

UNIVERSIDAD DE OVIEDO

Máster en Políticas Sociales y Bienestar

MORTALIDAD MATERNA Y LEGISLACIÓN SOBRE SALUD SEXUAL
REPRODUCTIVA EN EL PERU DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Trabajo Final de Máster presentado por Karen Ríos Chumán

Tutor: Prof. Leopoldo Tolivar Alas

Diciembre de 2013

INDICE

Introducción	
a. Planteamiento	5
b. Objetivos de la Investigación	8
c. Justificación	9
d. Estructura de la Investigación	14
e. Desarrollo de la investigación	14
1. La eficacia de los derechos fundamentales frente al Poder del Estado	14
a) El significado de derechos Fundamentales	14
b) La vinculación de los derechos fundamentales con el Poder del Estado	19
2. La mortalidad materna y el derecho a la salud reproductiva de la mujer en el Perú	22
a) La mortalidad materna en el Perú en el contexto actual	22
b) El reconocimiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales	31
c) El reconocimiento del derecho a una salud sexual y reproductiva de la mujer en el ordenamiento jurídico peruano	38
3. La perspectiva de género como criterio en los procesos de salud reproductiva de la mujer en una ley de salud sexual y reproductiva frente a la mortalidad materna en el Perú	45
a) La presencia de la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen	45
a.1) El género y su perspectiva	45
a.2) La perspectiva de género frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen	47
b) La inclusión de una ley de salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género frente a la mortalidad materna en el ordenamiento jurídico peruano	54
4. Discusión de resultados	69
f. Conclusiones	
g. Referencias Bibliográficas	

Introducción

Muchas de los seres humanos que dejan de existir o quedan dañadas de por vida en su salud, es debido a que en la sociedad no se cumple a cabalidad el respeto a los derechos y libertades proclamados no sólo en la constitución sino en los documentos internacionales por motivos de raza, color de piel, sexo, religión, opción política u otra condición. Uno de estos seres humanos es la mujer en un estado particular, el de gestación, que si bien tiene la especialidad de dar como resultado el traer una vida al mundo, también trae como consecuencia la muerte de una mujer durante este período, lo que se convierte en un evento grave, con repercusiones en el núcleo familiar y en la sociedad en la que se presenta.

La Organización Mundial de la Salud señala que cada día aproximadamente son las 800 mujeres mueren por causas evitables relacionadas con las complicaciones del embarazo y el parto, el 99% sucede en países en vías de desarrollo. La mayoría de ellas vive en una situación de pobreza y tiene acceso limitado a atención obstétrica de calidad y se observa que casi todos los casos son prevenibles y de los datos que se conocen por las estimaciones realizadas por esta organización y conjuntamente con la UNICEF, la UNFPA y el Banco Mundial se estima que a nivel mundial ocurrieron 287 000 muertes maternas en 2010, observándose un descenso del 47% desde el año 1990. La razón de muerte materna mundial para el año 2010 fue de 210 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos; para Latino América y el Caribe se estimó la razón en 80 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos

Este malestar que viven las mujeres tiene que ver con los derechos a la salud sexual y reproductiva y en ese sentido, el Perú, ha ratificado una serie de tratados internacionales de protección de derechos humanos entre los que se encuentra el Pacto de Derechos Sociales, Políticos y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEFDICM), entre otros tratados y que conforme a nuestro ordenamiento jurídico son normas vinculantes con rango constitucional.

Desde hace más de una década en el Perú se tiene implementado el sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna que se encuentra normado a través de la Directiva Sanitaria N°036-MINSA/DGE-V.01, “Directiva Sanitaria que establece la notificación e investigación para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna” aprobada con la

Resolución Ministerial N° 634-2010/MINSA, con dicha norma es que el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiología realiza los procesos de notificación e investigación epidemiológica de cada muerte materna que ocurre en el país, con la finalidad de mejorar la salud materna, reducir la morbilidad materna y mejorar la calidad de la atención de la mujer durante el embarazo, el parto y el puerperio.

En virtud de ello es que se tiene conocimiento del avance que se ha tenido para mitigar este flagelo en la mujer peruana. El Perú para poder satisfacer eficazmente la vigencia del Derecho a la salud materna debe considerar los objetivos del milenio y teniéndolos en cuenta es que debe de direccionar sus políticas en este tema, para ello ayudan mucho las interpretaciones realizadas por los comités de los organismos internacionales, quienes a través de las recomendaciones nos permiten identificar cuáles son los estándares mínimos de protección que el Estado debe implementar para resguardar los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres por lo que como operadores jurídicos que quieren contribuir con la sociedad debemos de considerarlos como referencia al momento de apreciar la actuación normativa y política del Estado peruano en relación al derecho que tiene la mujer a una salud de calidad durante su embarazo.

