

¹⁷ Fe de erratas publicado el 19 de enero de 2005.

(...viene)

Programas Nacionales
(a cargo de directores que dependen de la ministra
y de los viceministros):
1.- Programa Nacional Wawa Wasi
2.- Programa Nacional contra la Violencia Familiar y
Sexual.

Programas Nacionales
(a cargo de directores ejecutivos):
1.- Programa FONCODES
2.- Programa INABIF
3.- Programa Nacional Contra la Violencia
Familiar y Sexual (adscrito y depende
funcionalmente del INABIF)
4.- Programa Wawa Wasi (adscrito y depende
funcionalmente del INABIF.
5.- Programa PRONAA.

Elaboración: Participación Política y Ciudadanía del Movimiento Manuela Ramos. Lima, enero 2005.

Igualmente en septiembre del año pasado, el MIMDES publicó el Plan Nacional de Apoyo a la Familia¹⁸, la promulgación de este Plan no es un hecho aislado sino que forma parte de una estrategia concertada por las fuerzas conservadoras, influenciadas por la fuerte presencia del *Opus Dei* en el país. Los sectores considerados estratégicos son Educación, Salud, Mujer y Desarrollo Social. El Estado peruano tiene una recomendación del Comité que monitorea la CEDAW, respecto a la necesidad de fortalecer la función del órgano rector en políticas de género y de contar con una mayor asignación presupuestal para ello; recomendación que no ha sido cumplida hasta la fecha. No se entiende entonces cómo se pretende implementar la Dirección Nacional de Apoyo y Promoción a la Familia, dedicada a las funciones de rectoría, apoyo y promoción de la familia, con lo que se agudizaría su debilidad rectora en términos de equidad de género¹⁹.

El enfoque de familia no solo es distinto al enfoque de derechos humanos y al enfoque de género, sino que son antagónicos entre sí. Ya que para el primero el sujeto de protección legal es la familia como colectivo – nuclear y heterosexual o monoparental–, por ser el medio natural de crecimiento y educación de las personas, así como de la transmisión de la propiedad; mientras que para el segundo, la protección legal y la titularidad de los derechos corresponde al cuerpo sexuado de un sujeto, independientemente de la estructura del colectivo en el que se desarrolle. En cuanto al enfoque de género, constituye una herramienta valiosa para develar la realidad de las relaciones de subordinación que se dan entre los integrantes del grupo familiar en términos de poder, acceso, control sobre los recursos y violencia contra las mujeres y niños(as); así como en el ejercicio de la autonomía para la toma de decisiones y las elecciones personales²⁰.

Paradójicamente la familia sigue siendo considerada por la mayoría de las personas como el lugar más seguro y protegido; sin embargo, la familia es a la vez, para la mayoría de las mujeres, niñas y niños, un lugar de alto riesgo en materia de violencia y maltrato²¹. La corriente dominante de protección a la familia considera a las mujeres, niños y ancianos como los grupos sociales que merecen la protección y el cuidado. Se busca beneficiar en lugar de asegurar a los destinatarios de las políticas sociales, convirtiéndolos por el solo hecho de serlo en seres vulnerables, ciudadanos de segunda²².

¹⁸ Aprobado por Decreto Supremo N° 005-2004-MIMDES.

¹⁹ Dador, María Jennie. Análisis del Plan de Apoyo a la Familia, documento elaborado por encargo de DEMUS. Octubre, 2004.

²⁰ Este antagonismo se evidencia en posiciones como las sostenidas por el congresista Luis Solari, el 21 de octubre en el Pleno del Congreso, en el marco del debate de las modificaciones al Código Civil para reducir el plazo de espera de conversión de la separación en divorcio: «...hoy en día el tema de la familia ha dejado de ser ideológico, religioso, para ser un tema estructural en la nación, hoy en día ha superado el tema de los derechos humanos, para pasar a ser un tema del gran combate entre el utilitarismo y la solidaridad...». El resaltado es nuestro.

²¹ Montaña, Sonia. «El Sueño de las Mujeres: democracia de la familia». En: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. Octubre, 2004.

²² Ibidem.

OBJETIVO 1 ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE²³

«La pobreza no es solamente una situación de carencia, de insatisfacción de necesidades, sino que es fundamentalmente el resultado de las dinámicas sociales que se desarrollan en el ámbito económico, en la toma de decisiones políticas, en las dinámicas familiares, en los estilos de socialización, las decisiones estatales...²⁴».

Meta-1

Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas con ingresos inferiores a un dólar

Indicadores del Milenio	Indicadores adicionales de género
<p>Para Meta 1.1:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Porcentaje de la población con ingresos inferiores a 1 dólar por día a paridad del poder adquisitivo (PPA). 2. Coeficiente de la brecha de la pobreza (la incidencia de la pobreza multiplicada por la gravedad de la pobreza). 3. Proporción del consumo nacional que corresponde al quintilo más pobre de la población. 	<ol style="list-style-type: none"> I. Porcentaje de mujeres en la fuerza de trabajo total. II. Brecha de género en la actividad económica, según grupos de edad y condición de pobreza. III. Porcentaje de hogares pobres sin y con aporte de las mujeres al ingreso del hogar. IV. Porcentaje de hogares indigentes sin y con aporte de las mujeres al ingreso familiar. V. Inserción laboral por categoría ocupacional. VI. Inserción en actividades de baja productividad e ingresos. VII. Brecha de género en las remuneraciones del trabajo por años de estudio. VIII. Brecha de género en los salarios por años de estudio. IX. Mujeres que trabajan sin remuneración en dinero. X. Autonomía para utilizar los ingresos de trabajo. XI. Autonomía para decidir estudiar o trabajar. XII. Porcentaje de viviendas que se abastecen de agua en ríos y acequias. XIII. Porcentaje de hogares que utilizan leña como combustible para cocinar.

Fuente: Bravo Rosa. Las metas del milenio y la igualdad de género: el caso de Perú. CEPAL, mayo de 2004.

²³ Capítulo elaborado por Lisbeth Guillén Chávez.

²⁴ Torche, 1996, citado por Vásquez, Enrique. ¿Cómo reducir la pobreza y la iniquidad en América Latina? 2000.

En el Acuerdo Nacional²⁵ en su Décima Política sobre Reducción de la Pobreza, el Estado se compromete a promover la producción, el desarrollo empresarial local y el empleo; a fortalecer las capacidades locales, fomentar el pleno ejercicio de la ciudadanía y la participación de los ciudadanos en situación de pobreza en la identificación de necesidades, el diseño de soluciones y la gestión de los programas; fomentar el desarrollo institucional, la eficacia, la equidad y la transparencia del Estado en el uso de los recursos en general y en especial en aquellos orientados a la reducción de la pobreza, propiciando el concurso y la vigilancia de la sociedad civil.

La tendencia y el abandono del MIMDES de su rol rector en materia de políticas de igualdad y equidad de género a nivel de Ejecutivo, contrasta con la obligación anunciada en la Décima Política del Acuerdo Nacional, así como con lo que se realiza en otros Sectores como el Ministerio de Salud o la misma Presidencia del Consejo de Ministros, esta última ha aprobado dos disposiciones en el marco de las Metas de Desarrollo del Milenio referidas a la superación de la pobreza:

- Estrategia Nacional de Seguridad Alimentaria 2004-2015 aprobada por Decreto Supremo N° 066-2004-PCM (8.09.2004): tiene como objetivo general al 2015, prevenir los riesgos de deficiencias nutricionales y reducir los niveles de malnutrición, en especial en las familias con niños y niñas menores de cinco años y gestantes, y en aquellas en situación de mayor vulnerabilidad; promoviendo prácticas saludables de consumo alimentario e higiene, y asegurando una oferta sostenible y competitiva de alimentos de origen nacional. Considera el enfoque de derechos humanos y el de gestión social de riesgos.
- Plan Nacional para la Superación de la Pobreza 2004-2006, aprobado por D.S. N° 064-2004-PCM (8.09.2004): a largo plazo se plantea el año 2015 y los objetivos del Milenio. Tiene entre sus enfoques la igualdad de oportunidades, interculturalidad, equidad entre hombres y mujeres sin discriminación, gestión social de riesgos y territorialidad.

Igualmente, la reducción de la pobreza es un tema de prioridad en la agenda del Congreso para el período julio 2004-julio 2005. En el objetivo de equidad y justicia social se considera las leyes para la reducción y superación de la pobreza. En esta línea existen varios proyectos en diferentes etapas del proceso parlamentario –presentados, dictaminados favorablemente y en agenda del Pleno–, tales como:

- Proyecto N° 11759, establece como criterio técnico los índices y mapas de pobreza para la elaboración y distribución de los presupuestos públicos, congresista Maruja Alfaro. En Comisión de Presupuesto y Cuenta General de la República.
- Proyecto N° 11385, establece como grupo prioritario de atención de las políticas sociales de los tres niveles de gobierno, a las familias en situación de pobreza con jefatura femenina²⁶, congresista Dora Núñez. En Comisión de la Mujer y Desarrollo Social.
- Proyecto N° 7925, establece la Política Nacional de Nutrición y Seguridad Alimentaria²⁷, congresista Dora Núñez. En agenda del Pleno.

²⁵ En julio de 2002 y a partir de una convocatoria del gobierno, los partidos políticos, la sociedad civil y otras organizaciones aprobaron veintinueve políticas de Estado para un período de veinte años, en lo que se ha denominado el Acuerdo Nacional.

²⁶ «Mujer jefa de familia en situación de pobreza» se refiere a la mujer soltera o casada, que tiene a su cargo, económica o socialmente, en forma permanente, hijos menores de edad u otras personas discapacitadas o incapaces de trabajar, ya sea por ausencia permanente o incapacidad física, sensorial, psíquica o moral del cónyuge o compañero permanente.

²⁷ Define «seguridad alimentaria» como la capacidad de garantizar la disponibilidad de alimentos, ya sea que la familia los produzca, los reciba o los compre, a fin de satisfacer las necesidades de una alimentación balanceada y nutritiva.

- Proyecto N° 5933, congresista Rodolfo Raza Urbina: Creación del Registro Unificado de Beneficiarios de Programas Sociales de Lucha contra la Pobreza a cargo de los Gobiernos Regionales. En agenda del Pleno.
- Proyecto N° 903, creación del Mapa de Identificación y Reducción de la Pobreza, congresista Glodomiro Sánchez Almeyda. En comisión.

En ninguno de los proyectos reseñados se hace mención a las Metas de Desarrollo del Milenio. Las iniciativas deberían enmarcarse en las metas señaladas para cada área de especial atención. Se percibe falta de información, voluntad política y la debilidad del ente rector al más alto nivel del Ejecutivo que pueda coordinar con el Congreso y los otros sectores, la asunción y compromiso con las Metas de Desarrollo del Milenio.

Esto tiene singular relevancia considerando que en nuestro país, la pobreza afecta al 54,8% de la población –14,6 millones de personas–, de este total, el 44,5% –6,5 millones– se encuentra en situación de pobreza extrema, el 78,4% se ubica en zonas rurales y 42% en zonas urbanas²⁸. En consecuencia, la pobreza extrema que agrupa a las personas que no cuentan con recursos para su alimentación básica está afectando su vida, salud y su dignidad humana.

Departamentos	% de pobres
Huancavelica	83,7
Huanuco	83,2
Amazonas	80,4
Puno	79,7
Apurímac	77,0
Cajamarca	76,8

Fuente: INEI. ENAHO, 2003.

Diagnósticos y estudios abundan en señalar que la distribución de los recursos públicos para el gasto social es desigual, centralista, burocrática y de espaldas a la realidad socioeconómica del país. Al respecto, algunas consideraciones:

Subsisten tres males de la asignación del gasto social del Estado²⁹:

- Los altos niveles de subcobertura y filtración de los programas sociales.
- La centralización del gasto social en Lima y Callao en desmedro de las regiones más pobres.
- La iniquidad en la asignación del gasto público en detrimento de las niñas y niños más pobres de las zonas socialmente excluidas.

