



POR UNA LEY GENERAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

**QUE GARANTICE LOS DERECHOS
FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS**

© Movimiento Manuela Ramos
Av. Juan Pablo Fernandini 1550, Pueblo Libre
Lima 21 - Perú
Teléfonos: (01) 423-8840 Fax: (01) 431-3312
Postmast@manuela.org.pe
<https://www.manuela.org.pe>

Contenidos: Lisbeth Guillén Chávez / Jacqueline Valenzuela Jiménez
Transcripción: Milagros Yucra Casanave

Diseño, diagramación e impresión: Roble Rojo Grupo de Negocios S.A.C.
Américo Vespucio 110 COVIMA, La Molina
Telf: 348 5571
info@roblerojo.com
Web: roblerojo.com

Edición: Lima julio, 2008
Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2008-08341

Edición auspiciada por El Fondo de Población de las Naciones Unidad (UNFPA).

Las opiniones contenidas no expresan necesariamente los puntos de vista de la entidad auspiciadora.

Índice

Presentación	7
Primera parte:	9
Situación del Proyecto de Ley N° 1062/2006 Ley General de Salud Sexual y Reproductiva	
1.1. ¿Por qué una Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva?	9
1.2. ¿Cuáles son los contenidos del proyecto de Ley?	11
1.3. ¿Cuáles son los compromisos del Estado para aprobar la Ley?	14
1.4. ¿Cuáles son los antecedentes del Proyecto?	14
1.5. ¿Cuál ha sido la Ruta del Proyecto?	15
1.6. ¿Cuál es la situación actual del Proyecto?	17
1.7. ¿Qué acciones se están realizando desde la sociedad civil para promover el debate y la aprobación de la Ley?	18
Segunda Parte:	19
Memoria de las Audiencias realizadas durante el año 2007	
a) Aspectos generales	19
2.1. Objetivos de las audiencias	19
2.2. Convocatoria de las audiencias	19
2.3. Metodología de las audiencias	21
b) Los temas y las propuestas	22
2.1. Necesidad de una Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el país	22
2.2. Enfoques	23
2.3. Servicios	24
2.4. Mortalidad Materna	25
2.5. Embarazo no deseado	27
2.6. Embarazo Adolescente	28
2.7. Políticas de Planificación Familiar	30
2.8. VIH/SIDA	30
2.9. Violencia Sexual	31
2.10. Destinatarios de la Ley	31

2.11. El Presupuesto	32
2.12. Mejorar la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva	32
2.13. Participación Ciudadana	33
2.14. Cumplimiento de la Ley	34
2.15. Temas que debe incluir la Ley	36
Tercera parte:	37
Marco Normativo de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos	
3.1. ¿Cuáles son las normas internacionales que garantizan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?	37
a) Las convenciones y pactos	37
b) Instrumentos internacionales no vinculantes	43
3.2. ¿Cuáles son las normas nacionales que garantizan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?	46
3.3. Legislación comparada	49
Anexos	51
Anexo N° 1. Resúmenes de las opiniones	51
Anexo N° 2. Propuesta de Carta dirigida a los/as Congresistas solicitando el debate y aprobación de la Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva	53
Anexo N° 3. Relación de Congresistas por Regiones donde se realizaron las Audiencias sobre el Proyecto	54
Anexo N° 4. Texto del Proyecto de Ley N° 1062/2006 Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva.	55

Presentación

El Movimiento Manuela Ramos en su apuesta por la igualdad de género y la realización de los derechos humanos de las mujeres, y en el marco del seguimiento a la labor parlamentaria que realiza desde su Programa de Participación Política y Ciudadanía entrega este documento: *«Por una Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva que garantice los derechos fundamentales de las personas»*. El texto recoge parte de las actividades que realiza el Programa para la promoción, debate y aprobación de la Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Este material contiene los antecedentes y la situación actual del Proyecto N° 1062-2006 Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva. Asimismo, presenta la memoria de las audiencias públicas desarrolladas para difundir y enriquecer el texto del proyecto.

El Proyecto fue presentado al Congreso de la República, en marzo del año 2007, desde entonces hasta el mes de noviembre se desarrollaron siete audiencias descentralizadas en diferentes regiones del país: Lima, Moquegua, Ayacucho, Piura, Trujillo, Arequipa y Chiclayo. Para el desarrollo de las audiencias se coordinó con el Congreso de la República: se contó con el apoyo y participación del congresista Daniel Robles, de las congresistas: Elizabeth León Minaya, Hilda Guevara, y Marisol Espinoza, y de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad y de la Mesa de Mujeres Parlamentarias Peruanas. A su vez en las regiones se coordinó con organizaciones, gremios e instituciones locales.

El documento se divide en tres partes. La primera presenta la situación actual del proyecto. En la segunda, se presenta la memoria de las audiencias descentralizadas realizadas durante el año 2007; y, en la tercera parte se da cuenta del marco normativo nacional e internacional que sustenta a los derechos sexuales y derechos reproductivos, y legislación comparada.

Esperamos que este material sea de utilidad para propiciar la promulgación de la Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva en el Perú.

La publicación de este material ha sido posible gracias a la asistencia técnica y financiera del Fondo de Población de las Naciones Unidas-UNFPA, entidad que también contribuyó a la realización de las audiencias públicas descentralizadas.

Lima, julio de 2008.

*Programa de Participación Política y Ciudadanía
Movimiento Manuela Ramos*

Primera parte:

Situación del Proyecto de Ley

Nº 1062/2006 Ley General de Salud Sexual y Reproductiva

1.1. ¿Por qué una Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva?

El Perú no cuenta aun con una norma legal que garantice a todas las personas sin ningún tipo de discriminación el ejercicio de sus derechos sexuales y derechos reproductivos. Esto es, los derechos de las personas a su autonomía para controlar y decidir sobre su propio cuerpo, así como el derecho a decidir cuando y cuántos hijos tener. El derecho al placer sexual sin necesidad de procrear, a formar una familia o no, el derecho a la libre orientación sexual y el derecho a una vida sin violencia, entre otros.

Si bien la Constitución Política ya garantiza el derecho a la salud, el derecho a decidir en materia de planificación familiar y también reconoce la igualdad ante ley y la no discriminación, es necesario contar con una ley marco que oriente la gestión en esta materia del gobierno nacional y de los gobiernos regionales y gobiernos locales y que establezca los parámetros para el ejercicio del derecho a la rendición de cuentas y de vigilancia por parte de la ciudadanía.

Algunas cifras sobre la situación de la salud sexual y salud reproductiva en el Perú:

Embarazo Adolescente

- El 20.7% de la población peruana es adolescente, (5'887,183).¹ De este total, 2'888,063 son mujeres.
- El 12.7 % (3,343) de las adolescentes de 15 a 19 años a nivel nacional, son madres o estaban embarazadas por primera vez.²

¹ Anuario Estadístico de Cuanto S.A. 2006, p. 287. Estamos considerando a las personas entre los 10 a 19 años de edad.

² ENDES Continua 2004.

- Según el Instituto Materno Perinatal (ex Maternidad de Lima) el 60% de los embarazos adolescentes fue producto de una violación. (2003).

Inicio Sexual³

El 53% de los hombres y 32% de mujeres se habían iniciado sexualmente antes de los 15 años. El 21% señaló que el inicio sexual había sido contra su voluntad, mientras que el 79% restante señaló que fueron relaciones voluntarias.

- El 57% de las adolescentes actualmente unidas usa un método anticonceptivo, pero de ellas un 14% usa método tradicional.
- El 70% de adolescentes de 15 a 19 años que residen en zonas rurales ya han iniciado su vida sexual.⁴

Mortalidad Materna⁵

En el Perú cada día:

- 2,096 mujeres quedan embarazadas.
- 813 son embarazos no deseados.
- 324 sufren complicaciones obstétricas.
- 94 abortos incompletos son atendidos.
- 2 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto o puerperio.
- El 12% de la mortalidad materna en el año 2006 fue en adolescentes.

VIH/SIDA⁶

- El 97% de las personas contagiadas por VIH entre 1983 y 2007 lo fueron a través de la transmisión sexual.
- 17,761 casos de SIDA han sido notificados al 30 de abril de 2007. De este total, el 80% corresponde al sexo masculino, y el 20% al femenino.
- 28,624 casos de VIH han sido notificados al 30 de abril de 2007.

Aborto⁷

- El 60% de los embarazos en el Perú son no deseados.
- Hay mujeres sexualmente activas que no quieren más hijos o no los quieren en los próximos dos años pero corren el riesgo de quedar embarazadas sin desearlo porque:
 - 20.8% No usan métodos anticonceptivos.
 - 6.8% Usan la abstinencia periódica pero no conocen el funcionamiento de su periodo fértil.
 - 2.5% Están embarazadas por falla del método.

³ Proyecto Ser Jóvenes: Ayudando a mejorar la salud sexual y reproductiva de adolescentes y jóvenes rurales 2006-2009. Manuela Ramos.

⁴ CONAJU; 2004.

⁵ Estrategia Sanitaria de Salud Sexual y Reproductiva-MINSA, 2007.

⁶ DGE-MINSA.

⁷ Ferrando, Delicia. El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras, Lima. 2001.

Salud Materna⁸

- Prevalencia de la anemia entre mujeres de 15 a 49 años.
 - 34.2% en mujeres gestantes.
 - 37.7% en mujeres que se encuentran lactando.
- El 2.1% de las mujeres que residen en el área urbana no han recibido atención prenatal.
- El 10.8% de mujeres que residen en el área rural no han recibido atención prenatal.

Cáncer Ginecológico⁹

- Un tema que afecta a las mujeres es el tumor maligno de mama. En 1966 éste ocupaba el cuarto lugar como causa de muerte y en el año 2000 ocupaba el tercero.
- En el 2002 en el Perú ocurrieron 5,400 casos de cáncer uterino y 2,633 mujeres habrían fallecido por esta causa.

Violencia familiar y sexual

- Según la ENDES Continua 2004, el 41% de las mujeres alguna vez unidas reportaron algún tipo de violencia durante su relación de pareja.
- Solo el 14% acudió a buscar ayuda en alguna institución.
- De 6,564 casos de violencia sexual reportados ante la Policía Nacional a nivel nacional durante el 2006, el 77% de las víctimas tenía entre 0 y 17 años.
- En el año 2007, el Instituto de Medicina Legal del Ministerio Público reportó haber atendido 31,780 casos contra la integridad sexual, los casos están vinculados a delitos contra la libertad sexual.

Ello significa que:

- Cada día se reportan 87 casos.
- Cada hora se denuncian 3 casos.

Fecundidad¹⁰

- En el año 2005, el 27.3% de los nacimientos de los cinco últimos años ocurrieron sin estar previstos.
- El 29.2% de las mujeres quería que el nacimiento de su hijo/a fuera más tarde.
- Sumando los anteriores se concluye que el 57% de los nacimientos, ocurrieron sin que la madre lo hubiera deseado.

1.2. ¿Cuáles son los contenidos del proyecto de Ley?

El proyecto de ley contiene trece artículos y dos disposiciones finales que abordan los siguientes aspectos:

⁸ ENDES Continua 2004-2005.

⁹ DGE-MINSA.2004.

¹⁰ Anuario Estadístico de Cuánto,

Finalidad de la Ley

La Ley establece el marco normativo para que el Estado peruano implemente una Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que favorezca la salud y el bienestar de las personas, parejas y familias. La Ley compromete la actuación de todos los sectores del Estado peruano así como de los gobiernos regionales y gobiernos locales, para mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.

Objetivos generales de la Ley

- Promover el desarrollo integral y óptimo estado de salud de las personas y parejas.
- Garantizar el acceso a educación, prestaciones, métodos anticonceptivos, tecnologías, insumos y servicios, respetando la elección informada y libre de las personas.
- Eliminar barreras económicas, culturales, legales y sociales que limiten el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Asegurar medidas para reducir la morbi mortalidad materna e infantil.
- Promover la investigación científica y producción de información desagregada por sexo que reflejen la heterogeneidad social y epidemiológica del país.

Objetivos específicos de la Ley

El proyecto señala que los Planes y Programas que se ejecuten en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva tendrán como objetivos específicos los siguientes:

- a) Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto, puerperio y el post aborto, respetando las pautas culturales, garantizando la intimidad y privacidad.
- b) Garantizar a las mujeres en la etapa peri y pos menopáusica la atención integral de su salud y sexualidad, incluyendo aspectos de prevención, promoción y recuperación.
- c) Asegurar la creación, permanencia y asignación de recursos de los servicios diferenciados para la atención de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes; incluyendo a las adolescentes gestantes y madres.
- d) Promover una mayor participación y responsabilidad del hombre con relación al ejercicio de su sexualidad, la reproducción y las responsabilidades familiares compartidas.
- e) Garantizar la existencia de profesionales y operadores de la salud calificados y capacitados en sexualidad y reproducción, desde los enfoques de género, derechos humanos e interculturalidad.
- f) Promover la implementación de servicios de atención para el tratamiento de la infertilidad, esterilidad y el uso de técnicas de reproducción asistida.
- g) Promover la investigación científica en materia de salud reproductiva y tecnologías reproductivas, así como su difusión y utilización.

- h) Garantizar medidas necesarias para reducir el número de abortos inseguros mediante acciones de prevención basadas en campañas de información y educación sexual; y la provisión y acceso a servicios de calidad.
- i) Garantizar medidas necesarias para reducir el número de embarazos no deseados, incluyendo el de adolescentes.
- j) Asegurar a nivel nacional, programas de información y educación sobre sexualidad y salud sexual y salud reproductiva para todas las personas, según edad, sexo e identidad cultural, en el marco del respeto de los derechos humanos; en coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
- k) Promover conductas saludables para la prevención de ITS y el VIH/SIDA.
- l) Asegurar información y atención integral a las víctimas de violencia física, psicológica y sexual; contribuyendo a la prevención.
- m) Garantizar medidas necesarias para la prevención, detección y atención del cáncer de mama y cérvix uterino.

Principales Acciones de la Ley

- Información, diagnóstico y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/SIDA, sin discriminación por edad.
- Información completa, prescripción y provisión de la más amplia gama de métodos anticonceptivos.
- Implementación de una red de servicios de salud sexual y salud reproductiva, accesibles en lo físico, económico y geográfico, aceptables y de calidad.
- Inclusión de prestaciones de salud sexual y salud reproductiva en las distintas coberturas de aseguramiento y en los servicios privados.
- Capacitación continua a los prestadores de servicios en salud sexual y salud reproductiva.
- Realización de campañas de difusión, información, y orientación de promoción de los derechos sexuales y derechos reproductivos teniendo en cuenta la heterogeneidad del país.
- Asegurar información y atención integral a las víctimas de violencia física, psicológica y sexual.
- Promoción del uso del preservativo como método de doble protección: frente a las ITS, incluido el VIH/SIDA, y prevención de los embarazos no deseados.

Garantías para el cumplimiento de la Ley

Una de las formas para garantizar el cumplimiento de la Ley es la creación de Comisión Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva que tiene el expreso encargo de evaluar su cumplimiento. La comisión estará integrada por varios representantes:

- Del Poder Ejecutivo: Dos del MINSA (uno de los cuales lo preside), uno del MIMDES; uno del Consejo Nacional de Derechos Humanos del MINJUS; uno del MINEDU; uno del MINDEF y uno del MININTER.
- De los Operadores de salud: ESSALUD y Clínicas Privadas.
- De los Organismos académicos y profesionales: Colegio Médico del Perú; Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, Colegio de Obstetrices del Perú; Colegio de Abogados del Perú.
- De las ONG's vinculadas a la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- De las Organizaciones Sociales de Base o comunitarias, vinculadas a la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

1.3. ¿Cuáles son los compromisos del Estado para aprobar la Ley?