De ahí es que con el presente trabajo final se busca establecer unos alcances sobre la situación de la mortalidad materna en el Perú y la necesidad de dictar una ley de salud sexual y reproductiva de la mujer en el Perú que tenga en cuenta la perspectiva de género como enfoque establecido internacionalmente para eliminar la desigualdad de trato que existe entre los sexos y poder contribuir con ello en fortalecer la salud de la madre gestante.

Por eso, este trabajo como primer apartado tiene al planteamiento en el cual se expresará la problemática establecida en el Perú respecto de la muerte materna para plantear a continuación como apartados siguientes los objetivos que darán las líneas a seguir de la investigación y las justificaciones de la investigación en las que se expusieron las razones para llevarse a cabo.

Como cuarto punto obra en el mismo la estructura a seguir como sustento de la investigación para tener por quinto apartado el desarrollo de la misma, en el cual se tratarán los puntos como la eficacia de los derechos fundamentales frente al Poder Público

por ser la salud materna un derecho particular de las mujeres en esa etapa y el Estado estar vinculado con su protección. Además se tratará el punto de la mortalidad materna y el derecho a la salud reproductiva de la mujer en el Perú con la finalidad de conocer la situación de la mortalidad materna en el Perú a través de las cifras que se han obtenido de organismos especializados, así como de establecer el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales así como en el ordenamiento nacional.

Así mismo otro punto que sustenta el presente trabajo, es el relativo a la perspectiva de género como criterio en los procesos de salud reproductiva de la mujer en una ley de salud sexual y reproductiva frente a la mortalidad materna en el Perú, en el cual se tratará como primer punto la presencia de la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen porque debemos de estar enterados de la evolución que ésta ha tenido en los documentos internacionales para a continuación tratar en un siguiente punto del género y su perspectiva pues debemos conocerlos como aspecto fundamental de nuestra propuesta para luego abordar el tema de la perspectiva de género frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen.

Finalmente será tratado el tema de la inclusión de una ley de salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género frente a la mortalidad materna en el ordenamiento jurídico peruano y el punto de la discusión de resultados, como puntos centrales de la investigación.

a. Planteamiento

Cuando hacemos alusión a la salud nos encontramos frente a un término complejo que no puede apreciarse fuera del impacto de los valores de una sociedad, que influyen en las aspiraciones, los deseos y los hábitos de las personas. Muchos de nosotros hemos oído que todos los seres humanos tenemos derecho a la salud por lo que merecemos vivir en condiciones saludables, lo que implicaría mucho más que contar sólo con servicios de salud tradicionales como agua y luz quizá, sino también comprende la educación, la nutrición, el esparcimiento, etcétera.

Sin embargo, cuando nos enfrentamos a una realidad en la que recién nacidos, niños, ancianos y mujeres mueren de enfermedades, caemos en la cuenta de pensar en las condiciones de salud en las que estamos viviendo y nos preguntamos qué hace el Estado para dar solución eficaz a estos malestares que aquejan a su población. Del universo de problemas de salud que se pueden presentar, nos interesa el problema de la mortalidad materna, es decir, el deceso de mujeres gestantes.

Las mujeres para lograr el respeto y la plena vigencia de sus derechos han luchado y siguen luchando mucho puesto que las diferencias de género que influyen en el desarrollo social también lo hacen en la vigencia de su derecho a la salud, específicamente en lo que atañe a sus derechos reproductivos, que forman parte intrínseca de los derechos humanos y cuya plena vigencia y reconocimiento es lo que pretenden conseguir las organizaciones femeninas.

Producto de esta lucha podríamos señalar que existe en el Perú la ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres del 16 de marzo de 2007, que es la única norma con rango de ley que reconoce expresamente la existencia de los derechos sexuales y derechos reproductivos estableciendo la obligación del Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y locales de adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud, “con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura” así como para “garantizar que los programas de salud den cobertura integral a la población en situación de extrema pobreza y pobreza, en los riesgos de

enfermedad y maternidad, sin discriminación alguna, de acuerdo a ley”. Sin embargo, esta ley es general y no contiene la especialidad requerida en el tratamiento de los problemas de salud de la mujer como la mortalidad materna, que aquejan a la sociedad peruana y que el Movimiento Manuela Ramos dio a conocer.

Dicho movimiento es un organismo privado de posición feminista que se fundó en Mayo de 1978 y que tiene una labor reconocida en Perú puesto que se preocupa porque la mujer tenga las oportunidades que como ser humano merece. En mayo del año 2007 este movimiento elaboró un documento titulado “Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La salud sexual y reproductiva en el Perú”, con proyección al 2015 estableciendo en base a datos señalados en un informe del Instituto Nacional de Estadística e Informática del año 2000 así como también en un informe de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud de Lima del año 2007, que en el Perú ocurren 1,258 muertes maternas cada año, lo que significa que cada 8 horas muere una mujer por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Mostrándonos un panorama poco alentador que continuaba al 2008 ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud para este año, la tasa de mortalidad materna en Perú correspondía a 98 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