²⁸ INEI. Encuesta Nacional de Hogares, 2003.

²⁹ Vásquez, Enrique. Presupuesto Público y Gasto Social: la urgencia del monitoreo y evaluación. Universidad del Pacífico, 2004.

Lo anterior se expresa por ejemplo en lo siguiente:

- El gasto en salud infantil en Ucayali y Junín constituyen 2/3 de lo que recibirán los niños de Lima y Callao, a pesar de presentar tasas de pobreza por encima del 72%. De cada 10 niños atendidos en comedores infantiles, 3 no necesitan realmente de este programa por ser no pobres. Gran parte de programas siguen atendiendo a no más del 10% de niñas y niños pobres.
- En el departamento de Ucayali, 7 de cada 10 niños son pobres. Pese a ello, recibirán 29% menos que un niño de Lima o Callao.
- La inadecuada asignación de recursos públicos determina una pérdida de 314 millones de soles.
- Los recursos para el gasto social son escasos, para 2005 el incremento ha sido del 8,2% mientras que el presupuesto para el servicio de la deuda se ha incrementado en 19% y los gastos de personal en 10,3%.
- De no aplicarse correctivos, 3,5 millones de niños y niñas seguirán estando excluidos de cualquier oportunidad de desarrollo humano.
- En Apurímac (43,2% de desnutrición), un niño mal nutrido solo recibe el 43,82% por parte del PRONAA.

Pobreza y jefatura femenina de hogares

El 20,4% de los hogares peruanos están jefaturados por mujeres –INEI, 2004–. Según un informe de la CEPAL, la mayoría de estos hogares no tienen a la pareja presente lo que sí ocurre en el caso de los hogares jefaturados por varones. Es decir, que existe alguien que realiza el trabajo doméstico no remunerado. En los hogares jefaturados por mujeres se destina parte de los ingresos para estos servicios o se aumenta la jornada de trabajo de la jefa de hogar. Por ejemplo, las mujeres jefas de hogares pobres, destinan en promedio 5,4 horas diarias al trabajo no remunerado frente a solo 1,3 horas que destinan los jefes de hogares pobres.

Las mujeres destinan más del 50% de su tiempo al trabajo no remunerado, fundamentalmente para cocinar y realizar quehaceres de la casa. Esto las coloca en una situación de desigualdad para su incorporación y permanencia en el mercado de trabajo en comparación a los varones. Por ello, la atención a este sector demanda de políticas articuladas e integrales que recuperen y reconozcan también el derecho de las jefas de hogar al tiempo libre y al esparcimiento como componente de la calidad de vida.

Igualmente, el 36% de las trabajadoras que viven en hogares bajo la línea de pobreza trabajan como familiar no remunerado, es decir, no tienen ingresos, mientras que solo el 13,2% de los varones se encuentran en esta situación³⁰.

³⁰ Bravo Rosa. Las Metas del Milenio y la igualdad de Género: el caso Perú. CEPAL. Mayo 2004.

Número de horas destinadas al trabajo doméstico no remunerado

Tipo de hogar	Jefatura femenina	Jefatura masculina
Hogares pobres	5,4 horas diarias	1,3 horas diarias
Hogares no pobres	4,4 horas diarias	1,6 horas diarias

Fuente: Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2002-2003.

Número de horas destinadas al trabajo remunerado

Tipo de hogar	Jefatura femenina	Jefatura masculina
Hogares pobres	4 horas diarias	7,8 horas diarias
Hogares no pobres	5,9 horas diarias	7,7 horas diarias

Fuente: Pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2002-2003.

La situación de discriminación y exclusión que viven las mujeres se ve agravada por su condición de indocumentadas. Se estima que más del 50% de mujeres que viven en las zonas rurales no están debidamente documentadas, en algunas provincias este porcentaje es mayor, así en Arequipa, Cajamarca y Piura el 82% de las mujeres no podía tramitar su documento de identidad al no contar con su libreta militar y alrededor del 48% no cuenta siquiera con partida de nacimiento, es decir, no existen legalmente³¹. A nivel nacional son 312,000 las mujeres que carecen del DNI.

En octubre de 2003 Flora Tristán presentó a la Comisión de Descentralización del Congreso de la República la iniciativa N° 10437 que plantea la eliminación del requisito de presentación de la libreta militar para obtener el DNI. Recientemente se promulgó la Ley 28316, que establece que para la obtención del DNI ya no es obligatoria la presentación de la Libreta Militar, sino que basta con la presentación de la partida de nacimiento. Lo que ha facilitado, en menos de dos meses, el registro de más de 7,000 indocumentados(as) rurales en Cajamarca, en el marco de un desplazamiento conjunto de el RENIEC y Flora Tristán.

DEMUS, en su reciente estudio sobre «*Los obstáculos en el acceso al Sistema de Identificación Nacional*», además de las barreras económicas y administrativas para obtener el DNI –alto costo, distancia entre comunidades y oficinas, errores en las inscripciones–, señala que culturalmente el sentido de utilidad de este documento es novedoso para la mayoría de la población rural que vivió y vive al margen de las instituciones del Estado y el mercado.

Las mujeres, más que por una conciencia de derechos consideran que es necesario tener el DNI para ser beneficiarias de los programas sociales del Estado. Para las mujeres jóvenes es importante porque les permite hacer trámites sin depender de nadie. Ellas identifican que les sirve para movilizarse seguras, inscribir a sus hijos(as) y obtener la partida de nacimiento, demandar alimentos, acceder al Seguro Integral de Salud, matricular a sus hijos en el colegio o pertenecer a la APAFA, comprar y vender artefactos y tierras, ser autoridad o dirigente, figurar en el padrón comunal, acceder a la justicia, casarse, inscribirse en el Vaso de Leche, conseguir trabajo.

³¹ Información levantada de manera conjunta por Flora Tristán y el RENIEC, en el marco de la Campaña Piloto «Por los derechos ciudadanos de las mujeres rurales y su derecho a la identidad», desarrollada en algunas provincias de Arequipa, Cajamarca y Piura (2003).

La equidad social y la erradicación de la pobreza no pueden plantearse como contrapuestos o excluyentes a la búsqueda de la equidad de género, son objetivos que deben traducirse en políticas integrales, coherentes, que respeten los derechos fundamentales de las personas y respondan de manera eficiente a las diversidades. Los pobres y las pobres confrontan situaciones similares pero también muy diferenciadas y su no reconocimiento puede conllevar efectos contraproducentes en la vida de las mujeres. La *neutralidad y ceguera de género*³² en las políticas públicas puede convertirse en complicidad para perpetuar las relaciones de subordinación y de desigualdad que viven las mujeres en situación de pobreza, sosteniendo los programas sociales en el trabajo voluntario de ellas, lo que recarga su jornada, reduce o elimina su tiempo libre. A su vez, institucionaliza los roles tradicionales de género donde las mujeres no solo cuidan de sus familias sino también son responsable del cuidado de la comunidad.

Pobreza y juventud

Los y las jóvenes conviven con el día a día de la falta de oportunidades, los altos costos de una educación de calidad, precariedad del empleo, asunción prematura y no deseada de paternidad o maternidad, falta de calificación para empleos de alta tecnología, etc. En opinión de la juventud –entre 16 y 29 años de edad–, la pobreza es el principal problema del país. El 59% de los jóvenes y el 62,7% de las jóvenes así lo consideran³³.

La pobreza es el principal problema del país

Jóvenes según sexo	Zona Urbana	Zona Rural
Jóvenes hombres	49,3%	69,7%
Jóvenes mujeres	59,4%	74,3%

Como puede verse en las cifras, la mayor o menor percepción de la pobreza como principal problema del país será según se trate de hombres o de mujeres y de la zona de residencia. En consecuencia, las políticas públicas para aliviar y erradicar la pobreza deben también incorporar el criterio generacional y por áreas de residencia.

Igualmente, en la Encuesta Nacional sobre Discriminación Social realizada por DEMUS –noviembre, 2004–, los resultados son preocupantes; y de no ser abordados y trabajados para el fortalecimiento de una cultura de respeto a la diversidad, las prácticas que perpetúan la desigualdad y el cumplimiento de las leyes a nivel de la ciudadanía afectarán no solo el logro de las metas sino la misma convivencia.

Así, el estudio concluye que más del 80% de entrevistados(as) considera que los peruanos somos poco o nada iguales ante la ley, seguido de poco o nada democráticos y de poco o nada conscientes de sus obligaciones y deberes. Igualmente, poco más del 70% de los entrevistados(as) considera que el conflicto entre los ricos y los pobres es grave o muy grave; y poco más del 60% considera que el conflicto es entre la gente de la capital y la gente de las provincias.

³² Material del Curso de Especialización en Desarrollo Local con Perspectiva de Género, UD1. Centro Internacional de Formación de la OIT. 2004.

³³ CONAJU. Juventud en cifras, 2003.

En la percepción ciudadana, poco más del 60% considera que la distribución de la riqueza en el Perú es injusta; contradictoriamente, el 62,8% considera como parte de la solución que la riqueza se distribuya según los logros conseguidos por cada uno, obviando las causas estructurales de la desigualdad.

Participación ciudadana y erradicación de la pobreza

En el Perú y en el marco de la reforma del Estado y del proceso de descentralización, se ha institucionalizado la participación ciudadana debiendo ser ésta un componente de los procesos de planificación del desarrollo local y regional, de la formulación de los presupuestos, de la conformación de instancias de concertación y coordinación como los Consejos de Coordinación Regional y Local, respectivamente.

El Acuerdo Nacional, en su Cuarta Política sobre *Institucionalización del Diálogo y la Concertación*, considera como obligación del Estado institucionalizar canales y mecanismos de participación ciudadana que contribuyan al ejercicio de las funciones ejecutivas y legislativas en los niveles nacional, regional y local.

Los Consejos de Coordinación Local –CCL– provincial o distrital, son espacios de concertación y coordinación de la sociedad civil con las autoridades locales. Del total de 1800 municipios distritales, alrededor de 600 han instalado su respectivo CCL, debido entre otros factores a la falta de voluntad política de las autoridades, desinformación y/o desconocimiento de los(as) líderes de las organizaciones sociales y debilidad de éstas, así como ausencia de una política promocional desde el Estado y también, porqué no decirlo, desde los partidos políticos y movimientos regionales³⁴. La participación de las mujeres –regidoras o representantes de la sociedad civil– bordea aproximadamente el 30%; la participación de los jóvenes es escasa.

Los Consejos de Coordinación Regional, igualmente, son instancias consultivas y de coordinación de los gobiernos regionales con la sociedad civil, deben emitir opinión respecto de los presupuestos participativos y en general de los procesos de planificación regional. En esta instancia las mujeres representantes de la sociedad civil son aproximadamente el 22%.

La institucionalización de la participación ciudadana como política de Estado pone en debate temas y tensiones como la democracia representativa y la democracia participativa, el carácter de los acuerdos y decisiones de los espacios e instancias de participación ciudadana, garantizar la representación de las organizaciones de mujeres así como en el caso de los sectores empresariales y productores; y la revisión de los requisitos para la participación de la sociedad civil en estos espacios. Actualmente se aplican iguales parámetros para los niveles regional y local, zona urbana y rural.

Debe también revisarse y evaluarse la calidad y legitimidad de la participación ciudadana e incorporar criterios que garanticen la vinculación de representantes y representados(as) en los diferentes espacios y niveles de la gestión pública, así como la rendición de cuentas.

³⁴ Díaz Palacios, Julio. Los Consejos de Coordinación Local. Un camino abierto para fortalecer la democracia, el desarrollo y la gobernabilidad en el marco de la descentralización. En: La Participación Ciudadana y la construcción de la democracia en América Latina. Grupo Propuesta Ciudadana, CONSODE y otros. Lima, noviembre, 2004.