El Estado peruano se encuentra obligado a promover y garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, porque ha ratificado convenios internacionales que le señalan una serie de obligaciones y lineamientos. Entre ellos mencionamos, la Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW, la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer «Convención de Belém Do Pará», la Convención sobre los Derechos del Niño; y otros instrumentos que contienen directrices para la elaboración de políticas nacionales en esta materia.

1.4. ¿Cuáles son los antecedentes del Proyecto?

El anteproyecto de la iniciativa fue elaborado por la Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos, instancia integrada por el Movimiento Manuela Ramos, PROMSEX, CMP Flora Tristán, Pathfinder International, APROPO, APPRENDE, Redess Jóvenes, CESIP, Sociedad de Obstetricia y Ginecología, CENDIPP, INPPARES, Asociación Vía Libre, Asociación Grupo de Trabajo Redes, Instituto Educación y Salud, entre otras.

El 16 de enero de 2007 en la reunión «Diálogo Parlamento y Sociedad Civil: Promoción de la Equidad de Género, Salud Sexual y Salud Reproductiva» que fue convocada de manera conjunta por la Mesa de Mujeres Parlamentarias, la Comisión Especial de Seguimiento a los Objetivos del Milenio, el Grupo Parlamentario Peruano de Población y Desarrollo, y el Movimiento Manuela Ramos, se coincidió sobre la necesidad e importancia de contar con una Ley marco para la atención de la salud sexual y reproductiva.

En razón del interés mostrado por los y las congresistas asistentes el 30 de enero se remitió una carta a los integrantes de la Comisión de Salud y a los/as congresistas que habían asistido a la reunión. En la carta se adjuntó el texto del anteproyecto de ley, solicitando su presentación como proyecto de ley de manera multipartidaria.

Instrumentos Internacionales que comprometen la actuación del Estado peruano en materia de derechos sexuales y derechos reproductivos

Convenciones que generan obligaciones (Vinculantes)	Instrumentos que se constituyen en directrices
• Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer –CEDAW.	• Programa de acción de la Conferencia de Viena DDHH, 1993
• Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer «Convención de Belém Do Pará».	• Programa de Acción de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994.
• Convención sobre los Derechos del Niño.	• Plataforma de Acción de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995.
• Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.	• Resolución 60/1 aprobada por la Asamblea General A/RES/60/1 del 24 de octubre de 2005.

La Congresista Elizabeth León Minaya acogió la propuesta, comprometiéndose a su revisión y presentación con la adhesión de congresistas de las diversas bancadas.

1.5. ¿Cuál ha sido la Ruta del Proyecto? ¹¹

- El proyecto fue presentado formalmente al Congreso de la República el 08 de marzo de 2007, e ingresado con el N° 1062/2006. Fue Elizabeth León Minaya la parlamentaria que presentó el proyecto, el que también fue suscrito por parlamentarios/as de distintas bancadas:

Grupo Parlamentario Nacionalista Unión por el Perú (GPNUP)

- Elizabeth León Minaya
- Karina Beteta Rubin
- Isaac Serna Guzmán
- Edgar Reymundo Mercado
- José Vega Antonio
- Gloria Ramos Prudencio

Grupo Parlamentario Nacionalista (GPN)

- Juana Huancahuari Paúcar
- Maria Sumire de Conde
- Hilaria Supa Huamán
- Susana Vilca Achata

¹¹ Los resúmenes de las opiniones se adjuntan como anexo del presente documento.

Partido Aprista Peruano (PAP)

- Hilda Guevara Gómez
- Daniel Robles López

Alianza Parlamentaria (AP)

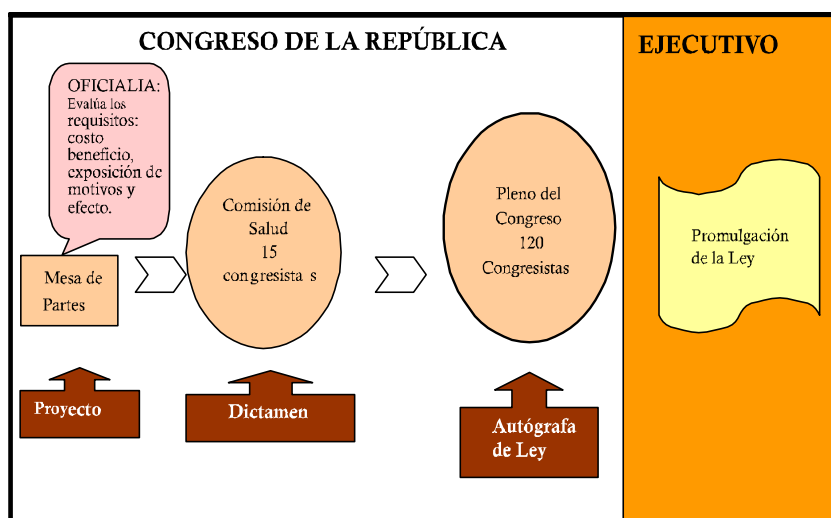
- Rosario Sasieta Morales

Unidad Nacional (UN)

- Guido Lombardi Elías

- El proyecto cuenta con el respaldo de varias instancias del Congreso de la República como, el Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI), la Mesa de Mujeres Parlamentarias (MMP), y el Grupo Especial de Seguimiento a las Metas del Milenio (GMM).
- El 13 de marzo de 2007 el Proyecto fue derivado a la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad. La Comisión tiene la función de estudiar el texto y emitir una opinión sobre el proyecto. El documento que contiene la opinión se denomina Dictamen, y puede ser favorable o desfavorable.
- Para la elaboración del dictamen la Comisión solicitó la opinión de los Ministerios e instituciones vinculadas al tema.
- El 23 de mayo de 2007, la congresista Elizabeth León Minaya sustentó ante la Comisión de Salud, el Proyecto de Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva. En esta sesión también se presentó la Dra. Lucy Del Carpio, Coordinadora de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Ministerio de Salud.

Ruta de un Proyecto de Ley



1.6. ¿Cuál es la situación actual del Proyecto?

El proyecto se encuentra en la Comisión de Salud para su Dictamen. La Comisión ha recibido opiniones de los siguientes sectores e instituciones¹²:

Instituciones y Opiniones remitidas a la Comisión de Salud en relación al Proyecto de Ley N° 1062/2006¹³

Institución	Fecha de envío	Contenido de opiniones
Ministerio de Salud MINSA	16 junio, 2008	Favorable.
MIMDES Asesoría Jurídica	01 febrero, 2008	Concluye que resulta viable.
MIMDES Dirección General de la Familia	26 noviembre, 2007	Opina a favor de la aprobación del proyecto.
Colegio Médico	08 febrero, 2008	Opina a favor. Y realiza dos recomendaciones.
Colegio de Obstetras del Perú	07 noviembre, 2007	Opina a favor. Pronunciamiento del Colegio en 24 regiones
Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud	28 marzo, 2007	De acuerdo con el proyecto. Felicita a la Comisión y a los congresistas por la iniciativa.
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología	14 diciembre, 2007	Señala estar de acuerdo y lo considera pertinente.
Ministerio de Justicia	05 setiembre, 2007	El documento concluye que el proyecto de ley es viable.
Ministerio de Defensa	10 noviembre, 2007	Expresa su opinión favorable, con varias observaciones.

¹² A la fecha, junio de 2008.

¹³ Los resúmenes de las opiniones se adjuntan como anexo del presente documento.

La Comisión no ha emitido el Dictamen correspondiente debido a que el Ministerio de Salud recién envió su opinión el 16 de junio del presente año, fecha en la cual ya había concluido la primera legislatura del año 2007. Por esta circunstancia, el debate del proyecto se posterga hasta la segunda legislatura que se inicia en el mes de agosto.

1.7. ¿Qué acciones se están realizando desde la sociedad civil para promover el debate y la aprobación de la Ley?

En el año 2007 se han realizado siete audiencias descentralizadas en diferentes regiones del país como Moquegua, Ayacucho, Piura, Trujillo, Arequipa, Chiclayo y Lima para difundir el texto y recoger comentarios y propuestas. Las memorias de las audiencias han sido remitidas a la Comisión de Salud.

En el presente año, se viene desarrollando reuniones de trabajo en varias regiones: Ayacucho, Arequipa, Piura, Trujillo, Chiclayo y Lima. Las acciones tienen como objetivo informar sobre la situación del proyecto, devolver la información recogida en las Audiencias y acordar estrategias para promover el debate y aprobación de la ley, entre éstas el envío de cartas a los y las congresistas señalando la importancia de la Ley y la necesidad de su pronta aprobación.

Segunda Parte:

Memoria de las Audiencias realizadas durante el año 2007

a) Aspectos generales

En el año 2007 se realizaron siete audiencias entre los meses de mayo y noviembre en varias regiones: Moquegua, Ayacucho, Piura, Trujillo, Arequipa, Chiclayo y Lima.

2.1. Objetivo de las Audiencias

Las audiencias tuvieron como objetivo la difusión del Proyecto de Ley N° 1062- 2006 Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva, para generar debate en torno a su contenido y recoger comentarios y propuestas. Además se publicaron artículos escritos por especialistas en periódicos de cada localidad.

2.2. Convocatoria de las Audiencias

La convocatoria fue amplia, participaron en total 1,117 personas, la mayoría de ellas mujeres (842), entre representantes de instituciones del Estado y de las organizaciones de la sociedad civil (ONGs, redes y gremios).

AUDIENCIAS DESCENTRALIZADAS ASISTENTES SEGÚN SEXO Y CONGRESISTAS PARTICIPANTES

Región	Fechas	Total Asistentes	Mujeres	Hombres	Congresistas que participaron
1 Lima	28, mayo	161	137	24	Elizabeth León, Rosario Sasieta, Hilaria Supa.
2 Moquegua	08, junio	250	194	56	Hilda Guevara
3 Ayacucho	28, set.	124	85	38	Elizabeth León
4 Piura	13, oct.	128	91	37	Marisol Espinoza
5 Trujillo	19, oct.	102	73	30	Daniel Robles
6 Arequipa	26, oct.	163	126	37	
7 Chiclayo	30, nov.	189	136	53	Hilda Guevara
	Total	1,117	842	275	

Cabe destacar, la participación de autoridades comprometidas con el tema. Así, del Sector salud estuvieron presentes representantes del: Ministerio de Salud -MINSA, de los Hospitales, Direcciones Regional de Salud-DIRESA, Centros de Salud, Seguro Integral de Salud, ESSALUD. Del Sector Educación, participaron representantes del: Ministerio de Educación, Direcciones Regionales de Educación DIREDU, de Universidades nacionales y privadas. Del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social - MIMDES, participaron representantes del: CONADIS, Centro de Emergencia Mujer. También, se contó con la participación de representantes de los Gobiernos locales y Gobiernos regionales. Y de representantes de la Defensoría del Pueblo.

Por parte de la sociedad civil participaron representantes de organizaciones locales de promoción y desarrollo social y de organizaciones de mujeres. En particular, la presencia de representantes de los Colegios Profesionales como Colegio de Obstetras, Colegio Médico, y de organizaciones como: APROPO, Red Mujer Rural, Inter Quórum, INPPARES, Promotoras de Salud, Consuelo Velasco, CESIP, CRECER, las y los Promotores de Salud, entre otros.

Para el desarrollo de las audiencias se coordinó con el congresista de la República Daniel Robles y las congresistas Hilda Guevara, Elizabeth León Minaya y Marisol Espinoza. Así también con la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad y con la Mesa de Mujeres Parlamentarias Peruanas.

En el ámbito regional se coordinó con instituciones locales como autoridades locales: Municipalidad (Arequipa), Gremios Profesionales: Colegio de Obstetras (Arequipa, Ayacucho, Trujillo) Asociación de Ginecología y Obstetricia (Trujillo). Organizaciones como: el Foro Salud (Ayacucho, Piura, Trujillo, Arequipa, Chiclayo), la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (Trujillo, Chiclayo) y organizaciones de la Sociedad Civil como: Asociación Humanidad Libre, Micaela Bastidas, Centro Ideas, Red de la Mujer Rural, CEPROMUN, FEDECMA, INPPARES, Viviendo en Positivo, entre otras.

El Movimiento Manuela Ramos y el Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (PROMSEX), fueron las responsables de la organización y desarrollo de las actividades.

INSTITUCIONES Y ORGANIZACIONES QUE PARTICIPARON EN LAS AUDIENCIAS DESCENTRALIZADAS		
Coordinación Lima	Coordinación Regiones	Participantes
Congreso de la República: - Comisión de Salud - Mesa de Mujeres parlamentarias - Congresistas: Daniel Robles, Hilda Guevara, Marisol Espinoza y Elizabeth León Minaya. Organizaciones: - Movimiento Manuela Ramos - Promsex	Autoridades locales: - Municipalidad Provincial (Arequipa) Gremios Profesionales - Colegio de Obstetras (Arequipa, Ayacucho, Trujillo). - Asociación de Ginecología y Obstetricia (Trujillo). Organizaciones: - Foro Salud (Ayacucho, Piura, Trujillo, Arequipa, Chiclayo) - Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza (Trujillo, Chiclayo) - Asociación Humanidad Libre (Arequipa) - Centro Micaela Bastidas y CEPROMUN (Trujillo) - Centro Ideas y Red de la Mujer Rural (Piura) - FEDECMA (Ayacucho) - INPPARES, Grupo Mujer, Viviendo en Positivo (Lambayeque)	Ministerio de Salud - MINSA: Dirección Regional de Salud -DIRESA Hospitales Centros de Salud Seguro Integral de Salud Ministerio de Educación -MINEDU Dirección Regional de Educación DIREDU Colegios Universidades nacionales y particulares Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, MIMDES Gobiernos Regionales Gobiernos Locales ESSALUD Defensoría del Pueblo, Organizaciones de la sociedad civil

2.3. Metodología de las Audiencias

Las audiencias se desarrollaron en dos etapas. En la primera parte, se presentó el Proyecto de Ley N° 1062-2006 Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva, su contenido y objetivos esenciales. En esta parte se contó con representantes de la Dirección Regional de Salud de cada región, que informaron sobre la situación de la salud sexual y reproductiva de la respectiva región y los puntos de principal preocupación. Participaron también especialistas presentando el marco jurídico, la situación de los derechos sexuales y reproductivos en el ámbito nacional y los compromisos internacionales asumidos por el Estado peruano en esta materia.

La segunda parte, fue básicamente participativa. Se recogieron los aportes de los participantes. Asimismo, en las tres últimas audiencias, se contó con una Mesa de representantes de la sociedad civil, que previamente habían revisado el proyecto para compartir su opinión y comentarios sobre el texto del proyecto. Además, se aplicó una encuesta entre los/las participantes sobre los distintos temas que aborda el proyecto de ley, las respuestas nutren también las propuestas recogidas en el presente documento.

b) Los temas y las propuestas

Como resultado del proceso de consulta se manifestaron los diversos problemas en torno a la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos existentes en cada una de las regiones. Varias de las propuestas recogidas están incluidas en el texto del proyecto, como el tema de la capacitación de los funcionarios y servidores. Otras abordan temas que no han sido incluidos en el proyecto y que deberían ser incluidos en el texto final.