Ahora, en el último estudio de Amnistía Internacional sobre salud materna titulado “Demoras Fatales. Las barreras a la salud materna en Perú”, que data de 2009 y que fue elaborado gracias a las cifras de la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud de julio de 2008, señaló que “el 27 por ciento de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras que la mujer estaba embarazada; el 26 por ciento durante el parto y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto”. Así mismo dentro del 27% de muertes de mujeres mientras estaban embarazadas, no se precisa la causa que conlleva a dicho fatídico resultado pero este mismo informe muestra que la primera causa de mortalidad materna es la hemorragia (40,5%), la segunda la preeclampsia (18,9%), la tercera el aborto (6,1%) y la infección (6,1%) y un 26.5% de las muertes tuvieron otras causas concluyendo que independientemente de la cifra oficial, el Perú aún mantiene un número de muertes elevado que dista mucho de los Objetivos del Desarrollo del Milenio que apuntan a reducir los índices de mortalidad materna a una tasa inferior a 75 por 100 mil nacidos vivos para el 2015, continuando con el panorama deplorable.

El Estado peruano mediante la Resolución Ministerial No. 207-2009/MINSA de 27 de marzo del 2009, aprobó el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015, que tiene por finalidad contribuir a modificar sustancialmente en el país los indicadores negativos relacionados a la muerte en mujeres por embarazo, parto y puerperio, y de los perinatos, especialmente de los sectores menos favorecidos de la población nacional, con la meta de reducir la mortalidad materna a 66 por 100 mil nacidos vivos al 2015 y para ello espera poder articular el trabajo del sector salud con los tres niveles de gobierno y la sociedad civil, lo que nos permite darnos cuenta que el Estado peruano tiene conocimiento de la gravedad de la situación que aqueja a la población de sus mujeres pero no tiene la decisión de crear una normativa especial completa en la que se proteja la salud sexual y reproductiva de todos los peruanos en especial de la mujer peruana, conformándose con dar directivas dispersas sin sistematizarlas y reunir las en un todo orgánico.

Al 2010, el informe preparado por Jeannette Llaja Villena en colaboración con William Aranda y Paula Escribens titulado “Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Perú Informe para el cumplimiento de la CEDAW”, que data de diciembre de ese año, revela que en el Perú “la mortalidad materna casi no ha disminuido y difícilmente disminuirá si es que el Estado peruano no adopta medidas adecuadas y urgentes para atender esta situación” por lo que sostienen los investigadores que “las mujeres en el Perú se mueren por causas totalmente evitables”.

Ante ello, si bien la realidad actual demuestra que son evidentes las restricciones que la pobreza, el desempleo y las desigualdades sociales imponen al acceso a la atención de salud y los demás procesos que ésta implica, también nos hace ver el abandono del Estado de su rol social en ésta área. Cabe señalar que uno de los indicadores más categóricos del estado de la salud reproductiva es la mortalidad materna, que se asocia principalmente a la falta de atención médica y a la pobreza y las cifras mencionadas en el párrafo anterior nos revelan un panorama atroz en el que Perú está inmerso, que evidencia el incumplimiento con sus obligaciones internacionales que lo obligan a garantizar el acceso a la salud de la población y la igualdad de género. La tasa de mortalidad materna tan alta que aparece en los informes mencionados es preocupante, más si es que la mortalidad materna ha sido calificada por la Organización Panamericana de la Salud como el reflejo más claro de la

discriminación y el bajo estatus social de las mujeres, catalogado además como indicador de disparidad y desigualdad existente entre hombres y mujeres.

En ese sentido, es oportuno investigar al respecto para tener un conocimiento de la situación de la mortalidad materna en Perú, aunque desde ya hay que considerar que debe darse un proceso de reforma en esta área pero que no debe responder a criterios economicistas sino a la búsqueda de la equidad de los géneros teniendo en cuenta las diferencias sexuales que estos presentan. Por ello, nos preguntamos ¿El derecho reproductivo de la mujer no tiene reconocimiento en Perú para que exista respecto de ella una situación de desprotección? acaso ¿Los derechos reproductivos de la mujer no son eficaces frente al Poder del Estado? y con todo ello ¿La aprobación de una ley de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género sería una estrategia fundamental para reducir la mortalidad materna en el Perú actual?

Desde nuestro punto de vista es posible reducir la mortalidad relacionada con el embarazo facilitando el acceso a servicios integrales de salud reproductiva y mejorando los cuidados obstétricos esenciales que deberán ser de calidad y de impacto en los aspectos físicos, culturales y sociales de las mujeres pero a ello debería incluirse la perspectiva de género pues ayudaría a comprender los procesos de salud de la mujer en aras de evitar su muerte de ahí que sería fundamental que el Estado peruano apruebe una norma especial con perspectiva de género que con la finalidad de evitar la mortalidad materna, sancione el trato inequitativo entre los sexos en los procesos de salud y en esto radicaría el aporte de la presente investigación.

b. Objetivos de la Investigación

El objetivo general de la investigación sería determinar si la aprobación de una ley de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género sería una estrategia fundamental para reducir la mortalidad materna en el Perú actual.