OBJETIVO 5 MEJORAR LA SALUD MATERNA

«Un hijo a cualquier precio y un aborto a cualquier precio expresan lo mismo: que la maternidad es una experiencia en la que el deseo femenino es sustancial...»³⁵.

Meta-6

Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes

Indicadores del Milenio	Indicadores adicionales de género
<ol style="list-style-type: none"> 1. Tasa de mortalidad materna. 2. Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado. 	<ol style="list-style-type: none"> I. Estado nutricional de las mujeres en edad reproductiva. II. Autonomía para tomar decisiones. III. Fecundidad observada y deseada. IV. Planificación familiar. V. Capacidad de decidir sobre el uso de anticonceptivos. VI. Muerte materna por abortos. VII. Atención prenatal, por persona que proporcionó la atención. VIII. Atención del parto, por persona que proporcionó la atención. IX. Lugar de ocurrencia del parto.

Fuente: Bravo Rosa. Las metas del milenio y la igualdad de género: el caso de Perú. CEPAL, mayo de 2004.

Para Rosa Bravo, la elección de la salud materna como un objetivo de desarrollo parece significativo desde el punto de vista de género, pues le da un valor intrínseco a la salud de la mujer –aunque limitada al rol materno– en oposición a la mirada tradicional que la considera como un medio para aumentar el bienestar de los niños(as) y/o de las familias, lo que hasta no hace mucho estaba claramente reflejado en los programas de salud dirigidos al binomio madre-niño y que tiende a reinstalarse con normas como aquella que hace obligatoria la prueba de VIH para las gestantes a fin de evitar la transmisión vertical, sin garantizar tratamiento posterior a las mujeres.

³⁵ Lamas Martha. Aborto, derecho y religión en el siglo XXI. En: Debate Feminista, año 14. Vol.27. Abril, 2003, México. Pág. 139.

Más aun si se tiene en cuenta que la mortalidad materna es una muerte por causas evitables, que son prevenibles en forma rutinaria en los países desarrollados³⁶: el 47% fallece por hemorragia en el parto, 12% por hipertensión arterial provocada por el embarazo, 15% por infecciones del parto y posparto, 5% por aborto³⁷. La mayor posibilidad de muerte está alrededor del parto, el cual aún mantiene baja cobertura de atención profesional.

El artículo 25° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos señala que la maternidad y la infancia tienen derechos a cuidado y asistencia especiales. En este caso, si bien no hay una meta y podría pensarse que se trata de un enunciado meramente declarativo, demanda que los Estados demuestren a través de la asignación de recursos, mecanismos, y programas, su carácter de especiales.

Tasa de mortalidad materna

El artículo 12° de la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, señala que *«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»*.

La política Décimo Tercera del Acuerdo Nacional, *Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social*, establece: la promoción de la maternidad saludable, con servicios de planificación familiar, libre elección de métodos y sin coerción, el acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado. Así como el incremento progresivo del porcentaje del presupuesto del sector salud.

Sin embargo, en la elaboración de las matrices que establecen las acciones, metas e indicadores para monitorear su cumplimiento, tuvo una fuerte participación la Conferencia Episcopal de la Iglesia Católica y el Concilio Ecueménico, así como representantes del Ministerio de Salud y de la Presidencia del Consejo de Ministros, quienes lideraron posiciones extremadamente conservadoras y rechazaron las propuestas trabajadas desde la sociedad civil organizada, especialmente las referidas a los derechos sexuales, los derechos reproductivos y la salud sexual. Lo mismo ocurrió con la política Décimo Sexta referida al Fortalecimiento de la Familia, utilizando la definición restrictiva de familia tradicional. Las matrices fueron aprobadas a nivel de Comisión, pero aún no han sido refrendadas.

El Perú, junto a Bolivia, Haití, Guatemala y Honduras, es uno de los países de América Latina y El Caribe que aún mantiene altos niveles de mortalidad materna, 185 muertes por cada 100 mil nacidos vivos, lo que implica 1258 muertes anuales. Nuestro país ni siquiera ha logrado la meta de la Conferencia de El Cairo, esto es reducir la mortalidad materna a la mitad de los niveles de 1990 para el año 2000, mucho menos una nueva reducción a la mitad para el año 2015. Los países con niveles más elevados de mortalidad materna, como el Perú, deberán tratar de conseguir para el año 2005 una tasa de mortalidad materna inferior a 125 por 100 mil nacidos vivos, y para el año 2015 una tasa inferior a 75 por 100 mil nacidos vivos. Asimismo, plantea la necesidad de disminuir las diferencias observadas al interior de cada país.

³⁶ En Latinoamérica mueren 190 mujeres por cada 100 mil nacidos vivos, más de 10 veces que la mortalidad materna en Estados Unidos (17). Tomado de: Rosa Dierna. Mortalidad Materna e interculturalidad. OPS-OMS. Perú, mayo de 2004.

³⁷ MIMDES. Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones. 2003-2010. Documento en consulta, pág.14.

La ENDES 2000 ha reportado que solo el 57,9% de las gestantes atendieron sus partos en un establecimiento de salud, no habiendo variado significativamente de lo reportado en 1996 –54,9%–. En las zonas rurales el parto institucionalizado solo llega al 23%, lo cual refleja la iniquidad en el acceso³⁸. En el caso de la población adolescente, solo el 52% tuvo parto institucional, ligeramente más que el 48% reportado en 1996, pese a que el 85% de ellas acude a los controles prenatales; sin embargo, este porcentaje disminuye considerablemente cuando se trata de adolescentes con menor grado de educación, no unidas, que no usan métodos anticonceptivos y desconocen su ciclo menstrual.

La falta de atención del parto institucional conduce a la muerte materna, ya que muchas de las muertes –50%– ocurren en las primeras 24 horas después del parto. Además de la atención institucional se requiere de servicios de salud que tengan capacidad de resolución para atender las emergencias obstétricas, adecuada ubicación geográfica, dotación de personal y de recursos. Todo ello debe ser trabajado teniendo en consideración el contexto de analfabetismo o bajo nivel de instrucción, desocupación o trabajo eventual, pobreza extrema, condiciones nutricionales, falta de autonomía, embarazo adolescente, condición de ruralidad y disparidades culturales; como indicadores socioeconómicos relacionados a las causas para condicionar o facilitar el inicio de la cadena de eventos que al final conducen a la muerte. De lo contrario, como bien sostiene Ruíz Bravo³⁹, el indicador elegido de «partos atendidos institucionalmente» sería reducido y parcial, por lo que es necesario desarrollar otros que den cuenta de los problemas señalados por las mujeres.

Por ejemplo, las deficiencias en la desnutrición constituyen la cuarta causa de mortalidad para las mujeres y la décima para los hombres –indicador de género incorporado por Rosa Bravo para medir el mejoramiento de la salud materna, ya que de acuerdo a la ENDES 2000 el 31% de mujeres en edad fértil tienen anemia–, situación que para ser revertida requiere mucho más que modificar los hábitos alimenticios o aumentar el ingreso per cápita, con el agravante que ello las más de las veces habrá implicado una vida con la capacidad intelectual deteriorada, productividad limitada y mayores riesgos de contraer enfermedades crónicas. Sin embargo, llama la atención que entre los resultados esperados de los Lineamientos de Políticas Sectoriales de Salud 2002-2012, para el 2006, solo se señale la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 6 años, por debajo del 20% en el ámbito nacional, obviando a las mujeres.

Las mujeres indígenas tienen un nivel de esperanza de vida mucho más bajo, debido a su exposición al riesgo de embarazos a temprana edad, a las complicaciones de salud que esto implica⁴⁰ y a la inaccesibilidad a los servicios, ya sea por su ubicación geográfica, por los costos económicos o por la poca aceptabilidad a sus cosmovisiones sobre el cuerpo, la sexualidad y la enfermedad; pues aunque se ha incorporado en el discurso de los(as) proveedores(as) aspectos relacionados a la calidez y el buen trato, aún hay una distancia en el reconocimiento de las necesidades de las mujeres, en el entendimiento de sus concepciones y de sus lógicas para abordar la salud y la enfermedad, así como diferentes acercamientos a las manifestaciones corporales, que resultan básicos cuando se pretende intervenir en zonas rurales. En este sentido, los aspectos de interculturalidad son esenciales para entender las dinámicas entre los sistemas de salud y la sociedad (Anderson 2001).

Hasta ahora, básicamente el enfoque de interculturalidad ha sido aplicado en algunos establecimientos de salud, mayoritariamente para atención tradicional del parto, lo que incluye la implementación de casas de espera, el parto vertical, la entrega de la placenta para que pueda ser enterrada, la ingesta

³⁸ Parto institucional es el realizado en algún establecimiento de salud. Se considera no institucional cuando se realiza en el domicilio o por personal no profesional.

³⁹ Ruíz Bravo, Patricia. Incorporación del enfoque de género en el documento de Estrategias de superación de la pobreza y oportunidades económicas para los pobres. Consultoría elaborada para OIT. Lima, diciembre de 2003.

⁴⁰ Según el Censo de 1993, las comunidades nativas tienen la tasa global de fecundidad más alta a la del promedio nacional.

de la llamada «sopa chumita» y la participación de la pareja. Sin embargo, esto último pese a estar expresamente normado en la R.M 573-2003-SA/DM, se da ocasionalmente, debido a la institucionalización de las prácticas aprendidas en los centros de formación del personal de salud; es más, en algunos servicios de salud se ha logrado como parte de una negociación con las organizaciones de mujeres que hacen vigilancia a los servicios de salud, de esta manera se les concede lo que por derecho y de acuerdo al marco normativo le corresponde a las gestantes.

La interculturalidad no es solo un tema teórico sino, fundamentalmente, una experiencia relacional de vida cotidiana en la que uno se deja «afectar», «tocar» o impresionar por el otro y viceversa⁴¹, como tal solo puede darse entre ciudadanas y ciudadanos con iguales derechos y con un mínimo de equidad económica. En el caso del Perú, la homogeneidad nacional es parte de una realidad supuesta, donde coexisten muchos otros colocados en la marginalidad, justamente por su diferencia cultural con la tradición hegemónica; en cuyo caso, la idea no es aislar ni absolutizar, sino más bien tender puentes para fomentar el contacto y el diálogo.

Por ello, no es suficiente con resumir la mortalidad materna en una expresión global como una tasa o razón, pues al interior de ésta existen brechas que marcan las diferencias entre las mujeres, evidenciándose que quienes están más expuestas son las mujeres pobres, rurales, de comunidades nativas y también las adolescentes, estas últimas como grupo étnico están comprendidas en todas las otras dimensiones de la discriminación y exclusión.

Es necesario considerar a la maternidad segura como una inversión vital, social y económica; una cuestión de derechos humanos y de justicia social, que amerita un abordaje multicausal y multifactorial de los problemas de salud.

Acceso a métodos anticonceptivos

El artículo 12º de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer señala que los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres el acceso a los servicios de salud, inclusive los que se refieren a la planificación familiar.

Este mismo instrumento, en su artículo 14º, señala que los Estados deben asegurar a la mujer rural acceso a servicios de planificación familiar y los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el intervalo entre sus nacimientos, y el acceso a la información, educación y medios que les permitan ejercer estos derechos.

Entre 1978 y 2000, el uso de métodos anticonceptivos se duplicó de 33% a 68% entre las mujeres en unión. El mayor aumento se dio en el uso de métodos modernos inyectables. Si bien, aún se mantienen las brechas en el uso de métodos modernos entre zonas rurales y urbanas, éstas tienden a acortarse: en la ENDES 91-92, entre la zona urbana y rural había una diferencia de 24 puntos, para la ENDES 96 la diferencia correspondió a 20 puntos, para la ENDES 2000, la diferencia es de casi 16 puntos, podríamos decir que hay una disminución de 4 puntos, cada cinco años⁴².

⁴¹ Fonet-Betancourt, Raúl. Filosofía e interculturalidad en América Latina: intento de introducción no filosófica. En: Interculturalidad, sociedad multicultural y educación intercultural. México, octubre 2002.