2.1. Necesidad de una Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva

En todas las audiencias se reiteró la necesidad de contar con un marco normativo que contemple y garantice los derechos sexuales y derechos reproductivos. En este sentido, coincidieron los representantes de los gremios, de las entidades del Estado y de las organizaciones que promueven estos derechos.

Los gremios profesionales señalaron que en el desarrollo de sus actividades habían incidido en la falta de instrumentos legales, que recojan de manera explícita los derechos sexuales y reproductivos. Las leyes deben contener políticas que garanticen el ejercicio de estos derechos. *«El Colegio de Obstetrices, en el Congreso de Salud Sexual y Reproductiva que tuvimos del 06 al 09 de setiembre incidió, mucho de que debería haber una Ley de Salud Sexual y Reproductiva propia, porque el Perú lo necesita».* (Representante del Colegio de Obstetrices de Trujillo). Es *«muy importante que se trate de promulgar una Ley sobre derechos sexuales y reproductivos»* (Representante del Colegio Médico de la Libertad).

Los funcionarios del Estado, señalaron que para realizar una mejor labor se requiere mejorar la normatividad, específicamente se refirió el trabajo que cumplen en los hospitales y en los Centros de Salud *«En eso, nos ayuda muchísimo este tipo de normas, este tipo de leyes que orienta y fortalece este tipo de trabajo...».*

Las organizaciones de la sociedad civil de Lima y regiones, que desde hace varios años trabajan los temas vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, también expresaron su opinión a favor de la aprobación de la iniciativa.

Se señaló también que la ausencia de una norma legal afecta a todos los peruanos y peruanas, perjudica con mayor énfasis a los sectores más vulnerables y excluidos. En todas las regiones se señaló que los grupos de mujeres, las adolescentes, las niñas y niños, de las zonas rurales y de los territorios menos accesibles se ven perjudicados. Por otro lado, se resaltó que la promoción de los derechos sexuales y reproductivos favorece el desarrollo social.

«Lo necesitan especialmente en las zonas alto andinas de las zonas rurales que son excluidas». Apostamos por la aprobación de esta ley, su pronta implementación que reivindique los derechos humanos de todas las peruanas y los peruanos principalmente de los menos favorecidos, es decir, de aquellas poblaciones más vulnerables y excluidas»(Trujillo).

Las expectativas en torno a la aprobación de la Ley son diversas. Se expresó que constituirá un instrumento importante y fundamental para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva. Igualmente, será un mecanismo que promoverá el desarrollo social.¹⁴ De otro lado, se garantizará la libertad de las personas, mujeres y hombres, de todos los sectores sociales.¹⁵ Mejorará las relaciones entre los hombres y las mujeres, ya que son relaciones de poder. Mejorará el comportamiento de las personas. La Ley favorecerá no solo a las mujeres, sino también a la familia y la recuperará como célula básica de la sociedad. Favorecerá asimismo un Estado laico, conforme lo establece la Constitución.

Este marco legal garantizará la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos declarados y evitará la intromisión de la voluntad política o ideológica de los funcionarios en el cumplimiento de sus funciones. También, se consideró como un avance importante en nuestro país, debido a que hasta antes era considerado «sensible» y todavía en algunos sectores se consideran «tabú» los derechos sexuales y derechos reproductivos.

2.2. Enfoques

a) El Enfoque de Género

En varias regiones se dio énfasis al trabajo con las mujeres y los hombres. Un tema bastante solicitado fue involucrar expresamente a los hombres como sujetos de la ley. Varias propuestas recogidas en las encuestas también incidieron en este punto.

En **Piura**, se reclamó la necesidad de trabajar con los hombres en el tema de salud sexual y reproductiva, para generar mejores resultados. De otro lado se señaló que en la educación de los hombres es necesario incluir y visibilizar el tema del poder, y del abuso del poder, porque existen muchas ideas machistas que persisten en la cultura y los hombres tienen esos prejuicios.

En **Arequipa**, se mencionó a los servicios de salud que deben de ser inclusivos a los varones, ya que normalmente estos son hechos para cubrir las necesidades de las mujeres. En Moquegua, también se indicó la existencia de violencia hacia los hombres, señalando que hay pocos casos, pero que requieren igual atención por parte de los funcionarios de salud y del Estado.

¹⁴ «Este tema de Salud Sexual y Reproductiva es muy complejo que podemos decir también que es la columna vertebral para el desarrollo de la sociedad. Si la Salud Reproductiva anda bien de hecho que las personas trabajaremos mejor y desarrollaremos nuestra sociedad.»

¹⁵ «Felicitación y saludar el debate de esta ley. La Ley beneficia la libertad, yo creo que lo que está garantizándose con esta ley es el ejercicio al derecho sexual y reproductivo que tenemos todas y todos, varones y mujeres de cualquier sector social. Si bien hemos escuchado que la mayor parte de los problemas tienen las mujeres pobres, la muerte materna básicamente, los problemas de salud reproductiva de algunos sectores, el tema del derecho a la decisión libre voluntaria en sexualidad y reproducción pertenece a todas y todos los peruanos.»

En ese sentido, se destacó la necesidad incluir el enfoque de género. Es preciso que en la Ley se señale de manera clara las políticas dirigidas a la atención de las mujeres y de los hombres, de acuerdo a sus características y necesidades.

b) Sobre el Enfoque de Interculturalidad

Uno de los temas que generó debate fue la importancia del enfoque de la interculturalidad. En **Arequipa**, se señaló la necesidad de que la Ley responda al país heterogéneo y pluricultural, a la diversidad de cada región del país, y de cada grupo poblacional, de cada identidad de género y de cada grupo étnico. Siendo necesaria una ley que tome en cuenta las diferencias. En **Moquegua**, se coincidió en esta perspectiva, mostrándose preocupación para que la Ley contemple costumbres como el parto vertical, costumbres y normas, que toda ley debe respetar y conocer.

En **Ayacucho**, se mencionó que existe temor de la población de asistir a los establecimientos de salud, porque éstos no toman en cuenta la idiosincrasia, las costumbres, ni expectativas de los y las pobladoras. En ese sentido, se señaló la importancia de la interculturalidad, en el proyecto de ley. Y se redundó en tomar en cuenta las costumbres, vivencias de las mujeres que acuden y generar un servicio adecuado a sus necesidades.

Este tema también fue propuesto en las encuestas, así como la necesidad de tomar en cuenta la diversidad de culturas existentes en el país; y enfatizar en los aspectos culturales y sociales como un asunto importante frente a los derechos sexuales y reproductivos.

2.3. Servicios

a) Acceso a Servicios Especializados

El acceso a los servicios fue uno de los temas más frecuentes. En **Ayacucho**, el acceso físico a establecimientos de salud, es uno de los temas más álgidos. En el distrito menos pobre, las personas tienen el 91% de acceso a establecimiento de salud, pero en el distrito más pobre el acceso solo alcanza al 23%. Lo que significa que un sector, aun no puede acceder a la atención en los centros de salud. Como producto de ello, en Ayacucho sigue alta la tasa de mortalidad materna, en el año 2007 (hasta agosto) 95 mujeres que han fallecido en su domicilio y no habían podido ser auxiliadas ni atendidas.

Otro tema, que no permite el acceso es la inadecuada atención por parte de los proveedores de los servicios de salud. Cuando las personas no tienen una atención de calidad optan por no acudir, ello en muchos casos puede ocasionar la muerte. También es necesaria la educación, la información, adecuada que deben brindar en los establecimientos de salud. Es necesario que las mujeres sepan acudir al servicio en cuanto ven el peligro.

muertes maternas. En el año 2007 se han registrado 9 muertes maternas. La mortalidad afecta a las mujeres especialmente a las adolescentes y a las jóvenes.

La preocupación, en la región se basa en la subsistencia de las causas que continúan presentes en varias zonas de Ayacucho. Por ello, se plantean cambios en el sistema de atención y en las políticas en relación a la maternidad: *«Las causas de las muertes maternas continúan siendo las mismas, la pobreza, el acceso a los centros de salud. No ha habido cambios absolutos...».*

La mortalidad materna, también es una de las principales preocupaciones en **Piura**. Así, en el año 2004, se registro la más alta tasa de mortalidad materna con un número de 43 muertes maternas en toda la región. En el año 2006, el índice de muertes maternas alcanzó a 26 con una tasa de mortalidad materna de 83 por 100,000 nacidos vivos, lo que indica que hubo menor muerte materna. Según la representante de la DIRESA, esta cifra supera la tasa del promedio nacional *«...Pero, esto no quiere decir que estamos bien en relación a nivel nacional que es de 185 por cien mil nacidos vivos. Existen zonas donde se presentan las más altas tasas de mortalidad: como la red del sector Chulucanas».*

También, se mencionó que las cifras oficiales que informan sobre las muertes maternas no reflejan la realidad. Existen diversos factores que impiden un registro real del total de muertes maternas. *«...es preocupante debido a que en la zona rural entierran a sus fallecidas sin certificado de defunción, entonces también esto no quiere decir que este dato es real».* En Piura, la primera causa de muerte materna es la hemorragia, existe un 74% de mujeres con muerte a causa de hemorragias, 24% mueren por hipertensión inducido al embarazo, a todas las mujeres les sube la presión, y ellas convulsionan, entonces también estas mujeres tienen riesgo de morir.

En **Trujillo**, la muerte materna es uno de los principales problemas, y pese a los diversos esfuerzos realizados desde las instituciones, afecta a las mujeres más pobres. Según los representantes de la DIRESA, en Trujillo en el año 2000 se registraron 47 muertes, en el año 2007 (noviembre), se han registrado 28 muertes maternas. Según el representante de la Dirección Regional de Salud, la reducción de la mortalidad materna es una de las prioridades de su institución.

Las principales víctimas son las mujeres, más débiles, las que tienen menor poder, e influencia, las más pobres. Así, la mayor parte de muertes se registra en la zona de la sierra, un 66%, y en la zona de la costa un 33%. Mueren más las mujeres de 20 a 35 años, luego siguen las mayores de 35 y las que en menor cantidad se presentan son las menores de 20 años. Si bien se registra como causas principales las hemorragias, las enfermedades hipertensivas del embarazo y las infecciones, se debe incluir la pobreza como uno de los factores fundamentales, porque la mayoría de las mujeres son las más pobres.

Lambayeque alcanzó el 8vo lugar, dado que en el año 2005 se registraron 23 muertes, ahora está situado en el 15o lugar a nivel nacional, el año 2006 se tuvieron 26 muertes maternas. Las cifras han descendido, pero es muy difícil erradicarla. En el año 2007 se han registrado 32 muertes.

Gran parte de mortalidad materna se registra en los lugares más alejados de la región de Lambayeque, zonas de difícil acceso, especialmente las zonas rurales, donde hay que desplazarse por varios días. En los hospitales, se han registrado una menor cantidad muertes maternas, por ejemplo, en el Hospital Las Mercedes el 25% del total de muertes corresponde a muerte materna.

Un tema recurrente sobre mortalidad materna ha sido la inexistencia de una política adecuada dirigida a enfrentar la mortalidad materna. En ese sentido, surge la necesidad de que la Ley de Salud Sexual y Reproductiva, incorpore el tema de la mortalidad materna como una de las prioridades.

La incidencia de la pobreza, hace necesario enfrentar la mortalidad materna de manera integral e intersectorial, involucrando a otros sectores del Estado.

2.5. Embarazo no deseado

a) Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE)

En varias regiones señalaron la importancia de la Anticoncepción Oral de Emergencia AOE, que si bien no es un método anticonceptivo regular, y debe estar disponible ante situaciones de emergencia.

En **Chiclayo**, mencionaron que a partir del año 2005 se comenzó a distribuir la AOE y solamente 18 mujeres accedieron. En el año 2006, aumentó la cifra de mujeres que lo solicitaron: 36 adolescentes y 329 mujeres adultas pudieron acceder a este método. En lo que va del año (2007), se ha incrementado la cifra, en la región ya son 59 adolescentes y 923 adultas que han solicitado acceden a éste método. Ello también significa que está mejorando su distribución y acceso. Desde otro lado, incidieron que la consejería no lo señala como método anticonceptivo de rutina, sino para emergencias.

En **Trujillo**, se hizo referencia expresa a la posición del Colegio Médico respecto a la AOE, que desde el punto de vista técnico es un método anticonceptivo y puede prevenir abortos. Por ello, se señaló, la necesidad de su distribución. Además, la AOE ya se encuentra aprobado en las Guías Nacionales de Salud Reproductiva del Ministerio de Salud que indican en que situaciones pueden ser utilizadas.

b) El Aborto

El aborto fue uno de los temas en que se incidió en todas las zonas, y fue considerado como la primera causa de mortalidad materna. Los índices

presentados en las audiencias revelan su alta prevalencia. En **Ayacucho**, en el año 2005, solamente en el Hospital Regional de Ayacucho se habían registrado 666 abortos y para el año 2006, solo en el Hospital regional tenemos registrados 782 casos. Ello provoca una preocupación, debido a que en la mayoría de los casos, los abortos no son espontáneos sino provocados. Este dato se relaciona con el embarazo no deseado. En Ayacucho, se informó que se registraron 813 mujeres tenían embarazos no deseados.

Para **Chiclayo** también el aborto se constituye un problema. Las cifras revelan que a nivel de la Dirección Regional de Salud de Lambayeque, durante el año 2005 tuvieron 775 abortos registrados, un 12% (93 casos) correspondían a abortos en adolescentes. Y durante el año 2006, se registraron 747 abortos, el 15% de ellos o sea 112 casos correspondían a esta población adolescentes. Se señaló, que en los años 2003 y 2004 las cifras registradas eran mayores. Y existía la preocupación por la menor incidencia desde el año 2005 que respondía a otros factores, como los legales que impiden que las adolescentes recurran a hospitales o centros de salud:

«...o probablemente ya no están llegando, y no están llegando justamente porque existen ciertas limitaciones legislativas, que impiden el acceso a la atención de los adolescentes y que sería importante que también se puedan estar tratando en este proyecto de ley».

En **Trujillo**, se hizo mención al aborto y la Anticoncepción Oral de Emergencia AOE. Se señaló su necesaria promoción y acceso como uno de las formas de evitar las altas tasas de abortos, ya que una de las principales causas de los abortos son por los embarazos no deseados.

Otro tema abordado fue el aborto terapéutico y la necesidad de un protocolo de atención. En **Lambayeque**, en el Hospital se han registrado casos, donde la vida de las mujeres se encontraba en riesgo, pero la falta de un instrumento técnico que indique los casos y el procedimiento impidió la aplicación del aborto terapéutico.

En las encuestas, hubieron varias propuestas a favor de legalizar el aborto y posibilitar que las mujeres que recurran al aborto tengan una atención médica adecuada. Se señaló la necesidad de incorporar el aborto ante el embarazo por violación y el aborto terapéutico. Sin embargo algunas propuestas, se dirigieron a la promoción del derecho a la vida, y que toda propuesta legal tenga de manera explícita la vida humana como la base de las propuestas.