En atención a él, los objetivos específicos del presente trabajo serían:

1. Dar a conocer la situación actual de la mortalidad materna a través del análisis de los informes más actuales del INEI, la Defensoría del Pueblo de Perú y Amnistía Internacional.
2. Establecer el tipo de eficacia que se postula de los derechos fundamentales de las personas frente al Poder estatal con la finalidad de contribuir al empoderamiento de la mujer peruana en los procesos de salud.
3. Señalar que es lo que establece el proyecto de ley de salud sexual y reproductiva a partir de lo establecido en el Diario de Debates del Congreso de la República Peruano del día 3 de junio de 2010.
4. Proponer la adopción de una perspectiva de género como estrategia orientadora para los procesos de salud en los que se halla inmersa la mujer.

c. Justificación

La justificación de la presente investigación se puede hacer desde tres perspectivas, la doctrinaria, la normativa y la jurisprudencial. Desde la perspectiva doctrinal creemos que es necesario hacernos de una base teórica suficiente para abordar los temas que forman parte de la estructura.

En relación a ello será conveniente tomar conocimiento de que el fundamento del Derecho es la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad y que puede ser definido como un conjunto de normas reguladoras de la conducta de los hombres en sociedad, creadas por ellos, de acatamiento obligatorio y con el propósito de organizarse para lograr el orden, la seguridad, la armonía colectiva, la igualdad y la garantía de bienestar evitando la anarquía (Soto, 2005:13) por lo que a partir de esa idea el Derecho fue creado para proteger, en última instancia, la libertad personal que lleve a la persona humana a conseguir su proyecto de vida.

Entonces si el derecho tiene por tarea regular la conducta intersubjetiva que proyectan las personas y la defensa de éstas, nos interesará saber qué son los derechos fundamentales de la persona, tarea un tanto compleja pero necesaria. Ante ello, juristas como Durán Ribera (2002:17) nos da una aproximación y señala que la expresión “derechos fundamentales” se

designa a los derechos garantizados por la Constitución pero también aparece la denominación “derechos humanos” con la que se hace referencia a derechos garantizados por normas internacionales pero si queremos definirlos debemos partir desde su contenido esencial, el que según Villaseñor Goyzueta (García, 2008:33) comprende la sustancia del derecho, sin la cual deja de ser tal y a lo cual le podemos añadir lo señalado por García Toma (2008:33), que se convierte en la parte indispensable e indisponible que permite al titular del derecho gozar de los atributos y facultades que esta parte declara. Por su parte Sosa Sacio (2005:148) sostiene que el contenido esencial o núcleo duro de los derechos fundamentales, es un mínimo irreductible por lo que aquella parte de estos no puede ser limitada puesto que se desnaturalizarían y desaparecerían como tales.

Como nos damos cuenta será muy importante tener delimitado el tema de los derechos fundamentales de la persona puesto que su conocimiento nos permitirá que nos pronunciamos por su eficacia.

Ante ello aparecen una serie de derechos de los cuales las personas somos titulares, uno de ellos es el derecho de salud reproductiva pero como estos derechos no aparecen en abstracto sino que los podemos concentrar en situaciones pues tendremos que establecer una de estas: la mortalidad materna, con lo que subjetivamente quedaría delimitado el tema al derecho reproductivo de la mujer.

En términos de inversión social, el Perú dentro de los países de Latinoamérica es uno de los países que menor presupuesto asigna a salud, sólo el gasto en salud sólo alcanza el 1,6% del PIB, además de poseer una población heterogénea y una mala distribución de los servicios. Lo que resulta importante para contextualizar la situación de la mortalidad materna.

La mortalidad materna o muerte materna o de mujeres gestantes es un término estadístico que describe el deceso de una mujer durante o poco después de un embarazo además es un indicador claro de injusticia social, inequidad de género y pobreza.

Según reporta el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna y Perinatal 2009-2010, las Direcciones Regionales de Salud reportaron en 2007 las siguientes causas principales de muerte: hemorragias (41%), hipertensión inducida por el embarazo

(19%), aborto (6%) e infecciones (6%); la mayoría de muertes ocurren durante el trabajo de parto (retención de placenta) y post parto (atonía uterina). Así mismo, el porcentaje de partos asistidos por personal calificado es uno de los indicadores para monitorear avances hacia la reducción de la mortalidad materna, tal y como se establece en los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en el Perú en las zonas rurales se observa un incremento significativo del parto institucional en relación al año 2000 (22%), pero sólo el 44% de mujeres han recibido asistencia de personal calificado durante el Parto además del 56% que no tuvo acceso a los establecimientos, el 71% señala que el principal impedimento para acceder a los servicios fueron barreras económicas y culturales.