⁴² Chávez, Susana. Salud Sexual y reproductiva. En: Derechos de las Mujeres y Equidad de Género: estado actual de su cumplimiento por el Estado peruano. Insumo para la vigilancia ciudadana. Movimiento Manuela Ramos, 2001.

Uso de anticonceptivos: ENDES 1991, 1996 y 2000

Áreas	DIU			Inyectable			Píldora			Ligadura			Condón		
	91	96	2000	91	96	2000	91	96	2000	91	96	2000	91	96	2000
Urbana	16,7	14,7	12	2,1	7,4	13,3	6,5	7,1	7,4	9,6	11,3	13,9	3,5	5,8	7,5
Rural	5	6,1	3,9	1,4	9,5	17,4	3,7	4,3	5,3	3,5	5,4	9,4	1,2	1,4	2,2

Fuentes: ENDES 1991-1992, 1996 y 2000 INEI.

El Programa de Acción de El Cairo, en su capítulo VII, señala la necesidad de adoptar medidas para ayudar a las parejas y a las personas a alcanzar sus objetivos de procreación, se habla de facilitar el acceso a servicios de calidad que sean aceptables y económicamente asequibles para todos los que los necesitan y desean recibirlos.

Se destaca el rol de los gobiernos y la comunidad internacional para garantizar el principio de elección voluntaria en materia de planificación familiar y la prestación de servicios de calidad en salud reproductiva; asimismo, se les pide la eliminación de las barreras que impiden la utilización de los servicios de planificación familiar, tanto en el sector público como en el privado.

Si bien la Tasa Global de Fecundidad ha descendido a 2.9 hijos por mujer –ENDES 2000–, las brechas entre las mujeres urbanas y rurales aún son significativas, pues mientras que las mujeres urbanas presentan una Tasa de 2.2, las mujeres de zonas rurales tienen una Tasa de 4.3.

Modificaciones en la tasa global de fecundidad por áreas, entre los años 91 y 2000

Indicadores	Porcentaje de cambio entre el 91 y 2000		1991-1992		1996		2000	
	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural	Urbano	Rural
Tasa global de Fecundidad	-21	-31	2.8	6.2	2.8	5.6	2.2	4.3

Fuentes: ENDES 1991-1992, 1996 y 2000.

Asimismo, se observa todavía una diferencia entre la tasa de fecundidad observada y la deseada. Esta diferencia se hace mayor para las mujeres rurales. Las determinantes que subyacen a este problema podemos encontrarlas en las dificultades para el acceso a los servicios –económicas, geográficas, aceptabilidad–, la oferta incompleta, la promoción de la abstinencia y los métodos naturales, así como el desabastecimiento, vinculados en los últimos tiempos a la injerencia de la iglesia tradicional, sobre todo del *Opus Dei* en las políticas de Estado, fundamentalmente en el Ministerio de Salud y en la Comisión de Salud del Congreso; así como a la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad y la maternidad, lo que está estrechamente vinculado a las relaciones de iniquidad de género y a la creencia que los derechos reproductivos son derechos de la pareja y no de los sujetos.

Según la ENDES 2000, 8 de cada 10 mujeres tienen algún problema para buscar tratamiento o consejo médico. El conseguir permiso para asistir a los servicios estuvo señalado por el 13% de mujeres, lo que expresa su limitado poder respecto a sus parejas.

Igualmente, en el estudio realizado por Elvira León, entre julio-agosto 2002⁴³, se señala que las mujeres quieren espaciar sus embarazos y tener pocos hijos, pero no todas lo hacen:

- Influencia de la pareja: «...yo me cuidaba pero tuve que dejarlo...él me celaba mucho...».
- Deficiencia en la oferta de servicios: «...después de dar a luz no me dieron píldoras cuando las pedí...en el Centro de Salud me dijeron: después que te venga tu menstruación vienes por tu método, pero no vi la regla y ya estaba embarazada...».
- Falta de información (o errónea): «...yo usaba píldoras y le estaba dando de lactar a mi bebé...y como era varón y las píldoras tienen hormonas...dejé de tomar y quedé embarazada...».
- Ausencia de estrategias de comunicación: «...yo no entendí lo que me explicaron...».

Lamentablemente, la falta de autonomía de las mujeres para tomar decisiones libres respecto al ejercicio de su sexualidad y la maternidad se verá aún más afectada con la implementación del Plan Nacional de Apoyo a la Familia⁴⁴, que propugna el desarrollo transversal e intersectorial del enfoque de familia, el cual no solo es distinto al enfoque de derechos humanos y al enfoque de género, sino que son antagónicos entre sí.

En cuanto al desabastecimiento de insumos de planificación familiar, podemos mencionar que 2003 fue un año crítico en algunos distritos y regiones del país. Esta situación genera discriminación, disminuye la calidad de vida y afecta el derecho de las mujeres rurales a la vigencia de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

Durante 2003, 98 distritos pertenecientes a las regiones de Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad y Puno, no recibieron los insumos por lo menos durante un bimestre, la mitad de éstos tuvieron desabastecimiento por más de un bimestre.

El método más escaso fue el inyectable, habiéndose restringido su entrega en muchos lugares únicamente a las mujeres que ya venían usándolo, dejándose de lado a las nuevas usuarias que habían elegido esta opción. Este hecho es particularmente grave si se tiene en cuenta que según la ENDES 2000 el 17,4% de las mujeres rurales en unión conyugal y el 13,3% en el caso de las mujeres urbanas usan este método⁴⁵. También se vio afectado el acceso a otros métodos como la píldora, los condones y el DIU, que son menos demandados por las mujeres rurales.

Número de distrito por región donde hubo desabastecimiento de insumos de planificación familiar durante dos o más bimestres

Departamento	2 bimestres	3 bimestres	4 bimestres
Ancash	4	4	0
Ayacucho	7	1	0
Huancavelica	5	11	1
La Libertad	3	3	0
Puno	7	2	1
Total	26	21	2

Fuente: Oficinas Regionales del Movimiento Manuela Ramos, 2003.

⁴³ León, Elvira y otra. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación al espaciamiento del embarazo. Estudio cualitativo en tres ciudades del Perú. CATALYST Consortium, julio-agosto 2002.

⁴⁴ Ver up supra.

⁴⁵ Información obtenida del Proyecto Reprosalud, ejecutado por la ONG Manuela Ramos en las regiones de Ancash, Ayacucho, Huancavelica, La Libertad y Puno.

Un tercio de los distritos con problemas de desabastecimiento pertenecen al departamento de Huancavelica, región que reporta la mayor brecha entre la tasa de fecundidad observada 6.1 hijos por mujer y la tasa de fecundidad deseada por las mujeres de esa región de 3.0 hijos –ENDES 2000–. Es decir, las mujeres tienen el doble de hijos(as) de los que ellas realmente quisieran tener.

A nivel nacional, 66% de los establecimientos reportó –entre junio y septiembre de 2003– discontinuidad en el abastecimiento de insumos durante los últimos doce meses:

Método	Establecimientos que reportaron desabastecimiento en los últimos 12 meses	Promedio de días
Inyectables	143	52
Condomes	57	47
Píldoras	119	53
DIU	70	163

Fuente: Proyecto POLICY, 2004.

El impacto de los cambios en los procesos de logística, así como las políticas de corte confesional aplicadas durante las dos primeras gestiones de este gobierno, hacen que el proceso de distribución que en 1999 demoraba 43 días, demore en el año 2003, 75 días. Evidenciando serios problemas del gobierno peruano para cumplir, a través del Ministerio de Salud, con su obligación de garantizar la provisión de una amplia gama de métodos anticonceptivos.

Por último, respecto al uso de píldoras de anticoncepción de emergencia, al finalizar el Gobierno de Transición se promulgó la Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM, que incorpora la Anticoncepción Oral de Emergencia –AOE– a la oferta de métodos anticonceptivos; sin embargo, solo en junio de 2004 la ministra de salud, autorizó su distribución gratuita desde los servicios de salud del Estado, incorporándolas en las Guías Nacionales de Atención Integral de Salud Sexual y Reproductiva (R.M. 668-2004-MINSA). Previo a ello, la revisión normativa y los argumentos esgrimidos desde el sector salud, evidencian un trato diferenciado o sin equidad respecto de quiénes o cuáles mujeres pueden decidir sobre sus cuerpos y cuáles no pueden hacerlo por ellas mismas y deben estar bajo la tutela del Estado. En este último grupo se encuentran las mujeres pobres y extremadamente pobres, quienes no pueden acceder gratuitamente a la AOE, mientras que las que cuentan con recursos pueden adquirirla en las farmacias. Si este método no se ofertaba en los servicios públicos porque los ministros de salud anteriores lo consideran abortivo, quiere decir que algunos concebidos valen más y otros menos, o que tienen distinto valor los proyectos de vida de las mujeres, dependiendo del nivel socioeconómico al cual pertenecen.

Embarazo adolescente

Otro tema asociado a las altas tasas de mortalidad materna es el embarazo adolescente, ya que mientras más temprano ocurren los nacimientos mayor es el riesgo de mortalidad, sin obviar que el 20% de abortos son practicados en adolescentes. Para el año 2000 del total de mujeres entre 15 y 19 años, el 11% ya eran madres y el 2% se encontraban gestando. La tasa se incrementa notoriamente en los departamentos de la selva –27% en Loreto– y de la sierra –20% en Huancavelica y 18% en Ayacucho–.

Tasa de fecundidad de mujeres adolescentes				
Ámbito/Periodo	1991-1992	1996	2000	2001
Nacional	74	75	66	55
Rural	141	139	118	--
Urbana	41	55	45	--

Fuente: INEI y UNFPA, Estado de la Población Peruana.

En el Programa de Acción de la CIPD, los Estados asistentes reconocieron por primera vez la especificidad de las necesidades sexuales y reproductivas de esta población y el descuido con el que habían sido atendidas, y declararon que se debe prestar atención plena *«a las necesidades de los adolescentes en materia de enseñanza y de servicios, con objeto de que puedan asumir su sexualidad de modo positivo y responsable»* (párrafo 7.3).

En ese sentido, las respuestas deberían estar fundamentadas en:

- Proveerlos de información que les ayude a alcanzar el grado de madurez necesario con el cual adoptar decisiones en forma responsable, y de servicios que los ayudarán a comprender su sexualidad y a protegerse contra los embarazos no deseados, las infecciones de transmisión sexual y el riesgo subsiguiente de infertilidad (párrafo 7.41).
- Asegurar que los programas y las actitudes de los proveedores de los servicios de salud no limiten el acceso de los adolescentes a los servicios y la información que necesiten (párrafo 7.45).
- Los servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la intimidad, la confidencialidad, el respeto y el consentimiento basado en una información correcta (párrafo 7.45).

Al respecto, mucho se ha especulado sobre si el marco jurídico nacional permite o no la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes; en realidad, es parte del compromiso de Perú, al haber aprobado el Programa de Acción de la CIPD, que expresamente establece en su párrafo 7.45 *«... los países deberían eliminar, cuando correspondiera, los obstáculos jurídicos, normativos y sociales que impiden el suministro de información y servicios de salud reproductiva a los adolescentes»*.

En esa tendencia, el Código de los Niños y Adolescentes reconoce que son sujetos de derecho y como tal tienen libertad para expresar su opinión en todos los asuntos que le afecten, la que será tomada en cuenta en función a su edad y madurez. En su artículo 21º hace mención al derecho de los y las adolescentes a la atención integral de su salud⁴⁶, lo que incluye –entendemos– a la salud sexual y reproductiva.

De acuerdo al marco normativo nacional:

- Los servicios que se presten directamente a las y los adolescentes y sin la intervención de sus representantes legales, solo podrían ser servicios como los de consultoría, educación y expedición de anticonceptivos de barrera, de acuerdo al artículo 4º de la Ley General de Salud⁴⁷.

⁴⁶Igualmente en la Convención de los Derechos del Niño, en su artículo 24º.