2.6. Embarazo Adolescente

De otro lado, se señaló como un problema común en todas las regiones el embarazo adolescente. Las cifras presentadas en las regiones son altas. En **Trujillo**, se informó que en el año 2006, se presentaron 33,233 gestantes de los

cuales 7,783 fueron madres adolescentes. Es decir, entre el 15 al 18% de las gestantes son adolescentes, es decir tienen entre 12 a 18 años como un promedio de la región.

En **Chiclayo**, se manifestó la problemática de gran preocupación para toda la comunidad, especialmente por las altas tasas que se presentan. Así, en la región del total de mujeres embarazadas, un 25% corresponde a mujeres adolescentes que cuentan entre diez y catorce años. La mayor incidencia de embarazos adolescentes sucede en mujeres que cuentan entre 15 y 19 años. Para el año 2005, del total de las gestantes un 24.8% corresponde a madres adolescentes. En el año 2006, se han registrado un 22.4% de embarazo adolescente. En el año 2007 (hasta octubre) se han presentado 176 casos de embarazos de niñas y adolescentes entre 10 a 14 años y de 15 a 19 años 4,287 de embarazos de adolescentes y jóvenes. Las edades de las madres oscilan entre 10 a 19 años, pero como lo indican las cifras señalan que la mayoría de los embarazos ocurren en mujeres 15 a 19 años.

En **Ayacucho**, se señaló que una de las metas de las autoridades de Salud es la disminución de los embarazos adolescentes. Del 100% de embarazos registrados, el 15% se produce entre las adolescentes de 10 a 19 años de edad. En **Piura**, se mencionó que el Distrito de Cura Mori considerado de pobreza y extrema pobreza, tiene a nivel de la región uno de los más altos índices de embarazo adolescente a nivel nacional.

En **Lima**, se hizo énfasis de las altas tasas de embarazo adolescente que despoja a las mujeres de oportunidades y en algunos casos frustrando su proyecto de vida. Es uno de los temas que el Estado debe atender con políticas específicas de atención y adecuadas para la población adolescente.

En **Chiclayo**, se señaló la falta de información de los adolescentes y jóvenes para la prevención del embarazo no deseado. Ya que la maternidad temprana obliga a las niñas y adolescentes a afrontar la maternidad con todas sus obligaciones y consecuencias. Se reiteró que el embarazo adolescente sigue siendo un problema y que requiere también dar información sobre los anticonceptivos y que los jóvenes tengan acceso gratuito a ellos.

En **Trujillo**, se informó que el mayor uso de métodos anticonceptivos por parte de las parejas adolescentes, se realiza con aquellos que son de fácil acceso como el condón o preservativo.

Los/las participantes en las audiencias regionales coincidieron en señalar que hace falta el trabajo de promoción y prevención del embarazo adolescente, y una política que enmarque un proceso educativo que involucre la prevención del embarazo adolescente.

Del mismo modo, en las encuestas la prevención del embarazo adolescente ha sido uno de los principales temas planteados.

2.7. Políticas de Planificación Familiar

La planificación familiar, fue uno de los temas centrales porque, como se señaló garantiza los derechos sexuales y reproductivos y es una de las mejores estrategias para hacer frente a la mortalidad materna. Sin embargo, uno de los problemas, ha sido la falta de disponibilidad de métodos de planificación.

En **Chiclayo**, se informó sobre la insuficiencia de métodos anticonceptivos en los Centros de Salud y Hospitales, que no eran abastecidos desde el Ministerio de Salud, perjudicando a las usuarias: *«A veces, se cree que la mujer no quiere utilizarlos para evitar embarazos no deseados, sino que sucedía que los servicios de salud carecían de los métodos ...simplemente no teníamos la disponibilidad de los insumos para poderlos entregar durante este periodo, vemos que nos hemos ido recuperando en el año 2005 y 2006»*. Sin embargo, podemos decir que todavía existen serias deficiencias para abastecer la demanda de la población. Sobre este problema se señalan barreras de tipo administrativo de parte del Ministerio de Salud, que en muchos casos retardan la llegada de las remesas anticonceptivas, que garanticen la disponibilidad de los insumos en todos los establecimientos de salud.

En las encuestas, se señaló la importancia de la planificación familiar y la necesidad de información y acceso a los métodos anticonceptivos.

2.8. VIH/SIDA

En **Piura**, se señaló la preocupación por el VIH/SIDA por el incremento de los casos reportados. Así, se señaló que desde el año 2003 al 2005, los registros mostraron un claro ascenso. A partir del 2005, las cifras registradas indican un descenso. La cifra puede ser cuestionada porque específicamente en el año 2005 los Hospitales y Centros de Salud de la región no contaron con los reactivos para detectar el VIH/ SIDA. Se mencionó que aún persiste en algunos centros esta dificultad.

En **Lambayeque** también se informó de los casos reportados. Entre los años de 1983 a 1990 se reportaron 9 casos de SIDA. Entre los años de 1991 al año 2000, se reportaron 218 casos de infección por VIH y 146 casos de SIDA. Entre los años 2001 al 2006, la cifra se incremento a 537 casos de VIH y 198 casos de SIDA. Y en el año 2007 (hasta septiembre) se tienen reportados 66 casos de VIH y 23 casos SIDA.

En Lambayeque, se incidió en la importancia de los pacientes y el buen trato de los profesionales de la salud. Muchos profesionales califican negativamente a los portadores de virus y los discriminan.

En las encuestas, se señaló la necesidad de desarrollar campañas de prevención, detección y el cuidado a las personas portadoras del VIH/SIDA. Y la atención y prevención de enfermedades de transmisión sexual ETS.

2.9. Violencia Sexual

En **Ayacucho**, se destacó la existencia y relevancia de la violencia sexual en el ámbito familiar. Incluso en el matrimonio, donde las mujeres que no han querido tener hijos, han sido víctima de una violación sexual, agredidas y amenazadas para mantener una relación sexual. Las mujeres ante estas situaciones no tienen como protegerse y se producen embarazos no deseados.

En **Chiclayo**, se incidió en el mismo tema. La violación de las mujeres que luego de ser maltratadas física y psicológicamente, son violadas por sus parejas, por sus esposos, convivientes, lo que restringe su capacidad para decidir por un embarazo deseado.

De acuerdo a las encuestas, se debe incluir en el tema de la violencia sexual sus distintas manifestaciones como: la trata, el acoso sexual, la violencia de pareja, la pornografía. Y buscar la protección de las víctimas que son niñas, niños, adolescentes y mujeres.

2.10. Destinatarios de la Ley

Si bien el proyecto señala que los destinatarios serán todas las personas durante su ciclo de vida, en las audiencias se puso énfasis en la atención de las personas con habilidades especiales y las que integran el colectivo de Lesbianas, Gays, Bisexuales, y Trans (LGBT).

a) La atención de personas con discapacidad

En **Arequipa**, se señaló que en el Proyecto de Ley no se observa con claridad la atención de la sexualidad de las personas con algún tipo discapacidad. Se incidió en que se deben tomar en cuenta las distintas formas de discapacidad que sufren las personas y su adecuada atención.

b) Inclusión de los derechos de los Grupos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans (LGBT)

Se precisó que el proyecto aborde de manera expresa los derechos de las personas del colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y trans sexuales como: el derecho de atención en los establecimientos de salud, y garantizar su derecho a la maternidad y paternidad.

2.11. El Presupuesto

Un tema clave, para la vigencia de la Ley, fue la preocupación por el financiamiento que tendría este Proyecto de Ley. En todas las regiones se señaló que la falta de financiamiento puede poner en peligro el cumplimiento de las acciones y políticas que la ley contiene. Y se señaló que hay que garantizar algún tipo de financiamiento. En **Chiclayo**, por ejemplo, se señalaba el financiamiento como un presupuesto básico para el cumplimiento de la Ley. Además, de un presupuesto específicamente designado para estas tareas, que permitiría cumplir a cabalidad con las metas que plantea el proyecto.

Los problemas en la atención de la salud fueron muchos. Así, en **Piura** la representante de Federación de Mujeres, señaló la falta de medicamentos y de servicios, profesionales de la salud: «... *Tenemos un problema de que no contamos con profesionales en nuestra posta, no contamos con equipamiento, no hay paracetamol, ibuprofeno... a veces no tenemos para llevar en cuanto cuando dan a luz tenemos que pagar darle a la camioneta para que nos lleve poner la gasolina y pagar S/. 100.00 y si no pagar una moto taxi S/. 10.00 para que nos lleve al distrito central y a veces no contamos allí y tenemos que irnos a Chulucanas y es un gasto bastante*». Tampoco se cuenta con profesionales permanentes como médicos u obstetrices. A veces llegan estudiantes, realizan su tesis, prestan el SERUM, y luego se retiran y no queda nadie en su reemplazo.

En **Ayacucho**, se señaló que las mujeres son las más afectadas por estos problemas. Se propuso que la cantidad de profesionales debe corresponder a la población.

Este tema también fue mencionado con frecuencia en las encuestas, existe la preocupación para garantizar recursos para el cumplimiento de la Ley.

2.12. Mejorar la prevención y promoción de la salud sexual y reproductiva

En las audiencias y en las encuestas el principal tema fue la necesidad de la educación en torno a la educación sexual y reproductiva. Se propone incluir el tema de salud sexual en la currícula educativa. Se señaló que existen cursos en los que se puede incluir el tema de educación sexual y reproductiva.

En **Moquegua**, se dio énfasis a la educación sexual como forma de prevención de las problemáticas como el embarazo adolescente y las enfermedades sexuales y también la violación sexual.

En **Ayacucho**, por ejemplo se mencionó, que éstas pueden ser incluidas en el espacio de tutoría, antes denominado OBE. Señalaron que es un área que se viene fortaleciendo a nivel de todas las instituciones educativas, y se ha designado a profesores tutores. Estas oficinas funcionan en base a las directivas de la Dirección Regional de Educación.

En **Trujillo**, se reflexionó sobre el cuidado en los contenidos, la metodología y la formación de los docentes, de tal forma que se garanticen conocimientos y habilidades para los niños/as y los y las adolescentes.

Sobre el contenido, se señaló que un aspecto fundamental es el reconocimiento de la relaciones de poder, del enfoque de género. De esta forma:

«... va a tener la suficiente entereza para poder ser vivo, para poder ser receptivo, para poder comunicarse efectivamente para poder tener una relación de poder digamos para mejorar la equidad en las relaciones de poder, para poder facilitar también a los servicios de salud sexual y salud reproductiva en esa medida el adolescente va a poder tomar decisiones y decisiones informadas».

En **Chiclayo**, se mencionó la importancia de la educación en el desarrollo de las personas, especialmente para el ejercicio de sus derechos. Y que una buena salud sexual se asegura con sistema educativo que forme a los alumnos y alumnas en el tema de salud sexual y salud reproductiva.

En **Arequipa**, se incidió en la educación en todos sus niveles, especialmente en la educación básica *«La ley también debe normar de qué manera va a participar el sector Educación, dado que el conocimiento de salud sexual y reproductiva se inicia en los primeros años de vida, en las etapas escolares sobretodo».*

Los padres también tienen responsabilidades en la formación de sus hijos. En **Ayacucho**, la educación de los padres también es importante, porque ellos forman a los niños y la educación viene de los padres y *«yo quisiera que haya una escuela de padres para una orientación a ellos porque la educación vienen desde los padres y los padres irán transmitiendo los mensajes a los hijos para que así pudieran cuidarse sexualmente y nada más».*

En **Chiclayo** se hizo énfasis en las regulaciones de los varios medios que son de fácil alcance para los niños/as y adolescentes, como por ejemplo el internet.

Del mismo modo, en las encuestas, se señala la constante difusión, promoción y sensibilización a la población sobre el tema, especialmente a docentes, los padres y madres de familia, a los clubes de madres, a las asociaciones y organizaciones. Y que la educación sexual se incluya desde los niveles de inicial, primaria y secundaria hasta la educación superior.

2.13. Participación Ciudadana

a) Propiciar la participación

En las regiones se solicitó la mayor participación de organizaciones e instituciones para el cumplimiento de la Ley (en cuanto sea aprobado el Proyecto de ley). En **Ayacucho**, se formuló la posibilidad de articular la Ley de Salud Sexual con las acciones del Gobierno Regional. *«... se viene trabajando el Proyecto Educativo*

Regional, y dentro ello, se tiene ese gran sueño de poder elaborar el Diseño Curricular Regional...en la cual, tendremos toda la posibilidad de poder insertar contenidos y temas referentes a la problemática (salud sexual y reproductiva) que estamos trabajando».

En **Moquegua**, se señaló que la participación de todos los sectores apoyaría el cumplimiento de la Ley como colegios, centros médicos, y funcionarios, del sector educativo. También se planteó la participación de mujeres de las organizaciones sociales de base.

En las encuestas, se mostró preocupación por la articulación con el Plan Nacional Concertado de Salud y con la Ley de Igualdad de Oportunidades.

Se hicieron propuestas para la coordinación con los gobiernos regionales y locales, en el marco del proceso de descentralización.

b) Rol de los Promotores y Promotoras de Salud

Un tema común en varias regiones ha sido resaltar la labor de los promotores de salud para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Se señaló que a través de la ley es importante fortalecerla y considerarlos a los promotores en las tareas que impulsa la Ley. En **Ayacucho**, señalaron que: «... Hemos olvidado una parte muy importante la labor que hacen los promotores de salud. Lamentablemente aquí nadie ha hablado de los promotores de salud a pesar que ellos están día a día en la comunidad con estas personas...»

En **Piura**, también se consideró necesaria la participación de las organizaciones de mujeres, especialmente de las promotoras de salud que se encuentran en contacto con la población.

En ese sentido, se propuso que las promotoras y los promotores puedan ser incluidas/os en la labor de prevención y promoción de la Ley, porque trabajan desde hace mucho tiempo, cuentan con experiencia, y se encuentran en muchas comunidades en las que carecen de profesionales de la salud. También se mencionó que pueden cumplir el rol de vigilancia para el cumplimiento de los preceptos de la Ley. «En las zonas rurales, no hay un ginecólogo, no hay una obstetriz y hay muchas muertes, yo creo que el papel de las promotoras de salud que ejercen un trabajo de voluntariado y que se transformen en Comité de Vigilancia sea considerado en la Ley como un personal de apoyo.

2.14. Cumplimiento de la Ley

a) Vigilancia ciudadana

Otro de los temas de cruciales fue la preocupación en todas las regiones para garantizar el cumplimiento de la Ley. Existe mucha desconfianza, por parte de las personas sobre la observancia de la Ley. En **Ayacucho**, se hizo énfasis en que

se cumpla, y que no solo en papeles, recordaron la frase «*hecha la ley, hecha la trampa*».

Por ello se, propone que las organizaciones se encarguen de la vigilancia y el cumplimiento de la Ley. También se propuso la difusión de la Ley, en todos los medios de comunicación.

De igual forma, en las encuestas, se dio énfasis en la participación de la sociedad civil, y de todas las organizaciones especialmente en la vigilancia para el cumplimiento de la Ley.

b) Propuestas en torno a la Comisión Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Sobre la Comisión Nacional que el Proyecto de ley menciona, se hicieron propuestas y sugerencias respecto a su composición.