Todas estas cifras nos permiten apreciar que la mortalidad materna es un problema de salud al que se enfrenta la mujer peruana. Por lo que para la investigación que estamos realizando interesaría conocer además qué se entiende por salud como otro punto de la parte teórica que debemos despejar. Acudiendo a la Organización Mundial de la Salud, organismo especializado en salud, tenemos que en su último informe sobre la salud en el mundo, del año 2008, señaló que es “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social”, por tanto la muerte sería un estado de total ausencia de salud, que es con lo que nos encontramos al apreciar el hecho de la muerte materna.

Esta situación de la muerte de la madre gestante está muy relacionada con el género de ahí que un factor importante a conocer será la perspectiva de género ya que esta es la que creemos será una categoría estratégica a incorporar en las políticas de lucha contra la mortalidad materna. Género no es sinónimo de sexo, “al mencionar sexo nos estamos refiriendo a la biología, es decir, a las diferencias físicas entre los cuerpos de las mujeres y de los hombres, mientras que, al hablar de género, aludimos a las normas y conductas asignadas culturalmente a los hombres y a las mujeres en función de su sexo” (Pérez, 2011:25).

Por tanto, género es “la construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias y representaciones que generan las culturas a partir de las diferencias sexuales, las cuales

determinan los papeles de lo masculino y lo femenino. Es una categoría dinámica que se interrelaciona con el devenir histórico” (Chávez, 2004:11).

Teniéndolo en consideración, asevera Vargas Pavez, Casas Becerra y Azócar Benavente (2008:40) que la perspectiva de género es “la inclusión de género como categoría conceptual está asociada a las demandas de las mujeres para revelar y superar esa desigualdad”, que se constituye en “una visión explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de géneros (...), una visión analítica, científica, (...); permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a las mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias”, para ayudar a la edificación en el orden de lo subjetivo y social de una nueva configuración del mundo, partiendo de una deconstrucción de antiguos saberes que lleve a resignificar la Historia, la sociedad, la cultura y la política, desde las mujeres y con las mujeres (Peña, s/a:111).

Estas son unas pinceladas de la teoría que corresponde a esta investigación abordar con el ánimo de darle fundamento pero no queda aquí puesto que será necesario acudir a la normativa que hay alrededor de este tema.

Desde la perspectiva normativa tenemos que la Constitución peruana no reconoce expresamente a los derechos sexuales, ni a los derechos reproductivos de las personas sólo hace referencia a la salud en general aunque si establece una serie de derechos intrínsecamente relacionados con aquellos; nos referimos al derecho a la dignidad, el libre desarrollo de la personalidad, además del derecho a la vida, a la integridad física y mental, a la libertad de conciencia, a la libertad de información, a la intimidad personal, entre otros.

Sin embargo, infraconstitucionalmente nos encontramos con la Ley N° 26842, Ley General de Salud en la que se indica que toda persona tiene el derecho de ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre salud reproductiva entre otras indicaciones pero sobre la Salud Materna en particular, el 29 de julio del 2004 se publicó la Ley 283085 que regula el uso del descanso pre y postnatal del personal femenino de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, otorgándoseles 45 días previos y post al embarazo.

Existe además la ley 28983, Ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres del 16 de marzo del 2007 que, ésta es la única norma con rango de ley que reconoce expresamente la existencia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, obligando al Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y locales de adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud, “con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura”.

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

Otras normas técnicas que es importante mencionar son las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva que el Ministerio de Salud aprobó, el 21 de junio de 2004, mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA. Estas Guías buscan estandarizar conceptos y uniformizar prácticas en las redes de atención de la salud; estas guías consideran las prácticas en temas de planificación familiar y salud materna y reproductiva.

Así como esta normativa hay otras, lo que nos muestra que hay una dispersión de tratamiento de temas de salud pues no están reunidos en un solo cuerpo legal haciendo de difícil aplicación la normativa especial.

Entonces como se aprecia necesitamos conocer toda esta información doctrinaria y normativa para dar fundamento a nuestra investigación lo que evidencia su importancia puesto que sin ella no podríamos establecer nuestros objetivos.

d. Estructura de la Investigación

1. La eficacia de los derechos fundamentales frente al Poder del Estado
 - a) El significado de derechos Fundamentales
 - b) La vinculación de los derechos fundamentales con el Poder del Estado
2. La mortalidad materna y el derecho a la salud reproductiva de la mujer en el Perú
 - a) La mortalidad materna en el Perú en el contexto actual
 - b) El reconocimiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales
 - c) El reconocimiento del derecho a una salud sexual y reproductiva de la mujer en el ordenamiento jurídico peruano
3. La perspectiva de género como criterio en los procesos de salud reproductiva de la mujer en una ley de salud sexual y reproductiva frente a la mortalidad materna en el Perú
 - a) La presencia de la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen
 - a.1) El género y su perspectiva
 - a.2) La perspectiva de género frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen
 - b) La inclusión de una ley de salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género frente a la mortalidad materna en el ordenamiento jurídico peruano
4. Discusión de resultados