⁴⁷Artículo 4º.- Ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de emergencia...».

Toda vez que los servicios que importan tratamiento médico o intervención quirúrgica, requieren de la autorización de sus representantes legales. De otro lado, lo de «tratamiento médico» no queda del todo claro, pues entendemos que el tratamiento se aplica a las enfermedades, y el ejercicio de la sexualidad no es tal.

Estas ambigüedades en el texto llevan a que se pueda interpretar el acceso a métodos anticonceptivos fuera del condón, como «tratamiento médico» y no como prevención, requiriendo, así, permiso del padre, madre o tutor. Esto se debe a que nuestra legislación civil considera al adolescente como un incapaz relativo. Todo ello vulneraría el principio de confidencialidad en la prestación de los servicios.

- b. Los servicios del Programa de Planificación Familiar (R.M. 465-99-SA/DM) podrán suministrar métodos anticonceptivos temporales⁴⁸ a adolescentes que los soliciten o que sean referidos en las siguientes circunstancias:
- presentar riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS o SIDA;
 - haber recibido consejería;
 - estar comprendido entre los 16 y 18 años de edad;
 - ser sexualmente activo(a).

¿Las circunstancias descritas son concurrentes o basta que una sola de ellas se presente para suministrar métodos anticonceptivos temporales?, ¿quién determina cuándo una adolescente se encuentra en riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS o VIH/SIDA? En estos casos la respuesta dependerá del criterio del operador(a) de salud frente al caso concreto. Como resultado de ello, dos adolescentes en la misma situación podrían recibir distintas respuestas del sistema de salud.

Mientras tanto, la ENDES 2000 encontró que un 89% de todas las adolescentes no usan método anticonceptivo alguno; que el ritmo es el segundo método más usado, aunque el 77% de todas las adolescentes y el 66% de las jóvenes no identifican su ciclo menstrual; y que el 61% de las adolescentes sexualmente activas ya son madres.

El Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002-2010, releva la falta de servicios de planificación familiar para adolescentes, por lo que plantea no solo la educación sexual, sino programas de paternidad responsable y la ampliación de la cobertura de los servicios de prevención y atención para el ejercicio responsable de los derechos y obligaciones sexuales y reproductivas de los(as) adolescentes. Sin embargo, entre julio de 2001 y junio de 2003 el país experimentó un retroceso en las políticas de salud sexual y reproductiva, particularmente en los derechos de las mujeres y las(os) adolescentes, lo que impidió su implementación en el sector salud. En el caso del MIMDES, órgano rector para el impulso de la ejecución y coordinación intersectorial, la oposición se mantuvo hasta septiembre de 2004 en que las observaciones formuladas a los términos «equidad de género» y «derechos sexuales y reproductivos», fueron levantados del Plan.

El documento «La Salud Integral: Compromiso de Todos – El Modelo de Atención Integral de Salud», R.M. N° 729-2003-SA/DM, en el caso de las necesidades de los(as) adolescentes no se menciona el ejercicio de la sexualidad, circunscribiéndola una vez más solo a la reproducción. Asimismo, llama la atención, ya que no es competencia del Ministerio de Salud ni del Estado en general, que en las necesidades de salud de los(as) adolescentes se señale expresamente la promoción de sentimientos de religiosidad o espiritualidad.

⁴⁸ Métodos temporales: Métodos de abstinencia: Billings o de moco cervical; del ritmo o de la regla. Método de lactancia amenorrea (MELA). Métodos de barrera: preservativo o condón; espermicidas (tabletas vaginales). Hormonales combinados: píldoras. Hormonales de sólo progestágenos: píldoras, inyectables de 3 meses, implantes subdérmicos (usuarias continuadoras). Dispositivos intrauterinos.

A pesar de la preocupación internacional y lo que señalan los indicadores nacionales, no se han traducido en políticas e intervenciones claras para los(as) adolescentes en el campo de los servicios.

Muerte materna por abortos

El Programa de El Cairo, en su párrafo 8.25 señala que *«en ningún caso se debe promover el aborto como un método de planificación familiar e insta a todos los gobiernos y las organizaciones pertinentes a incrementar su compromiso por la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas y a reducir los abortos mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación familiar»*.

En la Plataforma de Acción de Beijing, se insta a los gobiernos a reconocer y afrontar las consecuencias que tienen para la salud de las mujeres los abortos, además observa las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos peligrosos.

El Comité de Monitoreo de la Convención de los Derechos del Niño, en su Observación General N° 4, de 2003, señaló que *«Los Estados partes deben adoptar medidas para reducir la morbilidad materna y la mortalidad de las niñas adolescentes, producida especialmente por el embarazo y las prácticas de aborto peligrosas»*⁴⁹.

En el Perú el aborto es una práctica ilegal, a pesar de ello se estima que se producen 410,000 abortos anuales⁵⁰. Hoy en día éste se ha convertido no solo en un problema de salud pública sino también de discriminación o iniquidad social, porque el método que se utilice será más o menos seguro dependiendo de la capacidad económica de las mujeres, estableciéndose una relación directa entre el riesgo de mortalidad materna y los recursos económicos; aumentando así la vulnerabilidad de las mujeres pobres y adolescentes, al tener que recurrir a personas de escasa formación, cuya mala *praxis* puede costarles la vida o serios daños en su capacidad reproductiva. De acuerdo a la información proporcionada por el INEI (1997) el 69% de las complicaciones corresponden a mujeres rurales, el 44% a mujeres urbanas pobres, y el 9% a urbanas de altos ingresos. En el caso de las adolescentes, el 20% de las muertes maternas son por aborto.

El Código Penal de 1991 prevé en su artículo 114° y siguientes la punición de todo tipo de aborto, con excepción del aborto terapéutico –artículo 119°– que está permitido cuando se trate del único medio para salvar la vida de la gestante o evitar en su salud un mal grave y permanente, siempre que lo practique un médico y con el consentimiento de la gestante o de su representante. En este caso, a pesar de tratarse de un aborto legal no se cuenta con un Protocolo para la atención y resolución de estos casos, lo que impide que las gestantes colocadas en esta situación puedan acceder a un aborto para preservar sus vidas o su salud.

Asimismo, debería ampliarse la figura del aborto terapéutico incorporando los casos de anencefalia –proyecto 421/2001–. En Argentina, la Asamblea Legislativa de Buenos Aires aprobó una ley que

⁴⁹ Comité de los Derechos del Niño. 1 de julio de 2003. Observación General N° 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Nueva York. Naciones Unidas. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CRC.GC.2003.4.Sp?Opendocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CRC.GC.2003.4.Sp?Opendocument); accedido: 3 de noviembre 2004. Citado en: Cumpliendo los derechos reproductivos de mujeres afectadas por el VIH. Una herramienta para monitorear el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Center for Health and gender Equity (CHANGE); International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW); IPAS, Pacific Institute for Women's Health (PIWH). Noviembre 2004.

⁵⁰ Estimación trabajada sobre el supuesto de que cada aborto incompleto hospitalizado representa otros 7 que no llegan a hospitales ni centros de salud públicos (58,674 x 7 = 410,000). Estudio de Delicia Ferrando. Lima, Perú, 2003.

autoriza a las embarazadas cuyos fetos padezcan una patología incompatible con la vida fuera del útero a interrumpir el parto en los hospitales públicos. Se considera como patología incompatible con la vida cuando el feto presenta gravísimas anomalías, irreversibles e incurables, que producirán su muerte a las pocas horas de su nacimiento⁵¹.

La Ley General de Salud, expresamente establece como excepción a la reserva de la información médica, los casos de aborto criminal, teniendo que informar a la autoridad de salud, quien hará el hecho de conocimiento de la autoridad competente. Sin embargo, solo el 0,23% estarían siendo identificados como delitos por la Policía Nacional del Perú (INEI), lo que es también ampliamente reconocido por los proveedores de salud:

«... Como salud estamos legalmente obligados a hacer la denuncia, pero si comenzamos a hacer las denuncias, los abortos no van a llegar a los establecimientos y así (las mujeres) van a llegar muertas o totalmente complicadas, entonces, si el medico se pega a la ley definitivamente vamos a tener mucho riesgo, porque la mayor parte de abortos es hecha por empíricas...»⁵².

El Comité de la CEDAW, ante el informe presentado por el Estado Peruano en 1995, recomendó la revisión de la legislación que contiene medidas punitivas para las mujeres que abortan. El Comité de Derechos Humanos (58 periodo de sesiones, 6 de noviembre de 1996), se pronunció expresando que el hecho de que el aborto esté sujeto a sanciones penales, aún en el caso de que el embarazo de una mujer sea producto de una violación y de que el aborto clandestino sea la mayor causa de mortalidad materna, traen como resultado someter a las mujeres a un tratamiento inhumano y pudieran ser incompatibles con los artículos 3º, 6º y 7º del Pacto (párrafo 15). En el párrafo 22 de sus observaciones, el Comité recomienda una revisión de las disposiciones del Código Penal peruano.

Estándares de calidad en los servicios de salud

Desde 1996 la calidad es una apuesta explícita del Ministerio de Salud; sin embargo, persisten serios problemas de capacidad resolutoria efectiva para tratar las emergencias obstétricas como lo demuestran las elevadas cifras de mortalidad materna. Entre estas muertes el 54% de las notificadas ocurrieron en el domicilio y el 39% en los establecimientos de salud⁵³.

La calidad es un proceso de desarrollo permanente, sostenido y monitoreado que permite contar con personal preparado, aprobación científica de los medicamentos y disponibilidad de los equipos no vencidos para hospitales, agua potable y segura y desagüe adecuado⁵⁴. Incluye además la protección

⁵¹ Para autorizar el aborto el diagnóstico debe estar respaldado por dos ecografías, donde tiene que consignarse el documento de identidad de la madre o la impresión digital de un dedo pulgar –medida que garantiza el acceso a las indocumentadas–. Además, tener presente que el consentimiento que se requiere es el de la gestante y no el de la pareja, es decir que la titularidad de los derechos del feto corresponden a la mujer gestante. Dentro de las 72 horas el médico está obligado a informar a la embarazada el diagnóstico, la posibilidad de continuar o interrumpir el embarazo y los alcances de su decisión. La mujer debe cumplir con tres requisitos: el feto tiene que cumplir 6 meses de gestación, la mujer tiene que dar el consentimiento y se tiene que certificar la patología del feto en la historia clínica. Tomado de: www.palermo.edu.ar/derecho/dip/index.html. 20 de julio 2004.

⁵² Entrevista, Director de la Región de Salud San Martín, 2000. Tomado de: Derechos de las mujeres y equidad de género: estado actual de su cumplimiento por el Estado peruano. Insumo para la vigilancia ciudadana. Movimiento Manuela Ramos. Lima, 2001.

⁵³ Guzmán, Alfredo. Para mejorar la salud reproductiva. En: La salud peruana en el siglo XXI. CIES, DFID y The Policy Project. Lima, 2002. Citado por Gúezmes, Ana. Calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. En: Los Consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Primera edición, noviembre de 2003. Pág. 76.

⁵⁴ CDESC, Observación General N° 14, parágrafo 12.

de los derechos y el compromiso del Estado de garantizar que frente a una violación, el ciudadano(a) cuente con un mecanismo sencillo, breve y efectivo que resuelva, indemnice y de ser el caso sancione al infractor.

Los Comités de auditoría médica son necesarios en tanto sirven para mejorar las prácticas, procedimientos y protocolos en general, pero el(la) ciudadano(a) necesita una respuesta concreta frente a su caso específico.

Al decir de Gúezmes⁵⁵, la calidad de la atención ha sido abordada más desde un principio de calidez que desde una lógica de derechos humanos que impulse la participación activa de la sociedad y desarrolle la promoción de la salud y la calidad de vida como un esfuerzo articulado. En las políticas y protocolos abundan los detalles sobre los procedimientos médicos; sin embargo, hay un desbalance respecto a los procesos de información, decisión y consentimiento informado, opciones en las prestaciones, etc.