En **Trujillo**, se sugirió la necesidad de incorporar a psicólogos, antropólogos y sociólogos. En las encuestas se sugirió la incorporación de una representante del Colegio de Psicólogos del Perú. Se sustentó este pedido debido a que los problemas en salud sexual y reproductiva están vinculados con vivencias, sentimientos, emociones de las personas. Haciéndose necesaria la atención al aspecto emocional de las personas. Por ejemplo, en el caso de las víctimas de violencia física, psicológica y sexual. En el caso de los antropólogos, se sustenta la necesidad en la diversidad de culturas existentes al interior del país y la adecuación de los servicios y políticas de acuerdo a las características sociales y culturales, para que sean efectivas.

En **Piura**, se debe incluir a las representantes de las organizaciones sociales de base, porque son las directamente afectadas, y pueden transmitir las necesidades de las mujeres, conocer todos los aspectos de la problemática la salud sexual y reproductiva.

En **Arequipa**, se propuso que la Comisión Nacional pueda ser descentralizada. Se planteó la idea de que cada región debe tener una Comisión que pueda hacer las labores a nivel local, para informar y coordinar con la Comisión Nacional. También sería útil para facilitar la vigilancia del cumplimiento de las acciones prevista por la Ley. En las encuestas se recoge la propuesta de formar comités de vigilancia en cada región.

En las encuestas, del mismo modo, se sugiere incluir a un representante de la Defensoría del Pueblo.

2.15. Temas que debería incluir la Ley

a) La Atención en Salud Mental

En **Arequipa**, se planteó incorporar la salud mental en el proyecto, por considerarlo importante y estar relacionado con los derechos sexuales y reproductivos. Se señaló que el Estado debe tener servicios gratuitos para la atención de la salud mental.

b) Técnicas de Reproducción Asistida

En **Trujillo** se hizo mención a que el proyecto de ley, no desarrolla de manera amplia el problema de la infertilidad. No hace énfasis en técnicas de reproducción humana asistida y la reducción de los costos de estas tecnologías a personas de menores recursos.

c) Rol de los Medios de Comunicación en los temas de Salud Sexual y Salud Reproductiva

En varias regiones se hizo hincapié en el rol que tienen los medios de comunicación, especialmente en relación a los derechos sexuales y derechos reproductivos. Se señaló que el proyecto en algún momento debía contemplar alguna forma de relación o trabajo de prevención que se debe realizar con estos medios.

d) Mejorar los objetivos específicos

Sobre el artículo 3º del proyecto referido a los objetivos específicos se hicieron dos aportes. En el inciso a) que señala: «Garantizar la atención de la mujer durante la etapa de embarazo, parto, puerperio y post aborto, estando muy centrado en la etapa de reproducción» se sugiere el texto «Garantizar la atención integral de la mujer en todas las etapas de su vida». Y el segundo aporte para agregar en el texto: «La Ley permitirá a los profesionales y personal de salud brindar la atención integral a los hombres y mujeres en los aspectos de salud sexual y reproductiva sin temores y sin restricciones de conciencia».

Tercera parte:

Marco Normativo de los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos son parte de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción.¹⁶

Existe un marco jurídico que a nivel internacional y nacional garantiza la vigencia de estos derechos.

3.1 ¿Cuáles son las normas internacionales que garantizan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?

a) Las Convenciones y Pactos

La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer- CEDAW

Fue aprobada por Resolución Legislativa N° 23432, publicada el 04 de junio de 1982. La Convención establece que los Estados adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer, a fin de asegurarle la igualdad de derechos con el hombre en la esfera de la educación y en particular para asegurar, el acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia. (Artículo 10° h). Garantiza el acceso a la atención los servicios de atención médica, incluyendo los que se refieren a la planificación de la familia (artículo 12°, inciso 1). Y en especial para que las mujeres de las zonas rurales tengan acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia (artículo 14° inciso 2).

¹⁶ http://www.profamilia.org.co/003_social/04derechos.htm

Los Estados adoptarán todas las medidas adecuadas para eliminar la discriminación contra la mujer en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares y, en particular, asegurar los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre los nacimientos y a tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos (artículo 16º, inciso 1, e).

Recomendaciones del Comité para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer. El Comité ha formulado observaciones para que el Estado peruano garantice algunos derechos sexuales y reproductivos como: el derecho a la maternidad segura, el derecho a una vida libre de violencia.

- **Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva**

- **Observaciones del Comité de la CEDAW al Tercer y Cuarto Informe periódico del Estado peruano, 1998.**

El Comité Observa que el factor principal que afecta sobre todo a las mujeres de los sectores más desfavorecidos es la falta de recursos para disponer de servicios médicos en el momento necesario y con la urgencia requerida.

El Comité recomienda que se redoblen los esfuerzos para que estas mujeres puedan ejercer el derecho a la salud y recibir la atención responsable del personal médico y paramédico, así como la información necesaria, como respeto básico a sus derechos humanos.

El Comité recomienda que se establezcan programas de planificación de la familia en los que se ponga énfasis en la educación sexual, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados y la utilización consciente de los servicios de esterilización en los casos necesarios con autorización expresa de la paciente y previa amplia explicación de sus consecuencias.

El Comité recomienda que se redoblen los esfuerzos para que estas mujeres puedan ejercer el derecho a la salud y recibir la atención responsable del personal médico y paramédico, así como la información necesaria, como respeto básico a sus derechos humanos.

- **Mortalidad materna y aborto clandestino**

- **Observaciones del Comité de la CEDAW al Segundo Informe periódico presentado por el Estado peruano, 1995.**

El Comité exhortó al Gobierno a que examinara las causas de las altas tasas de mortalidad materna provocadas por los abortos clandestinos y a que revisara la ley sobre el aborto, teniendo en cuenta las necesidades sanitarias de las mujeres y a que considerara la posibilidad de suspender la pena de prisión impuesta a las mujeres que se habían sometido a abortos ilícitos.

El Comité observa con preocupación que existe un estrecho vínculo entre el índice de abortos practicados y la alta tasa de mortalidad materna. El Comité recomienda al Gobierno del Perú que revise su legislación sobre el aborto y vele por que la mujer tenga acceso a servicios de salud generales y completos, que incluyan el aborto sin riesgo, y la atención médica de urgencia cuando surjan complicaciones derivadas del aborto.

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Tercer y Cuarto Informes periódicos del Estado peruano, 1998.

El Comité observa con preocupación que la mortalidad materna, la mortalidad infantil y el embarazo en la adolescencia son elevados y que las enfermedades prevenibles son comunes, todo lo cual conforma un cuadro grave en el sistema peruano de salud. Observa que el factor principal que afecta sobre todo a las mujeres de los sectores más desfavorecidos es la falta de recursos para disponer de servicios médicos en el momento necesario y con la urgencia requerida

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Quinto Informe periódico presentado por el Estado peruano, 2002.

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

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Sexto Informe periódico presentado por el Estado peruano, 2007.

También se pronunció sobre el acceso de las mujeres a los servicios de calidad para la atención de las complicaciones derivadas de los abortos practicados en condiciones de riesgo de modo de reducir las tasas de mortalidad materna entre las mujeres. El Comité instó al Estado Parte a que examine su interpretación restringida del aborto terapéutico, que es legal, para hacer más hincapié en la prevención de los embarazos en adolescentes y considere la posibilidad de revisar la legislación relacionada con los abortos en casos de embarazo indeseado con miras a suprimir las sanciones que se imponen a las mujeres que se someten a un aborto.

• **Planificación Familiar**

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Tercer y Cuarto Informes periódicos del Estado peruano, 1998.

El Comité recomienda que se establezcan programas de planificación de la familia en los que se ponga énfasis en la educación sexual, la utilización de métodos anticonceptivos adecuados y la utilización consciente de los servicios de esterilización en los casos necesarios con autorización expresa de la paciente y previa amplia explicación de sus consecuencias.

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Quinto Informe periódico presentado por el Estado peruano, 2002.

También le exhorta a que adopte medidas para fortalecer el programa de planificación familiar y que garantice el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, prestando atención a las necesidades de información de la población, en particular de los adolescentes, incluso mediante la aplicación de programas y políticas orientados a incrementar los conocimientos sobre los diferentes medios anticonceptivos y su disponibilidad, en el entendimiento que la planificación de la familia es responsabilidad de ambos integrantes de la pareja

• **Métodos Anticonceptivos**

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Tercer y Cuarto Informes periódicos del Estado peruano, 1998.

El Comité expresa su preocupación por la ausencia de información y de acceso a métodos anticonceptivos adecuados de las mujeres pobres, de áreas urbanas y rurales e indígenas y de las adolescentes.

• **VIH/SIDA**

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Tercer y Cuarto Informes periódicos del Estado peruano, 1998.

El Comité recomienda que se ejecuten programas preventivos de cáncer del cuello de útero y de mama que también constituyen causas importantes de mortalidad en la mujer, y programas para la prevención del VIH/SIDA, así como para el tratamiento de los enfermos de SIDA.

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Quinto Informe periódico presentado por el Estado peruano, 2002.

Insta al Estado parte a que se fomente la educación sexual de toda la población, prestando especial atención a la prevención de la lucha contra el VIH/SIDA, y que se fortalezca la difusión de información en cuanto a los riesgos y sus vías de transmisión

• **Educación Sexual**

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Quinto Informe periódico presentado por el Estado peruano, 2002.

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

El Comité recomienda que el Estado parte examine la situación de la población adolescente con prioridad. También le exhorta a que adopte medidas para fortalecer el programa de planificación familiar y que garantice

el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, prestando atención a las necesidades de información de la población, en particular de los adolescentes. Además, insta al Estado parte a que se fomente la educación sexual de toda la población, incluyendo los adolescentes

- Observaciones del Comité de la CEDAW al Sexto Informe periódico presentado por el Estado peruano, 2007.¹⁷

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

La Convención sobre los Derechos del Niño

Fue aprobada por Resolución Legislativa N° 26583 del 03 de agosto de 1990. La Convención reconoce el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud garantizando el acceso a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Para la plena vigencia del derecho a la salud los Estados adoptarán medidas para reducir la mortalidad infantil y en la niñez, asegurarán la atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres, desarrollarán la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia (artículo 24°).

Observaciones del Comité de los Derechos del Niño

- Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño: Perú. 22/02/2000. CRC/C/15/Add.120

El Comité también está preocupado por la alta tasa de mortalidad materna y la frecuencia de embarazos en la adolescencia, así como por el acceso insuficiente de los adolescentes a los servicios de educación y asesoramiento en materia de salud reproductiva. También son motivos de preocupación las tasas crecientes del uso indebido de drogas y la incidencia del VIH/SIDA entre los niños y adolescentes y la constante discriminación de la que son víctimas. El Comité recomienda que el Estado Parte siga adoptando medidas eficaces para garantizar el acceso a la atención y los servicios básicos de salud para todos los niños. Deben tomarse medidas más concertadas para garantizar un acceso igual a la atención de la salud y a la lucha contra la malnutrición, prestando especial atención a los niños que pertenecen a los grupos indígenas y a los niños que viven en zonas rurales y remotas. El Comité recomienda al Estado Parte que continúe adoptando medidas para prevenir el VIH/SIDA y para tener en consideración las recomendaciones del Comité aprobadas el día del debate general sobre los niños que viven en

¹⁷ 37° período de sesiones 15 de enero a 2 de febrero de 2007.

un mundo con VIH/SIDA. El Comité recomienda también que se hagan esfuerzos para crear servicios especiales de asesoramiento para los niños, así como servicios de atención y rehabilitación para los adolescentes. A este respecto, el Comité alienta al Estado Parte a que siga trabajando en este ámbito en cooperación, entre otros, con la OMS, el UNICEF y el ONUSIDA.

- Observaciones del Comité al informe del Estado peruano, 2006.¹⁸

En esa oportunidad el Comité señaló su preocupación por varios temas: la insuficiencia del acceso a la salud y a los servicios de salud, especialmente en las zonas rurales y remotas del país, lo cual da lugar a importantes discrepancias en la prestación de estos servicios.

El Comité recomendó al Estado peruano:

- a) Garantizar la atención y los servicios de salud básicos a todos los niños del país.
- b) Redoblar sus esfuerzos para hacer frente con urgencia a la mortalidad en los primeros años de vida, la mortalidad materna y la mortalidad infantil en todo el país;
- c) Ampliar el Seguro Integral de Salud destinado a las familias que viven en la pobreza y la extrema pobreza;

El Comité observó la preocupación del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, que visitó al Perú, por las repercusiones que los acuerdos comerciales bilaterales podrían tener para el acceso de determinadas personas y grupos a medicamentos esenciales a un precio asequible, en particular los antirretrovirales para quienes viven con el VIH/SIDA (E/CN.4/2005/51/Add.3).

El Comité está preocupado por la elevada tasa de embarazos precoces y por el número de adolescentes que fallecen por someterse a un aborto. Además, al Comité le preocupa la falta de servicios de salud sexual y reproductiva adecuados, debido también a la asignación insuficiente de recursos en esos sectores.

El Comité recomienda al Estado Parte que, teniendo en cuenta la Observación general del Comité sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención (CRC/GC/2003/4), garantice el acceso a los servicios de salud reproductiva a todos los adolescentes y lleve a cabo campañas de sensibilización para informar plenamente a los adolescentes sobre sus derechos en materia de salud reproductiva, y en particular sobre la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y de los embarazos precoces. Además, el Estado Parte debe adoptar todas las medidas posibles para hacer frente al fallecimiento de niñas adolescentes a causa del aborto.

El Comité recomienda al Estado Parte que, teniendo en cuenta la Observación general N° 3 del Comité sobre el VIH/SIDA y los derechos del niño, así como las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos (E/CN.4/1997/37):

- Redoble sus esfuerzos organizando campañas y programas de sensibilización sobre el VIH/SIDA destinadas a los adolescentes, en particular a los de grupos vulnerables, y a la población en general, para que no se discrimine a los niños contagiados y/o afectados por el VIH/SIDA;
- Asegure la dotación de recursos financieros y humanos suficientes para la aplicación eficaz del Plan Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/SIDA.

La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar La Violencia Contra La Mujer «Convención de Belém Do Pará»

Fue aprobada por la Resolución Legislativa N° 26583 de fecha 10 de abril de 1996. Establece un concepto amplio e integral de violencia y garantiza el derecho de las mujeres a una vida sin violencia. La violencia contra las mujeres puede entenderse como cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado.

El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Artículo 12°). La Observación General N° 14 del Pacto agrega:

8. El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar *sano*. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

b) Instrumentos internacionales no vinculantes

La II Conferencia Mundial de los Derechos Humanos realizada en Viena, 1993.

La Conferencia reconoció la violencia contra la mujer en el ámbito privado como un abuso contra los derechos de la mujer, señalando que éstos a su vez

son parte integral e indivisible de los derechos humanos universales. Subrayó también la importancia de eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, así como las formas de acoso sexual, trata de mujeres, prejuicios sexistas en la administración de justicia y los conflictos de los derechos de la mujer con ciertas prácticas religiosas y tradiciones que afectan sus libertades.

18. Los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación, en condiciones de igualdad, de la mujer en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo son objetivos prioritarios de la comunidad internacional.

38. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos subraya en especial la importancia de la labor destinada a eliminar la violencia contra la mujer en la vida pública y privada, a eliminar todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres, a eliminar los prejuicios sexistas en la administración de la justicia y a erradicar cualesquiera conflictos que puedan surgir entre los derechos de la mujer y las consecuencias perjudiciales de ciertas prácticas tradicionales o costumbres, de prejuicios culturales y del extremismo religioso. Las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado constituyen violaciones de los principios fundamentales de los derechos humanos y el derecho humanitario internacionales.

39. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos insta a la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, encubiertas o palmarias. Las Naciones Unidas deben promover el objetivo de lograr para el año 2000 la ratificación universal por todos los Estados de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

41. La Conferencia Mundial de Derechos Humanos reconoce la importancia del disfrute por la mujer del más alto nivel de salud física y mental durante toda su vida. (...) la Conferencia reafirma, sobre la base de la igualdad entre hombres y mujeres, el derecho de la mujer a tener acceso a una atención de salud adecuada y a la más amplia gama de servicios de planificación familiar, así como a la igualdad de acceso a la educación a todos los niveles.

Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994

Incluyó en su Programa de Acción, estrategias para proteger los derechos sexuales y reproductivos. Fue la primera conferencia internacional que definió el término «derechos reproductivos», no así el de «derechos sexuales».

Derechos reproductivos:

«...los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas 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. En ejercicio de este derecho, las parejas y los individuos deben tener en cuenta las necesidades de sus hijos nacidos y futuros y sus obligaciones con la comunidad» (Programa de Acción, Párrafo 7.3).

Derechos sexuales:

Es la capacidad de las personas disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia.

La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995

La Plataforma de acción consolidó los derechos sexuales y reproductivos dentro del elenco de los derechos de las mujeres.

Derechos sexuales

Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual (Plataforma de Acción, Párrafo 96).

Derechos reproductivos

La salud reproductiva es un estado general de bienestar básico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros

métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos (Plataforma de Acción, Párrafo 94).

Resolución 60/1 aprobada por la Asamblea General A/RES/60/1 del 24 de octubre de 2005 del Sexagésimo período de sesiones

Este instrumento impulsa que los Estados tomen medidas tendientes a: lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio, y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza.

3.2. ¿Cuáles son las normas nacionales que garantizan los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos?

La Constitución Política del Perú, 1993

La Constitución reconoce los derechos reproductivos al establecer la facultad de las personas de decidir cuándo y cuántos hijos tener, consagrando la obligación del Estado de informar y asegurar a las personas y familias el acceso a los distintos métodos de planificación familiar.

- Artículo 6.- Política Nacional de población. Paternidad y maternidad responsables. Igualdad de los hijos

La política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud.

- Artículo 7.- Derecho a la salud. Protección al discapacitado

Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

Ley N° 26842 Ley General de Salud, 1997

- Artículo 5°.- Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre (...) salud reproductiva, (...) y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable.

Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la violencia y los accidentes. Así mismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente ley.

- **Artículo 6°.**- Toda persona tiene el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, incluyendo los naturales, y a recibir, con carácter previo a la prescripción o aplicación de cualquier método anticonceptivo, información adecuada sobre los métodos disponibles, sus riesgos, contraindicaciones, precauciones, advertencias y efectos físicos, fisiológicos o psicológicos que su uso o aplicación puede ocasionar. Para la aplicación de cualquier método anticonceptivo se requiere del consentimiento previo del paciente. En caso de métodos definitivos, la declaración del consentimiento debe constar en documento escrito.

- **Artículo 7°** - Toda persona tiene derecho a recurrir al tratamiento su infertilidad, así como a procrear mediante el uso de técnicas de reproducción asistida siempre que la condición de madre genética y de madre gestante recaiga sobre la misma persona. Para la aplicación de técnicas de reproducción asistida se requiere del consentimiento previo y por escrito de los padres biológicos. Está prohibida la fecundación de óvulos humanos con fines distintos a la procreación, así como la clonación de seres humanos.

- **Artículo 15°.**- Toda persona, usuaria de los servicios de salud, tiene derecho:

- a) Al respeto de su personalidad, dignidad e intimidad;
- d) A no ser objeto de experimentación.
- e) A no ser discriminado en razón de cualquier enfermedad o padecimiento que le afecte.
- f) A que se le brinde información veraz, oportuna y completa sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación y demás términos y condiciones del servicio.
- g) A que se le dé en términos comprensibles información completa y continuada sobre su proceso, incluyendo el diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como sobre los riesgos, contraindicaciones, precauciones y advertencias de las medicamentos que se le prescriban y administren;
- h) A que se le comunique todo lo necesario para que pueda dar su consentimiento informado, previo a la aplicación de cualquier procedimiento o tratamiento, así como negarse a éste.

Ley de Política Nacional de Población. Decreto Legislativo N° 346, 1985¹⁹

Tiene como objetivo planificar y desarrollar las acciones del Estado respecto al volumen, estructura, dinámica y distribución de la población nacional.²⁰

Artículo 1°.- La presente Ley tiene los siguientes objetivos:

Promover una equilibrada y armónica relación entre el crecimiento, estructura y distribución territorial de la población, y el desarrollo económico y social, teniendo en cuenta que la economía está al servicio del hombre (...).

2. Promover y asegurar la decisión libre informada y responsable de las personas y las parejas sobre el número y espaciamiento de los nacimientos proporcionando para ello los servicios educativos y de salud para contribuir a la estabilidad y solidaridad familiar y mejorar la calidad de vida.
3. Lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad, especialmente entre la madre y el niño, mejorando los niveles de salud y de vida de la población.
4. Lograr una mejor distribución de la población en el territorio en concordancia con el uso adecuado de los recursos, el desarrollo regional y la seguridad nacional.

Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres Ley N° 28983, 2007²¹

El Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y gobiernos locales, en todos los sectores, adoptan políticas, planes y programas, integrando los principios de la presente Ley de manera transversal (Artículo 6). Para tal efecto, son lineamientos:

- i) Garantizar el derecho a la salud en cuanto a la disponibilidad, calidad, aceptabilidad y accesibilidad a los servicios, con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura.
- c) Desarrollar políticas, planes y programas para la prevención, atención y eliminación de la violencia en todas sus formas y en todos los espacios, en especial la ejercida contra las mujeres.
- l) Promover el desarrollo pleno y equitativo de todos los niños, niñas y adolescentes, asegurándoles una educación sexual integral con calidad científica y ética.

¹⁹ Publicado en julio de 1985

²⁰ <http://www.mimdes.gob.pe/cendoc/dgis/compendio.pdf>

²¹ Publicada el 16 de marzo de 2007.

Normas del Ministerio de Salud

- ❖ Normas de Planificación Familiar. Resolución Ministerial N° 465-99 – SA/DM de fecha 22 de setiembre de 1999.²²
- ❖ Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva. Resolución Ministerial N° 668-2004-MINSA de fecha 14 de junio de 2004.²³
- ❖ Guía Técnica de Atención Integral de personas afectadas por la Violencia basada en Género. Resolución Ministerial N° 141-2007-MINSA, publicada el 16 de febrero de 2007.

3.3 Legislación comparada

a) Argentina:

Ley de Salud reproductiva y procreación responsable. Ley N° 418.

La Ley tiene como objetivo garantizar las políticas orientadas a la promoción y desarrollo de la Salud Reproductiva y la Procreación Responsable, y regula por la presente ley las acciones destinadas a tal fin. Además, se plantea como objetivos específicos entre otros:

1. Garantizar el acceso de varones y mujeres a la información y a las prestaciones, métodos y servicios necesarios para el ejercicio responsable de sus derechos sexuales y reproductivos.
2. Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto y puerperio.
3. Disminuir la morbilidad materna e infantil

Entre las principales acciones señaladas por la Ley se encuentran:

- Información completa y adecuada y asesoramiento personalizado sobre métodos anticonceptivos, su efectividad y contraindicaciones, así como su correcta utilización para cada caso particular.
- Provisión de los recursos necesarios y en caso de ser requerido, la realización de la práctica médica correspondiente al método anticonceptivo elegido.
- Implementación de un sistema de información y registro y de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente sobre las acciones establecidas en la presente Ley con estadísticas por sexo y edad.
- Capacitación permanente a los agentes involucrados en las prestaciones de salud reproductiva y procreación responsable con un abordaje interdisciplinario, incorporando los conceptos de ética biomédica y la perspectiva de género.
- Diseño e implementación de estrategias de comunicación y educación dirigidas de manera particular a las/os adolescentes, dentro y fuera del sistema educativo.
- Coordinación de acciones entre los distintos efectores tendiente a la constitución de una red de servicios. Seguimiento especial a la población según enfoque de riesgo.

²² <http://www.minsa.gob.pe/portal/AOEnormativalegalNormas%20de%20Planificación%20Familiar.pdf>

²³ <http://www.minsa.gob.pe/portal/portal2.asp?AOE/aoe.asp>

- Coordinación de acciones con diferentes organismos públicos interjurisdiccionales, privados y no gubernamentales, que por su naturaleza y fines puedan contribuir a la consecución de estos objetivos.
- Realizar la atención integral del embarazo, parto, puerperio y lactancia en condiciones apropiadas, resguardando la intimidad y dignidad de las personas asistidas.

b) Colombia:

Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva (2003)

Este documento tiene como objetivo mejorar la Salud Sexual y Reproductiva y promover el ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos de toda la población con especial énfasis en la reducción de los factores de vulnerabilidad y los comportamientos de riesgo, el estímulo de los factores protectores y la atención a los grupos con necesidades específicas. En ella se plantean varias metas como:

- **Maternidad segura:** reducir en un 50% la tasa nacional de mortalidad materna evitable; mejorar la cobertura y calidad de la atención institucional de la gestación, parto y puerperio y sus complicaciones, y fortalecer las acciones de vigilancia, prevención y atención de la mortalidad materna y perinatal.
- **Planificación familiar:** incrementar el uso correcto de métodos anticonceptivos en la población en edad fértil, con especial énfasis en la población masculina, y reducir la demanda insatisfecha de planificación familiar en la población de mujeres unidas.
- **Salud sexual y reproductiva en la población adolescente:** reducir el embarazo en adolescentes en un 26%.
- **Cáncer de cuello uterino:** alcanzar coberturas de detección temprana con citología cervicovaginal (CCV) en el 90% de la población objeto, y simultáneamente trabajar en la disminución de la mortalidad por esta causa promoviendo los factores protectores y fomentando la prevención de factores de riesgo, el mejoramiento de la calidad de la CCV y el tratamiento adecuado de los casos.
- **Prevención y atención de las ITS, VIH/SIDA:** mantener la prevalencia general por debajo del 0.5%; reducir en los recién nacidos la incidencia de sífilis congénita a menos de 0.5 por cada 1.000 nacidos vivos, y eliminar la hepatitis B en los recién nacidos.
- **Violencia doméstica y sexual:** incrementar en un 20% la detección y atención de la violencia intrafamiliar y sexual en mujeres y menores. Entre otras legislaciones se encuentra en Uruguay las Políticas en Salud Sexual y Reproductiva y en Brasil la Ley de Planificación Familiar.

Anexos

Anexo N° 1

Resúmenes de las opiniones sobre el Proyecto de Ley

1. **El Ministerio de Salud -MINSA** que adjunta la opinión de la Dirección General de Salud de las personas y de la Dirección General de Promoción de la Salud, de fecha 16 de junio de 2008.

Opina que el proyecto es pertinente y señala un conjunto de observaciones. Indica por ejemplo, que el documento debe tener un carácter general, que se consigne en el análisis de costo beneficio la inclusión de los presupuestos en los gobiernos regionales y se manifiesta contraria a la conformación de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

2. **Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social-MIMDES, opinión de la Oficina de Asesoría Jurídica del 01 Febrero de 2008**

Concluye que resulta viable la aprobación del proyecto. Señala varias sugerencias en cuanto a la estructura del proyecto como que el artículo 7°, 8°, 10° y 11° del proyecto deben incluirse en las disposiciones generales. Y sobre la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva expresan su preocupación porque generaría una duplicidad de competencias, y funciones con las asignadas a la Dirección de Salud de las Personas del Ministerio de Salud.

Recomienda que el proyecto sea remitido a la Dirección de Familia para su opinión.

3. **Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social-MIMDES, opinión de la Dirección General de la Familia del 26 de noviembre de 2007**

Opina a favor de la aprobación del proyecto. Señala que la iniciativa es coherente con las observaciones formuladas por el Comité de los derechos del Niño, y es el marco legal adecuado que se encuentra en armonía con el interés superior del niño y garantizaría el derecho a la salud de los niños, niñas y adolescentes peruanos.

4. **Colegio Médico del Perú, del 08 febrero de 2008**

Opina a favor, y desarrolla dos recomendaciones. La primera recomendación esta dirigida a modificar el orden de los incisos del

artículo 6° De las Acciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva. También, plantea una modificación en el inciso j, específicamente en lo referido a las campañas de difusión señalando que debe ser campaña de difusión. La segunda, se relaciona con el artículo 12°, respecto a la conformación de la Comisión Nacional de Salud Reproductiva. Se pronuncia señalando que no se debiera considerar al representante del Ministerio de Defensa por que sus acciones no tienen relevancia en la propuesta legal.

5. **Colegio de Obstetras del Perú, del 07 de noviembre de 2007**
Opinión favorable. Remite pronunciamiento a favor de la Promulgación de la Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva del Colegio que cuenta con el respaldo de 24 Colegios Regionales de Obstetras del país. La ley beneficiará a todos los peruanos y peruanas que redundará en una mejor calidad de vida.
6. **Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, del 28 marzo 2007**
De acuerdo con el proyecto. Felicita a la Comisión y a los congresistas por el contenido del proyecto de ley.
7. **Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, del 14 de diciembre de 2007**
Señala estar de acuerdo y considera la propuesta pertinente y completa. Establece que el proyecto va a permitir establecer un marco normativo de modo que el Estado y el Ministerio de salud pueda cumplir con su responsabilidad de desarrollar, promover e implementar en los diferentes niveles de atención de una red de servicios de salud sexual y reproductiva a las personas durante todo su ciclo de vida, disponibles y accesibles.
8. **Ministerio de Justicia, del 05 de setiembre de 2007**
El documento concluye que el proyecto de ley es viable. Señala que la Ley permitiría delinear una política de salud sexual y reproductiva, brindando una atención oportuna y acceso a mejores condiciones de vida para la población en particular a las mujeres de nivel socioeconómico bajo. Además permitirá al país cumplir con las metas establecidas tanto en normatividad nacional como internacional, particularmente con los Objetivos del Milenio.
9. **Ministerio de Defensa, opinión de la Oficina de Asesoría Jurídica, del 10 de noviembre de 2007**
Expresa su opinión favorable sobre la norma propuesta, en vista de que su aprobación permitirá el reconocimiento y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de un marco legal adecuado. Señala varias sugerencias, entre ellas: en el artículo 5° referirse a la capacidad de autodeterminación de la persona para procrear o no. En el artículo 11° incluir a los técnicos y auxiliares asistenciales que participan del equipo de salud.

Anexo N° 2

Propuesta de Carta dirigida a los/as Congresistas solicitando el debate y aprobación de la Ley de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Ciudad, de (mes) de 2008.