e. Desarrollo de la investigación

1. La eficacia de los derechos fundamentales frente al Poder del Estado
 - a) El significado de derechos Fundamentales

Emprender la tarea para esclarecer el qué son los derechos fundamentales resulta una labor compleja en el ordenamiento jurídico peruano pues a los derechos de la persona se alude con distintas denominaciones. El artículo 55° de la Constitución señala “los tratados celebrados por el Estado y en vigor forman parte del derecho nacional” por lo que esta

norma completa tiene que ver con la manera de cómo se incorporan las normas de los tratados al Derecho interno peruano, y en ese sentido todos los tratados de derechos humanos forman parte del derecho interno porque el Perú “opta por un sistema de aplicabilidad inmediata que se acerca a una evidente y saludable comprensión monista de las relaciones entre el Derecho Internacional y el Derecho interno” (Novak Talavera y Salmón, Elizabeth, 2002: 113). En ese sentido, los tratados celebrados por el Estado peruano deberán ser utilizados para realizar interpretaciones durante su aplicabilidad en los casos concretos como está reconocido en virtud de la IV disposición final y transitoria de la Carta Magna peruana en materia de derechos humanos que a la letra establece que “las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú”.

De la lectura del artículo 3° de esta misma norma en el que se señala que “la enumeración de los derechos establecidos en este capítulo no excluye los demás que la Constitución garantiza, ni otros de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo, del Estado democrático de derecho y de la forma republicana de gobierno”, Castillo Córdova (2003: 24) aprecia que “el carácter *ius fundamental* se extiende incluso a otros derechos de naturaleza análoga o que se fundan en la dignidad del hombre, o en los principios de soberanía del pueblo”.

Por ello Motta Navas (Cuarezma Terán y Pichardo, 2011:314) “toda persona goza de la protección estatal y del reconocimiento de los derechos inherentes a la persona humana, del irrestricto respeto, promoción y protección de los derechos humanos” y de la plena vigencia de los derechos consignados en los documentos internacionales.

Durán Ribera (2002:17), considera que es posible sostener que bajo la expresión “derechos fundamentales” se designa a los derechos garantizados a las personas por la Constitución y que en cambio, la denominación “derechos humanos”, hace referencia a derechos garantizados por normas internacionales. Por su parte Del Solar Rojas (2000: 50) señala que Derechos humanos, es una expresión que se utiliza para referirnos a los derechos de la persona al margen del ordenamiento constitucional interno de un Estado, cosa distinta sucede con la denominación de derechos constitucionales que se le está asignando según el nombre de la norma que los contiene, en este sentido, al ser recogidos en la Norma

Constitucional indudablemente se está haciendo referencia a los derechos constitucionales. Incluso con la expresión “derechos fundamentales” se ha hecho referencia a los derechos dentro del ordenamiento interno de un Estado.

Teniendo en cuenta lo señalado por los juristas antes mencionados y lo establecido en la Carta Magna peruana, podemos concluir que, en el ordenamiento peruano nos podemos encontrar con todas las expresiones aludidas para referirnos a los derechos que se postulan de una misma realidad: la persona humana, lo que obliga a todos los operadores jurídicos a promocionarlos reconociéndolos en función de la dignidad de la persona humana puesto que la persona humana es el titular de derechos inherentes a su dignidad de persona y, por tanto, de valor universal, cuya realización y preservación es el único fundamento posible de la legitimidad del poder y de la validez del derecho creado por este (Rubio Llorente, 2006: 205), por ello como García Belaúnde (2001: 118) sostiene que las expresiones con las que se les conoce –derechos humanos, fundamentales, constitucionales- deban emplearse indistintamente.

Pero como nuestra tarea no acaba ahí sino con el significado de los derechos fundamentales, nos interesa lo postulado por la doctrina que ha señalado que estos derechos poseen un contenido esencial con el cual se tendrá un conocimiento y comprensión mayor de lo que son. Frente a ello Villaseñor Goyzueta (García Toma, 2008: 33) señala que el contenido esencial de los derechos fundamentales comprende la sustancia del derecho mientras que Sosa Sacio (2005: 148) lo conceptúa como el núcleo duro de los derechos fundamentales, es un mínimo irreductible por lo que aquella parte de estos no puede ser limitada y si se realizara lo contrario se desnaturalizarían y desaparecerían como tales.

El máximo intérprete de la Constitución peruana, el Tribunal Constitucional peruano en la Sentencia emitida en el Exp. N° 1042-2002-AA/TC específicamente en su Fundamento 2.2.4 señaló que “el contenido esencial de un derecho fundamental está constituido por aquel núcleo mínimo e irreductible que posee todo derecho subjetivo reconocido en la Constitución, que es indisponible para el legislador, debido a que su afectación supondría que el derecho pierda su naturaleza y entidad. En tal sentido, se desatiende o desprotege el contenido esencial de un derecho fundamental, cuando este queda sometido a limitaciones que lo hacen impracticable y lo despojan de la protección constitucional otorgada”,

admitiendo con ello según Castillo Córdova (2005: 145) que existe el derecho fundamental, y que puede ser objeto de limitaciones legales pero no en su contenido esencial, lo que daría pie a decir que estos derechos tienen un contenido que es no esencial y que probablemente sí pueda ser objeto de limitaciones, lo que dista de la realidad propia del Derecho Fundamental, pues tiene un solo contenido y todo es esencial.