El Ministerio de Salud viene desarrollando el Plan de Desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad, en este marco se ha aprobado el Reglamento de Organización y Funciones de las Direcciones de Salud donde se ha incorporado como órgano de Línea la Dirección Ejecutiva de Calidad en Salud, lo cual permitirá que las actividades de calidad se desarrollen de manera permanente y sostenida en el nivel local y regional.

En resumen, podríamos decir que reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna a tres cuartas partes, no será posible si el Estado peruano no impulsa su cumplimiento en el marco interpretativo de los instrumentos y conferencias de derechos humanos ya suscritos y/o ratificados. La realización de la maternidad segura y saludable está relacionada con el derecho humano a la vida, a la libertad, a la autonomía, a la igualdad, a la no discriminación, al beneficio de los avances o progresos científicos, a la salud, a la educación, al trabajo, a la libertad de conciencia y opinión; todo ello debe traducirse en políticas públicas y en un sistema de monitoreo y evaluación, que tenga en cuenta la nueva realidad del proceso de descentralización y que incorpore las prioridades nacionales y subnacionales, así como las desigualdades subyacentes, especialmente las de género e interculturalidad, determinantes de la salud de las mujeres.

⁵⁵ Gúezmes, Ana. Calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. En: Los Consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Primera edición, noviembre de 2003. Pág. 77.

OBJETIVO 6 COMBATIR EL VIH/SIDA, EL PALUDISMO Y OTRAS ENFERMEDADES

«Las desventajas económicas y sociales de la mujer la hacen especialmente vulnerable a las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; es ejemplo de esto su vulnerabilidad al comportamiento sexual imprudente de sus parejas. En la mujer, los síntomas de las infecciones de transmisión sexual no suelen ser aparentes, lo que hace que su diagnóstico sea más difícil que en el hombre... El riesgo de transmisión del varón infectado a la mujer es también más elevado que a la inversa, y a muchas mujeres les resulta imposible tomar medidas para protegerse...»⁵⁶.

Meta-7

Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA

Indicadores del Milenio	Indicadores adicionales de género
1. Tasa de morbilidad del VIH entre mujeres embarazadas entre 15 y 24 años.	I. Relación hombre/mujer entre los casos reportados antes de 1997 y de 1998 a 2000.
2. Tasa de uso de condón en la tasa de prevalencia de anticonceptivos.	II. Conocimiento y uso del condón en la última relación.
3. Número de niños huérfanos por causa del VIH/SIDA.	III. Muertes estimadas a fines de 2001.

Fuente: Bravo, Rosa. Las metas del milenio y la igualdad de género: el caso de Perú. CEPAL, mayo de 2004.

Tasa de morbilidad del VIH entre mujeres embarazadas entre 15 y 24 años

El documento de El Cairo + 5, 1999, señala que *«al 2005, al menos el 90% de las y los jóvenes de 15 a 24 años tuviesen acceso a la información, educación y servicios necesarios para desarrollar las habilidades requeridas para reducir la vulnerabilidad a la infección del VIH, con los servicios incluyendo acceso a medidas preventivas como el condón masculino, el femenino, el testeo voluntario, la consejería y el seguimiento»* (párrafo 70).

⁵⁶ Medidas Clave Cairo+5. 1999. Enfermedades de transmisión sexual y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

A pesar de que la epidemia del VIH/SIDA ha sido calificada por expertos del Banco Mundial como una «epidemia concentrada», en los mal llamados grupos de riesgo –homosexuales, trabajadores del sexo, drogadictos por vía endovenosa–, en nuestro país el contagio en las parejas heterosexuales alcanza el 44,17%, mientras que el contagio en las parejas homosexuales alcanzan el 22,14% –Reporte del PROCETSS, 2001–. A nivel mundial, los varones que tienen relaciones sexuales con varones representan solo entre el 5 y 10% de todos los casos del VIH. Los programas de prevención deben tomar en cuenta que este grupo está tremendamente estigmatizado.

La proporción de contagio entre varones y mujeres cada vez se va acercando. En 1986, por cada 20 varones habían 2 mujeres infectadas; en 2004, por cada 397 varones hay 112 mujeres infectadas⁵⁷. El mecanismo de transmisión más importante en nuestro medio sigue siendo el sexual –97.7%–, vertical –2%– y parenteral –1%–. Actualmente se estima que en el Perú hay 75,000 personas que viven con el VIH/SIDA, aún cuando los casos registrados oficialmente por el Programa Nacional de Control de ITS/VIH/SIDA –PROCETSS– ascienden únicamente a 22,696 –Ministerio de Salud, Reporte del PROCETSS a junio de 2001–.

La feminización de la epidemia del VIH/SIDA tiene que ver tanto con factores de vulnerabilidad fisiológica como con construcciones socioculturales de la sexualidad femenina. Varios estudios evidencian que la transmisión varón-mujer del virus es de 2 a 4 veces más eficiente que de mujer a varón; esto se explica por las características fisiológicas de los genitales femeninos, con una mayor superficie expuesta, que puede además sufrir laceraciones durante el acto sexual las que facilitan la entrada del virus, y también por la mayor cantidad de VIH que hay en el semen en comparación con los fluidos vaginales.

El aumento del VIH/SIDA en las mujeres se explica –además– por factores como la poca capacidad de negociación y decisión frente a los requerimientos sexuales de sus parejas y para proponer el uso del condón, pues uno de los principales mandatos de la femineidad hegemónica es el de la pasividad⁵⁸; violencia de género que se produce en el hogar, la escuela, el trabajo u otros ámbitos, aunque si bien el riesgo de infección en un solo episodio coital vaginal es de 0,1% y de 0,5%-3% en sexo anal, cuando se trata de una violación el riesgo se eleva considerablemente por las laceraciones rectales y genitales propias del sexo forzado, situación que se agrava en nuestro país por la imposibilidad de acceder a la profilaxis pos exposición –PPE–, es decir, a tratamiento inmediato luego de la violación. Adicionalmente, cuando se trata de otro miembro de la familia infectado o afectado son las mujeres quienes además de conseguir los ingresos deben encargarse –dada la división sexual del trabajo y las reformas sanitarias neoliberales– de su cuidado, e incluso cuando éstos fallecen asumen la función de padres suplentes de los(as) niñas(os) huérfanos.

El promedio de edad también viene disminuyendo, pues ahora la mayoría de personas infectadas se encuentran entre los 15 y 25 años; y aunque ya solo un 12,4% de las adolescentes no ha oído hablar del SIDA, todavía un 28% que lo conoce no sabe cómo cuidarse. Sin embargo, esta última cifra se incrementaría considerablemente si sumamos el 12,4% de las que no han oído hablar, más aquellas que conociendo y sabiendo cómo cuidarse no tienen capacidad de negociación con sus parejas, o no tienen acceso a servicios y métodos. No olvidemos que entre julio de 2001 y junio de 2003, la política casi confesional del Ministerio de Salud promovió la prevención de las infecciones de transmisión sexual –ITSs– a través de la abstinencia, la fidelidad, la no promiscuidad y la planificación familiar de la pareja.

⁵⁷GT ETS/VIH/SIDA OGE-MINSA, setiembre. 2004.

⁵⁸ El desequilibrio en el ejercicio del poder y el control de las decisiones sexuales y reproductivas favorece el contagio de las mujeres, especialmente –pero no exclusivamente– en aquellas que viven en situación de pobreza, marginalidad y desprotección, por su dificultad para adoptar medidas preventivas. El problema de la falta de autonomía en las mujeres trasciende los niveles socioeconómicos, pero se acentúa en situaciones de pobreza.

Obligatoriedad de las pruebas de VIH en mujeres gestantes

En junio del 2004 se promulgó la Ley N° 28243, que modifica la Ley 26626 sobre el VIH/SIDA. Pese a las observaciones formuladas por la titular del sector salud respecto a la obligatoriedad de la prueba en mujeres gestantes. Artículo 4° párrafo b), establece la obligatoriedad de la prueba diagnóstica para «*la madre gestante, a fin de proteger la vida y la salud del niño por nacer, cuando exista riesgo previsible de contagio o infección y para disponer las medidas y tratamientos pertinentes. En este caso es obligatoria la consejería previa*».

Al respecto, las directrices de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA HR/PUB98/1, Nueva York y Ginebra, 1998, textualmente estipulan en el párrafo 92: «...*Muchos Programas VIH/SIDA para la mujer se centran en las embarazadas pero suelen destacar las medidas coactivas contra el riesgo de transmitir el VIH al feto como, por ejemplo, los análisis prenatales y posnatales obligatorios, seguidos de aborto o esterilización coactivos. Estos programas rara vez facultan a la mujer a prevenir la transmisión perinatal mediante educación prenatal preventiva y diversas opciones sanitarias y olvidan las necesidades de atención médica de la mujer*». El párrafo 98 dice: «...*El interés de la salud pública no justifica las pruebas o la inscripción registral del VIH con carácter obligatorio, salvo en casos de donaciones de sangre, órganos o tejidos en los que se analiza no a la persona sino el producto humano antes de utilizarlo en otra persona...*»⁵⁹.

La medida aprobada no solo es violatoria de los derechos humanos a la no discriminación, a la intimidad, a la libertad, la integridad física y el derecho al más alto nivel posible de salud; sino que además trata a las mujeres como simples receptáculos en los que se desarrolla vida, algo así como incubadoras, y no como sujetos de derechos con demandas y necesidades propias. El tratamiento con zidovudina, AZT, es preventivo de la transmisión vertical, pero las dosis y períodos en que se dan a las gestante –últimas semanas del embarazo–, evidencian que no constituye un tratamiento para las mujeres viviendo con VIH, sino que está dirigido exclusivamente a evitar la transmisión vertical.

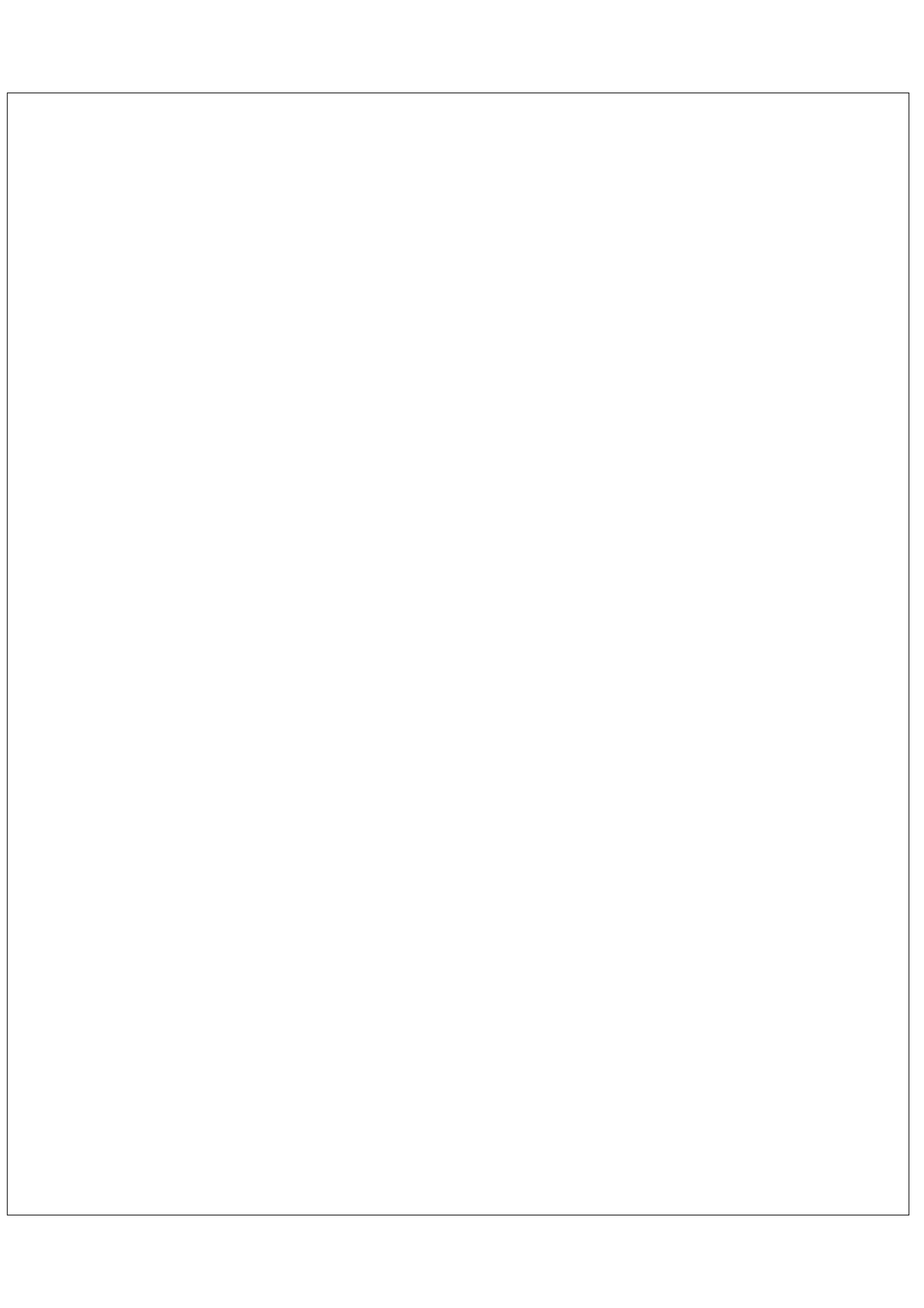
Ante el peligro de ser discriminadas si su condición es la de seropositivas, algunas mujeres preferirán no acercarse a los centros de salud donde saben que tendrán que pasar un test obligatorio y que solo recibirán medicación hasta el momento del parto.