Señor/a

.....
Congresista de la República

Presente.-

Referencia: Se solicita debate y aprobación del Proyecto de Ley N° 1062/2006 sobre la Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

De nuestra mayor consideración:

Reciba el cordial saludo deEn esta oportunidad, le solicitamos interponer sus buenos oficios para el pronto debate y aprobación de la Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva pendiente en la agenda del Congreso de la República desde marzo de 2007. Como es de su conocimiento, el 08 marzo del año 2007 se presentó la iniciativa multipartidaria, Proyecto de Ley N° 1062-2006 que propone la Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

El 13 de marzo de 2007 fue derivado a la Comisión de Salud del Congreso de la República para su Dictamen. En la Comisión ha recibido la opinión favorable de diversas instituciones entre ellas: el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social- MIMDES, el Ministerio de Justicia MINJUS, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, el Colegio Médico del Perú, el Colegio de Obstetras del Perú y de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología.

Señor/a Congresista, la aprobación de esta Ley es imprescindible para que el Estado a través de los sectores competentes y en todos los niveles de gobierno, implemente políticas nacionales que permitan el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, mujeres y hombres, de todas las edades, regiones, grupos étnicos y de todas las condiciones sociales sin ningún tipo de discriminación.

En ese sentido, confiamos que en la oportunidad que la Comisión de Salud o el Pleno del Congreso debata la Ley, usted tome en consideración el contenido del proyecto que garantiza la promoción y defensa de los Derechos Humanos de las personas en el ámbito de la salud.

Reconociendo una vez más su compromiso para garantizar los derechos de sus representados/as le agradecemos su atención y quedamos de usted.

Cordialmente,

Nombre y firma

Anexo N° 3

Relación de Congresistas por Regiones donde se realizaron las Audiencias

Se sugiere enviar las cartas a los 120 congresistas, enfatizando en los representantes de las regiones donde se realizaron las audiencias públicas descentralizadas.

Relación de Congresistas por Regiones

Arequipa	- Gutiérrez Cueva, Álvaro G. - González Zúñiga, Rocío - Eguren Neuenschwander, Juan - Santos Carpio, Pedro J.B. - Mendoza Del Solar, Zoila
Ayacucho	- Huancahuari Paúcar, Juana - León Minaya, Elizabeth - Urquizo Maggia, José Antonio
La Libertad	- Rodríguez Zavaleta, Elías N. - Alva Castro, Luis Juan - Robles López, Daniel - Cribilleros Shigihara, Olga - Urtecho Medina, Wilson M. - Escudero Casquino, Francisco - Alegría Pastor, Mario Arturo
Lambayeque	- Velásquez Quesquén, Ángel - Falla La Madrid, Luis H. - Espinoza Soto, Gustavo Dacio - Aguinaga Recuenco, Alejandro - Carpio Guerrero, Franco
Piura	- Peralta Cruz, Jhony Alexander - Guevara Trelles, Miguel Luis - Carrasco Távara, José Carlos - Espinoza Cruz, Marisol - Venegas Mello, Rosa María Mercedes - Morales Castillo, Fabiola

Anexo N° 4

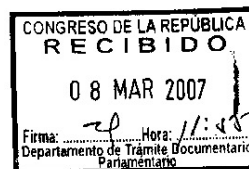
Texto del Proyecto de Ley N° 1062/2006 Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva.



CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Proyecto de Ley N° 1062/2006 CR

PROYECTO DE LEY



La congresista **ELIZABETH LEÓN MINAYA**, los parlamentarios y parlamentarias que suscriben, en ejercicio de derecho de iniciativa que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y los artículos 22°, literal c y 75° del Reglamento del Congreso de la República y con el aporte de la sociedad civil¹, presentan a consideración del Congreso de la República el siguiente proyecto de ley:

LEY GENERAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

I. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

1. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos íntimamente ligados e interdependientes. El reconocimiento de estos derechos tiene por finalidad que todas las personas puedan vivir su sexualidad y reproducción libres de discriminación, riesgos, amenazas, coerciones y violencia.

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida influenciadas por sus conductas y comportamientos en la esfera sexual y reproductiva, por lo tanto la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorar la calidad de vida de las personas.

La salud sexual y reproductiva es el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos, recuperativos y rehabilitadores, que contribuyen a la salud y al bienestar sexual y reproductivo de las personas de acuerdo con sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida.

2. En las dos últimas décadas, la agenda en salud a nivel mundial se desarrolla en el marco de las reformas sanitarias y el Perú no ha sido la excepción.
 - a. En ese sentido, desde la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD), en 1994, se enfocó en el concepto de salud sexual y reproductiva, señalando que abarcan derechos que ya están reconocidos como derechos humanos. Los 184 países que suscribieron el Programa de Acción de la CIPD, incluido Perú, se comprometieron a realizar los esfuerzos necesarios para adoptar las medidas planteadas en dicho Programa.
 - b. La Resolución 60/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas, aprobada el 24 de octubre de 2005 señala expresamente que el acceso universal a la salud reproductiva es una de las estrategias

¹ El Anteproyecto de la presente iniciativa ha sido elaborada por la Mesa de Vigilancia Ciudadana en derechos Sexuales y Reproductivos integrada por: Movimiento Manuela Ramos, PROMSEX, CMP Flora Tristán, Pathfinder Internacional, APROPO, APPRENDE, Redess Jóvenes, CESIP, Sociedad de Obstetricia y Ginecología, CENDIPP, INPPARES, Asociación Vía Libre, Asociación Grupo de Trabajo Redes, Instituto Educación y Salud, entre otras.

encaminadas a lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/Sida y erradicar la pobreza.

3. La realidad de la salud sexual y reproductiva en el Perú.

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, del año 2000, las mujeres peruanas en unión tienen en promedio 1.1 hijos más de los deseados. Estas mujeres en un 69.9% no usan métodos anticonceptivos. Asimismo, casi el 31% de los nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no fueron deseados. Esta situación, aunada a los 410 mil abortos² ilegales por año, evidencia la necesidad de contar con instrumentos de acceso y orientación a la población sobre sus derechos de salud sexual y reproductiva.

La misma encuesta, correspondiente al año 2004 señala que la tasa de embarazo adolescente es 12.7%, algo menor que el 2000, la gran mayoría de estos embarazos no es deseado en ese momento y trunca el proyecto de vida de la adolescente; además en las menores de 15 años es altamente probable que el embarazo sea producto de una violación.

En el país se producen en promedio 160 muertes maternas por cada 100 mil nacidos vivos³ y tenemos una de las tasas más altas de muerte materna adolescente de la región. En el 2003 se estimaba que 15,7% de las muertes maternas era de adolescentes. Las adolescentes, en especial, las más jóvenes y las de mayor pobreza y exclusión tienen más del doble de riesgo de morir por causas asociadas al embarazo, parto y post parto que las mujeres jóvenes de 20 a 24 años y las mujeres adultas que no sobrepasen los 35 años.

La encuesta también muestra que 42% de las mujeres son violentadas por sus parejas⁴; la epidemia del VIH/SIDA que cada vez infecta a más mujeres y a edades más tempranas⁵ y la ausencia de programas de educación sexual sostenida. Todo ello en un contexto de persistencia del analfabetismo, desempleo, informalidad, pobreza extrema, malas condiciones nutricionales, falta de autonomía, entre otros.

4. Los indicadores nacionales demuestran la crisis que atraviesa la salud reproductiva en el Perú: los altos índices de mortalidad y morbilidad materna así como el elevado número de embarazos no deseados y abortos clandestinos. Adicionalmente, las mujeres tienen más hijos de los deseados en tanto la fecundidad observada no coincide con la fecundidad deseada.

² Estimación trabajada sobre el supuesto de que cada aborto incompleto hospitalizado representa otros 7 que no llegan a hospitales ni centros de salud públicos ($58,674 \times 7 = 410,000$). Estudio de Delicia Ferrando, 2003.

³ INEI, ENDES 2000; Mazzeti, Pilar, *Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio*, 2005. Presentación en el Congreso de la República.

⁴ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES continua 2004. Informe. Lima. 2005.

⁵ La razón hombre/mujer pasó de ser 8.50 a 2.63. GT ETS/VIH/SIDA OGE-MINSA.

La demanda insatisfecha de servicios y de métodos de planificación familiar revela que existe un porcentaje importante de mujeres, que pertenecen a entornos sociales y culturales diversos, que no se encuentra suficientemente protegido frente a un embarazo no deseado⁶, y que el desabastecimiento de métodos anticonceptivos temporales e insumos para la realización de intervenciones de anticoncepción quirúrgica voluntaria en los establecimientos de salud pública aún no ha sido resuelto.

Se puede concluir que los servicios de salud sexual y salud reproductiva en el país no han superado su estado crítico, lo que restringe las posibilidades para que los hombres y las mujeres puedan vivir una sexualidad libre y realizar plenamente esta dimensión de sus vidas.

Estas circunstancias evidentemente suponen una restricción para hombres y mujeres en el goce pleno y efectivo de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.

5. La salud integral para todos los peruanos, incluyendo la sexual y reproductiva, es una meta prioritaria del Estado peruano. En la búsqueda de este objetivo y en cumplimiento de los compromisos internacionales, de los Lineamientos de Política del Sector y del Acuerdo Nacional, el Ministerio de Salud trabaja para fortalecer el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y garantizar la calidad de los servicios que se brindan en los hospitales, centros y puestos de salud del país.

Por este motivo, tras una evaluación técnica sobre la Anticoncepción Oral de Emergencia - AOE, ha determinado que su uso y acceso debe estar a disposición de todas las mujeres peruanas, sin discriminación económica, política, ideológica o social, como parte del ejercicio libre de su ciudadanía.

Los inicios del uso de la Anticoncepción Oral de Emergencia – AOE, se remontan a mediados de la década de los sesenta, a través de la administración de altas dosis de hormonas a mujeres que habían sido objeto de violación sexual, con la finalidad de evitar embarazos y abortos no deseados. En la actualidad, su uso busca contribuir a reducir las elevadas tasas de mortalidad materna y perinatal, el aborto y las consecuencias de la violencia contra las mujeres y niñas incluyendo la violación sexual.

6. La mortalidad materna, calificada por la Organización Panamericana de la Salud, como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres, es un indicador de la disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres de diferentes áreas geográficas y sociales de un país.

⁶ Informe de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2000, pp. 63 y 107.

Sabemos que hombres y mujeres presentan diferencias en salud producto de la desigualdad o discriminación. Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada de su función reproductiva y de sus características biológicas. Su limitado acceso a los servicios sociales, sanitarios y nutricionales, y sus condiciones económicas precarias reflejan la posición y condición de las mujeres en la sociedad. En lugares con importantes niveles de pobreza, la situación de la salud sexual y reproductiva, revela las brechas y la exclusión con relación al acceso a la educación, información y servicios de salud; incluyendo acceso a la anticoncepción en los adolescentes sexualmente activos, necesario para prevenir un embarazo no deseado y un embarazo temprano.

Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría y puede hacerse abordando la injusticia y la inequidad.

Es posible reducir la mortandad relacionada con el embarazo, parto y puerperio facilitando servicios integrales de salud reproductiva y mejorando el acceso a cuidados obstétricos esenciales de calidad, que impacten en los aspectos físicos, culturales y sociales de las mujeres.

7. La salud sexual y reproductiva abarca todo el ciclo de vida de las personas: desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia hasta la edad del adulto y adulto mayor. La salud sexual y reproductiva de las personas, está en estrecha relación con su entorno familiar, social y su medio ambiente, para alcanzarla y conservarla se requiere de acciones de atención integral específicas y diferenciadas tanto de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en cada una de estas etapas, debido a que las necesidades en el área sexual y reproductiva son cambiantes según las etapas del ciclo de vida.

Entonces vemos que resulta pertinente aprobar el proyecto de Ley General de Salud Sexual y Salud Reproductiva a fin de desarrollar programas y servicios adecuados de salud reproductiva y planificación familiar, que el Estado tiene la obligación de garantizar.

II. LEGISLACIÓN COMPARADA

- **Argentina:**

Programa Nacional de Educación Sexual Integral, Ley N° 26150 que se encuentra vigente desde octubre del 2006.

Ley de Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, Ley Nacional N° 25673, se encuentra vigente desde noviembre del 2002.

Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, Ley N° 418 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que está en vigencia desde julio del 2002.

- **Ecuador:** Ley Orgánica de Salud, con Registro Oficial N° 423, vigente desde diciembre del 2006.
Igualmente varias leyes de **igualdad de oportunidades** contienen disposiciones que garantizan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos:
- **Panamá:** Ley de Igualdad de Oportunidades. Ley N° 23729, vigente desde febrero de 1999
- **Venezuela:** Ley de Igualdad de Oportunidades para la Mujer. Ley N° 5,398 vigente desde del 1999.
- **Brasil.-** Ley de Planificación Familiar, que reconoce la planificación familiar como un derecho de toda mujer y hombre, sea o no casada, y no tiene ninguna restricción por edad, salvo casos específicos de esterilizaciones quirúrgicas. Se encuentra vigente desde 1996
- **Colombia.-** Cuenta con una de las mejores legislaciones al respecto, con la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del 2003, donde se reconoce, explícitamente, que los derechos reproductivos y los derechos sexuales son derechos humanos

Ley sobre la Igualdad de Oportunidad para las Mujeres. Ley N° 823, vigente desde julio del 2003
- **México.-** Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, modificada en enero del 2004.

III. OBJETO DE LA LEY

Promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos a través de un marco legal que regule la Salud Sexual y de la Salud Reproductiva.

Promover propuestas de políticas públicas concretas, adecuadas, asignaciones presupuestales para los programas y mecanismos de vigilancia ciudadana.

Desarrollar de manera directa los artículos 6° y 7° de la Constitución Política del Perú, que reconocen que la Política Nacional de Población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables; y que todas las personas tienen derecho a la protección de su salud, a la vida, relacionado especialmente con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables ligadas al embarazo y al parto; derecho a la libertad,

vinculado a los conceptos de autonomía y autodeterminación; a la atención y protección de la salud; a la igualdad y no-discriminación; a casarse y fundar una familia, a decidir el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos, a la libertad de pensamiento y de religión, a gozar de los beneficios del progreso científico así como a la información y educación⁷.

IV. IMPACTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La aprobación de esta norma no es contraria a la Constitución Política del Perú y que el efecto que va a tener es la incorporación, en nuestra legislación nacional, de la Ley General de Salud Sexual y Reproductiva

V. ANALISIS COSTO BENEFICIO

La sustentabilidad de la implementación de la presente Ley está garantizada con los siguientes recursos:

- a) El presupuesto público del Sector Salud asignado a los programas, servicios y acciones correspondientes a la atención de la Salud sexual y Salud reproductiva.
- b) Los fondos provenientes de organismos e instituciones internacionales que apoyan programas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, en observancia de lo contenido en la presente Ley.

La promulgación de esta ley es beneficiosa para el país pues permitirá delinear una política de salud sexual y reproductiva, brindando atención oportuna y acceso a mejores condiciones de vida para la población, en particular a mujeres de niveles socioeconómicos bajos.

Además, permitirá al país cumplir con las metas a que se comprometió tanto a nivel nacional, como internacional, particularmente con los Objetivos de Milenio de las Naciones Unidas.