En otra sentencia, emitida en el Exp. N° 2209-2002-AA/TC, el mismo tribunal señaló en el fundamento quinto de esta decisión que “en materia de derechos fundamentales, el operador judicial no pueda sustentar sus decisiones amparándose únicamente en una interpretación literal (...). Requiere, por el contrario, de un esfuerzo de comprensión del contenido constitucionalmente protegido de cada uno de los derechos, principios o bienes constitucionales comprometidos, para, después de ello, realizar una ponderación de bienes”.

De acuerdo con García Toma (2005: 518), la misión principal de la jurisdicción constitucional es defender y preservar la constitucionalidad, entendida esta como el vínculo de armonía y concordancia plena entre la Constitución y las demás normas que conforman el sistema jurídico que esta diseña. Por lo que el Tribunal Constitucional, en plano de los derechos fundamentales este no debe realizar interpretaciones que los vacíen de contenido.

Por eso Castillo Córdova (2005: 145) sostiene que el contenido de estos derechos estará conformado por dos dimensiones, que deben entenderse como el conjunto de facultades de acción que ese derecho depara a su titular (dimensión subjetiva) y como todas las obligaciones de acción a las que debe comprometerse el poder político con la finalidad de conseguir la vigencia plena y real del derecho mismo (dimensión objetiva), por lo que no es algo dado en bloque y fácilmente identificable sino que se va a ir definiendo desde el mismo texto constitucional porque en un Estado de Derecho, un derecho fundamental no puede tener una naturaleza jurídica fuera de la Constitución o que vaya en su contra.

En ese sentido, se “debe empezar la definición del contenido de un derecho fundamental desde el texto constitucional, teniendo en cuenta el principio de unidad y sistematicidad de la Constitución, por el cual se exige que todos los preceptos constitucionales sean interpretados de un modo armónico como componentes de una unidad o sistema, de la que es ajena cualquier tipo de contradicción interna” (Castillo Córdova, 2004: 9), lo que no se

ha dejado ver en el fundamento quinto de la sentencia emitida en el Exp. N° 2209-2002-AA/TC, antes mencionado.

Por tanto, ante una vulneración de derechos fundamentales no vamos a dejar de lado el resto de cuerpos normativos como el internacional sobre derechos humanos que forman parte del ordenamiento jurídico puesto que el derecho también se recoge en dichas sedes, el no hacerlo iría en detrimento de la aplicación del principio de unidad de la Constitución y el de concordancia que con ella debe de haber en toda la normativa nacional (Castillo Córdova, 2005: 146-147).

Sin embargo, no basta la referencia a los dispositivos normativos, importan también las circunstancias que rodean al caso concreto en el que se ve inmerso el derecho fundamental, porque su definición no puede hacerse de manera abstracta pues se postula de una realidad que es el ser humano y su materia es la conducta humana, la misma que tiene diversos condicionamientos que la harán ser particular, específica, única. De ahí que la delimitación de un derecho fundamental no se presenta como una tarea fácil sin embargo, no debemos de olvidar que son atributos de las personas que concretizan exigencias de dignidad, libertad e igualdad históricamente consideradas y que se encuentran previstos y garantizados normativamente (Sosa Sacio, 2005: 148).

Cianciardo (Rivas, 2005: 60) sostiene que “los Derechos Fundamentales para ser plenamente jurídicos deben ser reconocidos por el ordenamiento jurídico de cada Estado, lo que no impide su existencia en aquellos sistemas jurídicos que no los hayan reconocido, pues siguen siendo reales y exigibles, debiendo ser reconocidos para que tal ordenamiento jurídico sea considerado justo, al ser estos derechos naturales poseídos por el hombre como tal, que deben ser reconocidos por la ley positiva”.

De Domingo (2010: 38), señala que los derechos fundamentales pueden ser definidos como “aquel ámbito de la personalidad y/o actuación humana que la Constitución reconoce como digno de protección, y al que otorga, en consecuencia, una protección de alto nivel, consistente al menos en que el respeto de dicho ámbito se configura en un principio básico del ordenamiento, es declarado inmune a la acción de los poderes públicos –especialmente el legislador– y el particular ve reconocida una facultad procesal a que dicho ámbito le sea protegido judicialmente”.