La voluntad global de reducir la expansión de la epidemia del VIH/SIDA se ve reflejada con su incorporación en las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio; sin embargo, ello no será posible sino a través del desarrollo e implementación de políticas públicas capaces de combatir las determinantes del nuevo perfil epidemiológico del VIH/SIDA; es decir, cada vez más mujeres y más jóvenes. En ese sentido, es deber del Estado peruano garantizar el derecho humano a la salud, lo que incluye acceso a servicios y tratamientos, así como medidas efectivas contra la discriminación, la violencia de género y el fortalecimiento de capacidades que le permitan a las mujeres tomar medidas para protegerse.

⁵⁹ Dador, Jennie. Pruebas de VIH/SIDA obligatorias para gestantes. En: Revista «Cuarto Femenino». Año 6. N° 20. Julio 2004. Lima, Perú.

III.

ALGUNAS RECOMENDACIONES



RECOMENDACIONES GENERALES

- Difusión masiva de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Desarrollo de capacidades que permitan la adaptación de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio a las distintas realidades y se incorporen en los planes y presupuestos de los gobiernos locales y regionales; así como el desarrollo de metodologías y asistencia técnica para fortalecer la capacidad de las distintas organizaciones de la sociedad civil para el seguimiento de las Metas.
- Fortalecimiento de capacidades de autoridades nacionales, regionales y locales para la adopción de las Metas de Desarrollo del Milenio como metas de su gestión pública.
- A nivel de la gestión pública se requiere de capacitación para la generación, procesamiento y análisis de información, desagregada por sexo; así como el diseño de instrumentos de colección de información que respondan a la realidad diversa y a las dinámicas locales y regionales.
- Elaborar procedimientos e indicadores especiales a fin de analizar los programas de desarrollo desde el punto de vista de sus efectos sobre uno y otro sexo y evaluar la repercusión de esos programas en la condición social, económica y sanitaria de las mujeres, y en su acceso a los recursos.
- Sensibilización a legisladores(as) y formuladores(as) de políticas públicas en los tres niveles de gobierno, para la consideración de las Metas de Desarrollo del Milenio como marco de sus iniciativas y decisiones.
- Difusión del Código de Ética de la Función Pública, Ley 27815,13 de agosto de 2002. El servidor público debe actuar con absoluta imparcialidad política, económica o de cualquier otra índole en el desempeño de sus funciones demostrando independencia a sus vinculaciones con personas, partidos políticos o instituciones.
- Promoción del uso del lenguaje sensible al género en todos los niveles de la gestión pública.
- Colaboración interagencial para el desarrollo de estudios nacionales sobre el avance en la implementación de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- Promover la elaboración de presupuestos participativos con enfoque de género como forma de asegurar que las políticas y gastos gubernamentales se inviertan en la promoción de la equidad y de los derechos humanos.
- Impulsar la aprobación de la Ley de Igualdad de Oportunidades con Equidad de Género, pendiente en el Congreso de la República.

- Incidir para lograr la aprobación del nuevo Plan de Igualdad de Oportunidades con Equidad de Género – MIMDES, como marco rector de los planes regionales y locales.
- Promover la modificación de la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, de tal manera que se incorpore a nivel de las gerencias una de igualdad de oportunidades con equidad de género, y se garantice la participación de las organizaciones de mujeres en los Consejos de Coordinación Regional.
- Establecer como responsabilidad del(a) Presidente(a) del Consejo de Ministros informar periódicamente ante el Pleno del Congreso sobre los avances y las acciones sectoriales para lograr el cumplimiento de las Metas y Objetivos de Desarrollo del Milenio.

ERRADICAR LA POBREZA EXTREMA Y EL HAMBRE

- Revisar los criterios en los que se basa la distribución del presupuesto para el gasto social, asignando más a aquellas zonas con mayor índice de pobreza, identificando a su vez la situación de los niños, niñas, jóvenes, mujeres, mujeres jefas de hogar, área urbana, rural; zonas de mayor impacto de la violencia política entre otros criterios sociales. Así como la revisión de los mecanismos de administración de los programas de apoyo alimentario para evitar que parte del presupuesto se asigne para cubrir la burocracia y el destinatario(a) reciba menos del 50% del presupuesto previsto.
- Los programas sociales para las zonas urbanas deberían priorizar los microcréditos privados y los programas sociales de educación y alimentación. Las zonas rurales deberían ser atendidas con programas de generación de empleo e ingreso y con programas sociales complementarios de alimentación-salud y salud-educación (Vásquez, 2000).
- Incorporar en los criterios para la calificación de los proyectos que se formulan en el proceso del presupuesto participativo indicadores de equidad social y de género, que no necesariamente coinciden con los establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas que responden básicamente a criterios económicos y de infraestructura.
- Es igualmente necesario tener en cuenta las prioridades de la propia población en el diseño y prioridad del tipo de proyectos que ofrecen los programas de alivio a la pobreza, así como su colaboración en la implementación y vigilancia.
- Fomentar la autonomía de las mujeres y de sus organizaciones respecto a los gobiernos locales, regionales y nacional de turno, a fin de evitar que los programas sociales sean utilizados como mecanismos para ganar y consolidar clientela política basada en el asistencialismo.
- Fomentar la práctica de la vigilancia ciudadana respecto a los programas sociales por parte de las beneficiarias tanto a la gestión como a la actuación de sus propias representantes ante las instancias de gestión y administración.
- Más allá del desarrollo de las campañas para la documentación, es necesario institucionalizar mecanismos y asignar recursos públicos, para que toda la población se encuentre debidamente documentada, atendiendo de manera especial a las mujeres de las zonas rurales quienes presentan la mayor incidencia de indocumentación.

MEJORAR LA SALUD MATERNA

- Pese a la función protagónica de las mujeres en la gestión de la salud ya sea en el ámbito institucional o en el seno de la familia y la comunidad –promotoras de salud, ayuda para la ejecución de campañas, comités de vigilancia– éstas permanecen subrepresentadas en las estructuras de poder local, nacional y sectorial que definen prioridades y asignan recursos. La poca participación de las mujeres en la toma de decisiones hace que con frecuencia sus necesidades no lleguen a considerarse prioritarias ni a recibir asignaciones apropiadas de los recursos disponibles⁶⁰.
- Como bien se señala en los Lineamientos Sectoriales de Políticas 2002-2012, se requiere contar con un modelo de promoción de la salud que incorpore con mayor fuerza y decisión política el diálogo democrático en las relaciones del sector salud con la población y sus organizaciones representativas. Hasta ahora poco se ha avanzado en darle voz en la identificación de necesidades, la construcción de políticas, la gestión de los servicios de salud y la evaluación. La mayor participación de ciudadanos(as) incide también en la consolidación de mecanismos de control y corresponsabilidad social.
- En este campo constituye un avance la implementación de la Dirección General de Promoción de la Salud y el desarrollo concertado con los gobiernos locales y regionales, de programas de promoción de la salud que recojan las iniciativas autónomas.
- Consideramos que no es posible construir la equidad social de espaldas a la equidad de género. Es decir, que se requiere de políticas de redistribución que eliminen la explotación y pobreza específicos del género y la abolición de la división del trabajo según género –tanto la división entre trabajo remunerado y no remunerado, como la división de género interna al trabajo remunerado–; como de políticas de reconocimiento dirigidas a cambiar las valoraciones culturales que privilegian la masculinidad y niegan igual respeto a las mujeres⁶¹. Sin embargo, el enfoque presente en el Modelo de Atención Integral en Salud –MAIS–, traduce solo uno de equidad social al señalar que *«la atención debe ser equitativa, en la medida en que se reconocen las grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida y salud de las personas. La atención debe contribuir a eliminar las iniquidades, distribuyendo los recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los grupos de población en función de sus necesidades de salud»* (Principios o valores del MAIS).
- Para reducir el número de abortos, la morbilidad y la mortalidad materna en adolescentes resulta indispensable prevenir los embarazos no deseados, es decir, garantizar a este grupo poblacional educación sexual y reproductiva y acceso a métodos anticonceptivos. Sin embargo, la política Décimo Sexta, *Fortalecimiento de la Familia, Protección y Promoción de la Niñez, la Adolescencia y la Juventud*, hace referencia a la paternidad y maternidad responsables de mujeres y hombres que planifican su familia y participan en programas formativos de sexualidad responsable; así como de orientación familiar de parejas jóvenes, pero no especifica si ello incluye a los adolescentes, no se habla de salud sexual ni reproductiva, ni tampoco de derechos sexuales y derechos reproductivos. Asimismo, plantea la educación sexual en todos los niveles, pero la enmarca en el respeto del derecho de los padres a brindar la educación particular que crean más conveniente para sus hijos(as).

⁶⁰ Gómez, Elsa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS.

⁶¹ Fraser, Nancy. *Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista»*. Facultad de Derecho. Universidad de los Andes. Colombia, 1997.