⁷ CALDERÓN, María Cristina, "El reconocimiento y respeto de los derechos sexuales y reproductivos, una estrategia para reducir la mortalidad materna", Ponencia presentada en el Seminario Internacional "Mortalidad materna, Aborto: una mirada desde la Región Andina", Lima, setiembre 20 y 21, 1999. Véase también Movimiento Manuela Ramos, "Derechos Humanos relacionados con los Derechos Sexuales y Reproductivos", en *El Cuarto Femenino*, Abril 2001, Año 3, N° 10, pp 26-27.

VI. PROPUESTA LEGISLATIVA

El Congreso de la República

Ha dado la siguiente Ley:

LEY GENERAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

TITULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1°.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto establecer el marco normativo que permita al Estado peruano cumplir con su responsabilidad de desarrollar y promover una Política Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva que favorezca la salud y el bienestar de las personas y las familias, durante todas las etapas del desarrollo de su vida, de conformidad con lo dispuesto en los Tratados y Conferencias Internacionales de Derechos Humanos, la Constitución Política del Perú, y la Ley General de Salud.

Artículo 2°.- De los objetivos generales

Los Planes y Programas que se ejecuten en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva tendrán como objetivos generales los siguientes:

- a) Promover el desarrollo integral y el óptimo estado de salud de las personas y parejas, en el marco del respeto de su dignidad y de sus derechos sexuales y derechos reproductivos.
- b) Garantizar el acceso universal a la educación y a la más amplia gama de prestaciones, métodos anticonceptivos, tecnologías, insumos y servicios necesarios para el disfrute del más alto nivel de salud sexual y salud reproductiva, respetando la elección libre e informada, independientemente de la diversidad de prácticas, conciencia y/o religión de las personas. Así como, el acceso a la información, basada en evidencias científicas en el marco del respeto de los derechos humanos.
- c) Eliminar barreras económicas, culturales, legales y sociales que limiten el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos y el acceso a servicios.
- d) Asegurar las medidas necesarias para reducir efectivamente la morbilidad materna e infantil.
- e) Promover el desarrollo de la investigación científica y la producción de información desagregada por sexo, edad y otras variables relevantes que reflejen la heterogeneidad social y epidemiológica del país y permitan definir políticas, prioridades y asignación de presupuestos.

Artículo 3°.- De los objetivos específicos

Los Planes y Programas que se ejecuten en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva tendrán como objetivos específicos los siguientes:

- a) Garantizar a las mujeres la atención integral durante el embarazo, parto, puerperio y el post aborto, respetando las pautas culturales, garantizando la intimidad y privacidad.
- b) Garantizar a las mujeres en la etapa peri y pos menopáusica la atención integral de su salud y sexualidad, incluyendo aspectos de prevención, promoción y recuperación.
- c) Asegurar la creación, permanencia y asignación de recursos de los servicios diferenciados para la atención de la salud sexual y salud reproductiva de las y los adolescentes; Incluyendo a las adolescentes gestantes y madres.
- d) Promover una mayor participación y responsabilidad del hombre con relación al ejercicio de su sexualidad, la reproducción y las responsabilidades familiares compartidas.
- e) Garantizar la existencia de profesionales y operadores de la salud calificados y capacitados en sexualidad y reproducción, desde los enfoques de género, derechos humanos e Interculturalidad.
- f) Promover la implementación de servicios de atención para el tratamiento de la infertilidad, esterilidad y el uso de técnicas de reproducción asistida.
- g) Promover la investigación científica en materia de salud reproductiva y tecnologías reproductivas, así como su difusión y utilización. El Ministerio de Salud en su calidad de órgano rector dispondrá la incorporación de nuevos métodos de anticoncepción de acuerdo a los estándares internacionales en materia de salud y las normas constitucionales vigentes.
- h) Garantizar medidas necesarias para reducir el número de abortos inseguros mediante acciones de prevención basadas en campañas de información y educación sexual; y la provisión y acceso a servicios de calidad.
- i) Garantizar medidas necesarias para reducir el número de embarazos no deseados, incluyendo el de adolescentes.
- j) Asegurar a nivel nacional, programas de información y educación sobre sexualidad y salud sexual y salud reproductiva para todas las personas, según edad, sexo e identidad cultural, en el marco del respeto de los derechos humanos; En coordinación con el Ministerio de Educación y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social.
- k) Promover conductas saludables para la prevención de ITS y el VIH/SIDA; y su diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; de acuerdo con los perfiles epidemiológicos regionales.
- l) Asegurar información y atención integral a las víctimas de violencia física, psicológica y sexual; contribuyendo a la prevención.

- m) Garantizar medidas necesarias para la prevención, detección y atención del cáncer de mama y cérvix uterino.

Artículo 4º.- De los Principios

Los principios fundamentales que rigen la implementación de la Política Nacional en Salud Sexual y Salud Reproductiva son los siguientes:

- a) **Equidad.-** Cuidado de la salud según las distintas necesidades, diferentes culturas y situaciones de las personas, con respeto de su dignidad y sin ningún tipo de discriminación frente a sus diversos proyectos de vida.
- b) **Universalidad.-** Acceso de toda la población a educación, información y servicios en materia de salud sexual y salud reproductiva. Cada persona tiene la misma dignidad y nadie puede ser excluido o discriminado del disfrute de la salud sexual y salud reproductiva, así como de los derechos que respaldan su realización.
- c) **Autodeterminación.-** Autonomía para decidir y optar libremente, sin ninguna interferencia, salvo los límites expresamente señalados por la ley y los derechos de otras personas, en los asuntos vinculados al ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos.
- d) **No discriminación:** Erradicación de toda forma de distinción, exclusión o restricción basada en el sexo, el género, la edad, el estado civil, la orientación sexual, la cultura, la etnia, la condición de salud, las convicciones religiosas, las condiciones socio económicas, entre otras; Que tengan por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las personas.
- e) **Equidad de Género:** Corrige las disparidades evitables e injustas que existen entre mujeres y hombres; asegurando la existencia de condiciones para que ambos tengan las mismas capacidades y oportunidades para ejercer control y decidir sobre su propia salud sexual y salud reproductiva.
- f) **Interés Superior del Niño y del Adolescente:** En toda medida concerniente al niño y al adolescente que adopte el Estado a través de los Poderes Ejecutivo, Legislativo y Judicial, del Ministerio Público, los Gobiernos Regionales, Gobiernos Locales y sus demás instituciones, así como las instituciones privadas y en el accionar de la sociedad, una consideración primordial a la que se atenderá será el interés superior del niño y el respeto a sus derechos.
- g) **Interculturalidad.** Reconocimiento y respeto de las diferencias existentes entre las culturas que habitan en el país y sus distintas nociones sobre la salud, la enfermedad, el cuerpo, la sexualidad y el embarazo; siempre que no se afecte la dignidad de las personas y las condiciones para el ejercicio y realización de sus derechos. Indispensable para construir una sociedad inclusiva y con justicia social.

Artículo 5º.- De las Definiciones

Para los efectos de la presente Ley se entiende por:

Salud: Estado de bienestar tanto físico como mental y no mera ausencia de enfermedad. Es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Todo ser humano tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.

- a) **Derecho a la Salud:** Atención de la salud de manera oportuna y apropiada, lo que incluye servicios, bienes e insumos; así como, la atención de los principales factores determinantes de la salud como el acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y salud reproductiva. Entraña libertades y derechos, como el derecho a controlar la salud y el cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y reproductiva; y, el derecho a no padecer injerencias, a no ser sometido a torturas ni a tratamientos ni experimentos médicos no consensuales; y, el derecho a contar con un sistema de protección de salud que brinde a las personas, durante todo su ciclo de vida, oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud durante todo su ciclo de vida.
- b) **Salud Reproductiva:** Comprende un estado general de bienestar físico, mental, social, cultural y psicológico y entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de procrear ni de enfermar o infectarse; con la libertad, la información y los medios para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo, con quién y con qué frecuencia.
- c) **Salud Sexual:** Comprende un estado general de bienestar físico, mental, social, cultural y psicológico, que permite el ejercicio libremente decidido de la sexualidad placentera y segura, generando experiencias y conocimientos que permitan el desarrollo de la vida y de las relaciones personales en igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres, derechos y responsabilidades.

TITULO II

DE LAS MEDIDAS EN SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Artículo 6º.- De las Acciones en Salud Sexual y Salud Reproductiva

El Estado garantiza a través del Sector Salud y las coordinaciones intersectoriales pertinentes, la ejecución de los Programas de Salud Sexual y Salud Reproductiva, que consideren las siguientes acciones de manera principal:

- a) Información completa y precisa, además de asesoramiento sobre métodos anticonceptivos, riesgos, contraindicaciones, efectos secundarios y grado de efectividad.
- b) Información completa sobre el diagnóstico y tratamiento de ITS y VIH/sida, en todos los niveles de atención y establecimientos, sin discriminación por edad.
- c) Prescripción y provisión de la más amplia gama de métodos anticonceptivos, sean de carácter reversible o irreversible, elegidos voluntariamente por las y los usuarios luego de recibir información completa y adecuada por parte de un consejero profesional.
- d) Implementación en los diferentes niveles de atención de una red de servicios de salud sexual y salud reproductiva disponibles y accesibles en lo físico, económico y geográfico; aceptables y de calidad.
- e) Inclusión de prestaciones de salud sexual y salud reproductiva en las distintas coberturas de aseguramiento y en los servicios privados.

- f) Capacitación continua a los prestadores en salud sexual y salud reproductiva, considerando estándares de calidad.
- g) Provisión de servicios de atención de emergencias obstétricas en todos los establecimientos del país, de manera especial en las zonas rurales y de alta mortalidad materna.
- h) Realización de campañas de difusión, información, y orientación dirigidas a la población en general, teniendo en cuenta la heterogeneidad del país, para la promoción de los derechos y la salud sexual y salud reproductiva.
- i) Prestación de servicios de atención integral, en todos los niveles de atención, que asegure la recuperación física, psicológica y emocional de las personas víctimas de violencia física, psicológica y sexual.
- j) Promoción permanente del preservativo como método de doble protección que previene las infecciones de transmisión sexual, ITS, incluido el VIH, y los embarazos no deseados, por lo que es recomendable su uso simultáneo con otros métodos.
- k) Asegurar el abastecimiento continuo de insumos, bienes y servicios vinculados a la salud sexual y salud reproductiva, en todos los establecimientos, a nivel nacional.
- l) Implementación de un sistema de información y registro, y de mecanismos de seguimiento y monitoreo permanente a la implementación de las acciones previstas en la presente Ley.

Artículo 7º.- Ámbito de Aplicación

Las disposiciones contenidas en la presente Ley son de aplicación nacional y rigen las acciones y prestaciones individuales, colectivas e institucionales, en los ámbitos público y privado.

Artículo 8º.- De la Autoridad

El Ministerio de Salud es la autoridad encargada de supervisar el cumplimiento y aplicación de la presente Ley en los niveles nacional, regional y local, en las Fuerzas Armadas, Fuerzas Policiales y, ESSALUD, incluyendo al sector privado; en coordinación con los sectores Educación, Justicia, Mujer y Desarrollo Social; y, con todos aquellos que desarrollen acciones vinculadas a la salud sexual y salud reproductiva.

Artículo 9º.- De la Implementación

El Ministerio de Salud implementará en el marco de la Política Nacional de Salud, los planes, programas y acciones en materia de salud sexual y salud reproductiva, sobre la base del pleno respeto de los derechos humanos que respaldan su realización.

Artículo 10º.- De los Destinatarios

Para efectos de la presente Ley, se considera destinatarios de las acciones en materia de salud sexual y salud reproductiva, a las personas, durante todo el ciclo de su vida, sin ningún tipo de discriminación.

Artículo 11°.- De los Prestadores

La prestación de los servicios de salud sexual y salud reproductiva estará a cargo de los profesionales y técnicos de la salud, y de especialidades relacionadas con la salud sexual y la salud reproductiva, cuya participación es necesaria en la ejecución de los programas de salud sexual y salud reproductiva.

La presente Ley, de conformidad con el derecho a la libertad de conciencia establecido en el inciso 3) del artículo 2° de la Constitución Política y en el artículo XII del Título Preliminar de la Ley General de Salud⁸, garantiza a los prestadores el derecho a abstenerse públicamente de cumplir con su obligación de prestar servicios de la especialidad de sexualidad y reproducción, debido a sus propias razones morales; siempre que no se coloque en riesgo la salud o la vida de las personas.

TITULO III

DE LA CREACIÓN DE LA COMISIÓN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA

Artículo 12°.- Creación y Conformación de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva

Créase la Comisión Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, como órgano consultivo del Ministerio de Salud, en el ámbito de su aplicación, estará integrada por los siguientes miembros:

Dos (02) representantes del Ministerio de Salud, uno de los cuales lo presidirá;

Un (01) representante del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social;

Un (01) representante del Consejo Nacional de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia;

Un (01) representante del Ministerio de Educación;

Un (01) representante de ESSALUD;

Un (01) representante del Ministerio de Defensa;

Un (01) representante del Ministerio del Interior;

Un (01) representante del Colegio Médico del Perú;

Un (01) representante de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología (SPOG);

Un (01) representante de las clínicas privadas;

Un (01) representante del Colegio de Obstetrices del Perú;

⁸ "...Las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas para eximirse de las disposiciones de la Autoridad de Salud cuando de tal exención se deriven riesgos para la salud de terceros".

Un (01) representante del Colegio de Abogados del Perú.

Un (01) representante de organizaciones no gubernamentales, vinculadas a la defensa de los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Un (01) representante de las organizaciones sociales de base o comunitarias, vinculadas a la defensa de los derechos sexuales y reproductivos.

Artículo 13°.- De las Funciones

Son funciones de la Comisión Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva:

- a. Participar en el diseño y formulación de los planes y programas en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- b. Supervisar la ejecución de los presupuestos y uso de los recursos, provenientes de toda fuente, destinados a la ejecución de los Programas de Salud Sexual y Salud Reproductiva.
- c. Evaluar el cumplimiento de los objetivos generales y específicos de la presente ley.
- d. Identificar las normas, políticas, diseños institucionales y prestación de servicios que favorezcan la vulneración de derechos en los servicios de salud sexual y salud reproductiva, para formular propuestas correctivas, y de ser el caso canalizar las demandas o denuncias que correspondan ante las respectivas instancias.

DISPOSICIONES FINALES

Primero.- El Poder Ejecutivo aprobará el Reglamento de la presente Ley, en el plazo de 60 días.

Segundo.- Deróguese, modifíquese o ampliése; según sea el caso, todas las disposiciones legales que se opongan a lo dispuesto en la presente Ley.



[Signature]
Jorge Heger
Congresista de la República

[Signature]
H. María Sumire

[Signature]
Dr. DANIEL ROBLES LOPEZ
Congresista de la República

[Signature]
Mg. Soc. GLORIA RAMOS PRUDENCIO
Congresista de la República

[Signature]
ROSARIO SASIETA MORALES
Congresista de la República

[Signature]
ELIZABETH LEÓN MINAYA
Congresista de la República

[Signature]
Karina Beteto Rubin
AL ORDÓÑEZ SALAZAR
Directivo Portavoz
Movimiento Nacionalista - Unión por el Perú

[Signature]
Juana Huancahuari Paucar

[Signature]
EDGARD REYMUNDO MERCADO
Congresista de la República

[Signature]
Dra. MARIA SUMIRE
Congresista de la República