- Para garantizar el acceso de los(as) adolescentes –el Código de Niños y Adolescentes considera como adolescentes a los comprendidos entre los 12 y 18 años de edad– a servicios y anticoncepción, la adecuación del marco legal es importante; sin embargo, es también necesario generar y fortalecer una conciencia política sensible que apruebe la asignación de recursos y asuma la implementación de servicios de calidad.
- Se debe modificar el marco normativo, de tal forma que se permita el acceso a la anticoncepción oral de emergencia sin receta médica y como medida profiláctica, a fin de que las mujeres puedan recibirla lo antes posible.
- Una de las determinantes de salud que inciden en la mortalidad materna es el tema nutricional, el 31% de mujeres en edad fértil tiene anemia. Revertir esta situación demanda de un abordaje con enfoque de género e interculturalidad; es decir, no basta con distribuir alimentos a través de los distintos programas sociales, sino que se debe considerar si lo que se ingiere está de acuerdo con el desgaste que ocasionan los múltiples roles que desempeñan varones y mujeres, el número de hijos(as), el espaciamiento entre éstos, la toma de decisiones, el acceso a los recursos, las costumbres sobre quién debe alimentarse más, aun en contextos de escasez; así como la calidad, consistencia y frecuencia de lo que se ingiere, entre otras.
- Cerrar la brecha entre la oferta y la demanda real de métodos anticonceptivos, de acuerdo a las necesidades reales de las usuarias/usuarios. Esta medida, así como las destinadas a fortalecer la autonomía de las mujeres para tomar decisiones sobre su cuerpo, su sexualidad, la reproducción y la visita a los servicios de salud, redundaría a su vez –de manera indirecta–, en la disminución de la brecha entre la fecundidad observada y la fecundidad deseada.
- Es necesario retomar el trabajo con las mujeres de los diferentes grupos étnicos sobre el derecho a tener control sobre su cuerpo y su sexualidad, es decir libertad y autonomía para la realización de los derechos sexuales y derechos reproductivos, a fin de disminuir las altas tasas de mortalidad materna y de prevalencia del VIH.
- Elaboración y aplicación de un protocolo de atención para los casos de aborto legal –aborto terapéutico–, atención humanitaria e integral del aborto inseguro, y la despenalización de las mujeres que abortan.
- Transversalizar los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad en las políticas de salud. En cuanto al enfoque de derechos humanos es necesario incidir en la integralidad e indivisibilidad de los mismos, de tal forma que los derechos sociales y económicos dejen de ser percibidos como subsidiarios –o de realización mediata– a los derechos civiles y políticos –de realización inmediata–.
- Abordar la salud desde la interculturalidad plantea la necesidad de tender puentes entre el sistema de creencias de la población rural sobre el cuerpo y las enfermedades: su causa, comportamiento, síntomas y curso y lo planteado por los(as) proveedores en su modelo de atención que se basa en el sistema biomédico de creencias y prácticas.

Este abordaje desde la interculturalidad plantea la necesidad de desarrollar en el personal de salud: a) respeto a las costumbres y tradiciones de la población. En lo posible, las prácticas ancestrales y el uso de plantas medicinales deberían ser aprovechadas por el sistema de salud; b) la realización de talleres o cursos de capacitación al personal de salud, requieren del desarrollo de mecanismos de consulta o diálogo con los(as) ciudadanos(as) de las localidades acerca de cómo desean ser atendidos(as), en el marco de sus costumbres y tradiciones y en el límite de la

no transgresión del principio bioético de no maleficencia; c) comunicarse a través de la lengua nativa que la comunidad o localidad a la que está destinado a servir reconoce como propia. Como se sabe, la lengua no es solo un medio de comunicación sino una especie de código que compendia la visión del mundo de una colectividad; d) los servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales: la adecuación de la infraestructura por sí sola no es suficiente; e) generación de espacios de concertación y diálogo intercultural en materia de salud, para el desarrollo de políticas públicas locales que expresen la prioridad de objetivos y la asignación de recursos, de acuerdo a las demandas de las comunidades rurales. Sin democratización la interculturalidad podría terminar siendo una expresión de buenos deseos.

- Con relación a la integralidad, las políticas de salud evidencian que la atención reproductiva se centra principalmente en las mujeres, y existe poca información oficial acerca de la salud y la atención a los varones y adolescentes de ambos sexos. En el caso de las mujeres, existe un enfoque reduccionista en la prestación al binomio madre-infante o a la planificación familiar, dejando de lado otros aspectos o etapas del ciclo de vida que trascienden al mandato reproductor.
- En el campo de la planificación familiar las acciones operativas siguen dirigiéndose a la mujer. El hecho que los hombres no sean incluidos en las ENDES –hasta ahora las informantes son las mujeres–, es un claro indicio que ellos no son sujetos de programación. Un elemento que podría estar contribuyendo a esto sería las pocas alternativas anticonceptivas para hombres. Es importante tomar en cuenta las recomendaciones y los distintos compromisos sobre la participación del varón.
- Las ENDES dan cuenta solo de la población comprendida entre 15 y 49 años, sin embargo, para muchas mujeres su vida sexual y reproductiva empieza más temprano. Es necesario contar con información oficial para conocer la problemática real de las mujeres embarazadas o madres, menores de 15 años.
- Las familias o los hogares no deberían constituir la unidad mínima de análisis estadístico o de la intervención en salud y de lucha contra la pobreza. La titularidad de los derechos humanos es individual, por tanto es el individuo la unidad de la que se debe partir, tal como aparece en los lineamientos de la Política de Promoción de la Salud.
- En todo caso, es necesario considerar y visibilizar la asimetría en la asignación de recursos dentro del hogar, a fin de identificar las desigualdades intrafamiliares en términos de acceso, poder y control sobre los recursos para el disfrute de la salud.

COMBATIR EL VIH/SIDA

- Los programas de prevención deben incidir en las mujeres y jóvenes. En el caso de las primeras, se requiere además abordar las causas fundamentales de su vulnerabilidad: desventajas jurídicas, sociales y económicas. En el caso de los jóvenes el énfasis debe estar puesto en el conocimiento, la información y la autonomía para tomar decisiones. En ambos casos, es necesaria la promoción del uso de preservativos como opción protectora.
- Eliminar la obligatoriedad de la prueba de VIH/SIDA para mujeres gestantes (artículo 4° de la Ley 26626), por ser violatoria de los derechos fundamentales de las mujeres. En todos los casos el asesoramiento y las pruebas deben ser voluntarias. Adicionalmente, más allá de la discusión

jurídica, sería recomendable registrar evidencia sobre la retracción de las mujeres gestantes para acercarse a los servicios de salud a partir de la dación de esta norma.

- Las intervenciones para el control del VIH/SIDA tienen que ser eminentemente educativas, consistentes en la equidad de género y con servicios de salud y medicamentos retrovirales accesibles; reconociendo que la mayor parte de las infecciones tienen como fuente de contagio las relaciones sexuales intersexos y no solo las poblaciones tradicionalmente consideradas de riesgo –homosexuales y/o trabajadoras sexuales–.
- Se debe asegurar que las mujeres infectadas con VIH, así como las redes y organizaciones de apoyo, sean involucradas en el diseño y la implementación de programas de prevención y atención. Esta recomendación se hace extensiva a la cooperación internacional, a fin de que la tenga en cuenta, como un requisito, en la construcción de sus programas nacionales y en el financiamiento de las diversas intervenciones que financien, tanto del Estado como de las organizaciones de la sociedad civil.
- Promover el debate sobre el derecho a aplicar las disposiciones de los acuerdos comerciales para ampliar el acceso a medicamentos y tecnologías relacionadas con el VIH. Esto, entre otras cosas, significa oponerse a las disposiciones sobre patentes más estrictas de lo necesario, en acuerdos de comercio regional para no menoscabar gran parte de la flexibilidad que brindan los acuerdos de comercio mundial y las declaraciones relativas a los países en desarrollo.
- Promover las investigaciones sobre la evolución de la enfermedad en el cuerpo femenino, el impacto diferencial en sus procesos biológicos, los efectos de los medicamentos antirretrovirales en el cuerpo de las mujeres y en relación con su fecundidad, así como las posibles interacciones entre los anticonceptivos hormonales y los medicamentos antirretrovirales.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- APRODEH - CEDAL. Informe anual sobre la situación de los Derechos Económicos Sociales y Culturales en el Perú. Diez años de pobreza y autoritarismo. Lima: Aprodeh, 2000.
- Center for Health and gender Equity (CHANGE); International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW); IPAS, Pacific Institute for Women's Health (PIWH). Cumpliendo los derechos reproductivos de mujeres afectadas por el VIH. Una herramienta para monitorear el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Noviembre 2004.
- Barroso Carmen, Directora de la Federación Internacional de Planificación de la Familia-Región Hemisferio Occidental (IPPF/WHR). 30 noviembre 2003.
- Bermúdez, Violeta. «Reforma del Estado e intereses de las mujeres: el proceso peruano». En: Mujer y Reforma Constitucional, aportes para el debate. Movimiento Manuela Ramos, noviembre, 2002.
- Bravo, Rosa. Las metas del milenio y la igualdad de género: el caso de Perú. CEPAL, mayo de 2004.
- Dador, Jennie. Pruebas de VIH/SIDA obligatorias para gestantes. En: Revista «Cuarto Femenino». Año 6. N° 20. Julio 2004. Lima, Perú.
- Dador, Jennie. Diagnóstico Normativo de los Derechos Sexuales y reproductivos en el Perú. Lima: Manuela Ramos, 2000.
- Díaz Palacios, Julio. Los Consejos de Coordinación Local. Un camino abierto para fortalecer la democracia, el desarrollo y la gobernabilidad en el marco de la descentralización. En la Participación Ciudadana y la construcción de la democracia en América Latina. Grupo Propuesta Ciudadana, CONSODE y otros. Lima, noviembre, 2004.
- Dierna, Rosa. Mortalidad Materna e interculturalidad. OPS-OMS. Perú, mayo de 2004.
- Fornet-Betancourt, Raúl. Filosofía e interculturalidad en América Latina: intento de introducción no filosófica. En: Interculturalidad, sociedad multicultural y educación intercultural. México, octubre 2002.
- Fraser, Nancy. Iustitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición «postsocialista». Facultad de Derecho. Universidad de los Andes. Colombia, 1997.
- Gómez, Adriana. La pandemia del VIH/SIDA y sus implicancias de género. En: Revista Mujer y salud. 2-3/2004. Red de Salud de las Mujeres de Latinoamérica y del Caribe. Págs. 1005-114.
- Gómez, Elsa. Programa Mujer, Salud y Desarrollo. División de Salud y Desarrollo Humano. OPS.
- Gúezmes, Ana. Calidad de la atención en los servicios de salud sexual y reproductiva. En: Los Consensos de El Cairo. Monitoreo como práctica ciudadana de las mujeres. Primera edición, noviembre de 2003.
- INEI. Perú: Compendio Estadístico 2001. Lima: INEI, 2001.
- INEI. Encuesta Nacional de Hogares, 2003.
- INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 - ENDES 2000. Lima: INEI, 2001.
- León, Elvira y otra. Conocimientos, actitudes y prácticas en relación al espaciamiento del embarazo. Estudio cualitativo en tres ciudades del Perú. CATALYST Consorcium, julio-agosto 2002.
- Massolo Alejandra. «Políticas públicas locales de equidad de género. Una innovación de la gestión municipal». En: El Municipio. Un reto para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Instituto Nacional de las Mujeres. México, 2003.
- Montaño, Sonia «El Sueño de las Mujeres: democracia de la familia». En: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo. Octubre, 2004.
- MIMDES. Plan de Igualdad de Oportunidades entre mujeres y varones. 2003-2010. Documento en consulta pág. 14.
- Movimiento Manuela Ramos. Derechos de las mujeres y equidad de género: estado actual de su cumplimiento por el Estado peruano. Insumo para la vigilancia ciudadana. Lima, 2001.
- PROMUDEH. *Perú: Informe Nacional sobre la Implementación del Programa de Acción de El Cairo*. Lima: Promudeh, 1999.
- Ruiz Bravo, Patricia. Incorporación del enfoque de género en el documento de Estrategias de superación de la pobreza y oportunidades económicas para los pobres. Consultoría elaborada para OIT. Lima, diciembre de 2003.
- Sartori, Giovanni. La sociedad multiétnica. Pluralismo, multiculturalismo y extranjeros. Santillana, Madrid, 2001.
- Standing, Hilary. El género y la reforma del sector salud. Publicación Ocasional N° 3. OPS, 2000.
- Vásquez, Enrique. Presupuesto Público y Gasto Social: la urgencia del monitoreo y evaluación. Universidad del Pacífico, 2004.

*RECOMENDACIONES POLÍTICAS PARA EL CUMPLIMIENTO
DE LAS METAS DE DESARROLLO DEL MILENIO*
se terminó de imprimir en abril de 2005
en los talleres gráficos de Aldo Ocaña Correa.
Carlos Gonzales 256-260, San Miguel
Teléfonos: 452-4239 / 452-4123
Aldoocana@terra.com.pe