Por su parte Castillo Córdova (2006: 158) define a los derechos fundamentales como aquellos derechos que significan un “reconocimiento y garantía de los bienes humanos destinados a la satisfacción de una serie de necesidades, requerimientos y características de la naturaleza humana”, que si bien unos aparecen reconocidos expresamente por el ordenamiento jurídico de manera expresa y hay otros que no, y cuyo sustento como ya lo señalaron los autores citados radica en la persona como ser racional y libre y por ello, son bienes del ser humano que deben ser garantizados tanto por los poderes públicos como por los mismos particulares por lo que de ellos se predica una vinculación.

b) La vinculación de los derechos fundamentales con el Poder del Estado

Después de conocer el significado de los derechos fundamentales, debemos a hora postular su eficacia, como la de cualquier otra norma constitucional, y ésta sólo puede ser medida en términos jurídicos a partir de la aptitud de su contenido normativo para la consecución de su objeto, la garantía de un determinado ámbito de libertad personal (Bastida Freijedo, Villaverde Menéndez et al.,2004: 179).

El artículo 38° de la Constitución Política del Perú, señala que todos los peruanos tienen el deber de respetar, cumplir y defender la Constitución, de lo que se desprende que los derechos fundamentales vinculan no solo a los poderes públicos sino también a los particulares. Entonces vamos a hablar de una eficacia horizontal y de una eficacia vertical. Por la primera, el Tribunal Constitucional señala que se puede afirmar que, en efecto, los derechos constitucionales proyectan su fuerza normativa al ámbito de las relaciones entre particulares y de ello tres disposiciones constitucionales permiten inferirlo:

- el principio de dignidad de la persona
- el principio de primacía de la Constitución
- la procedencia del amparo contra actos u omisiones provenientes de particulares

Por la segunda, tratamos de la fuerza normativa de los derechos fundamentales sobre los poderes públicos y ésta es la que nos importa para el estudio que pretendemos realizar. Miro Quesada Rada (2006: 34) al hacer referencia al poder en general, sostiene que debemos centrarnos en la idea de ser capaz de hacer algo y el de tener la facultad de hacer, de imponer su voluntad a otras personas, con el fin de modificar la conducta de esas personas hacia un objetivo determinado.

Lo sostenido se condice con lo que señala Sánchez Agesta (1990: 48) al concebirlo como “una exigencia natural del hombre para definir, desenvolver y garantizar un orden estable de su convivencia como principio de coordinación y como agencia de decisiones unitarias que se proyecta en normas que definan al orden y cuyo cumplimiento está garantizado por esa energía del poder”. De ahí que, el poder político sea el único que puede ejercerse sobre la comunidad con la finalidad de imponer una conducta (Ferrero Rebagliati, 2003: 25), establecer por ende el orden necesario para conducirla a su fin configurando la comunidad política y determinando la vida social organizada.

Sin embargo, el poder político no puede ser cualquiera sino que el que debe primar es aquel ejercido de acuerdo a derecho y cuya actuación se dirija no sólo a no vulnerar los derechos fundamentales sino a asegurar su plena realización por lo que las normas que reconocen estos derechos son normas efectivamente vinculantes, y de cumplimiento obligatorio en virtud del principio de normatividad de la Constitución.

Como ya se señaló anteriormente en virtud del artículo 38 de la Constitución el poder público está vinculado a los derechos fundamentales y en ese sentido también se encuentra el artículo 45° de la carta magna pues establece que el ejercicio del poder público se hace “con las limitaciones y responsabilidades que la Constitución y las leyes establecen”. Por tanto, el poder político debe cumplir con los dispositivos constitucionales que reconocen los derechos fundamentales revelando con ello una vinculación negativa puesto que al establecer limitaciones y responsabilidades a quienes ejercen el poder público significa que el poder estatal estará obligado a abstenerse, es decir, obligado a no interferir en el ejercicio de las facultades de acción que el derecho fundamental reconoce a su titular, debe estar al servicio a los derechos, en su capacidad para realizarlos y en su disposición a respetarlos.

El artículo 43° de la Constitución peruana señala “la República del Perú es democrática, social, independiente y Soberana (...)” y el artículo 44° de la misma norma establece que “son deberes primordiales del Estado: defender la soberanía nacional; garantizar la plena vigencia de los derechos humanos (...)”. En consideración de esos artículos apreciamos que el primero define al estado peruano como uno social y el segundo establece como fin primordial del Estado peruano “garantizar la plena vigencia de los derechos humanos”, con lo que éste deberá conseguir la mayor efectividad de estos derechos, dotándolos de una

base y un contenido material, a partir del supuesto de que individuo y sociedad no son categorías aisladas y contradictorias, sino recíprocas (García Pelayo, 1980: 26) lo que revela que no sólo existe una vinculación negativa sino también otra en sentido positivo en virtud de la cual el poder político se compromete seria y efectivamente con la plena vigencia de los derechos fundamentales. Entonces a todos los poderes públicos va dirigida una prohibición de menoscabar los ámbitos de libertad iusfundamental y el mandato de optimizar la eficacia de dichas libertades en todo lo que jurídicamente les sea posible (Bastida Freijedo, Villaverde Menéndez et al., 2004: 183)

La dignidad humana es el presupuesto de todos los derechos fundamentales, lo que permite darnos cuenta que entre ella y los derechos existe un vínculo indisoluble, pues estos derechos en calidad de esenciales son inherentes a la dignidad, es decir cada uno de los derechos fundamentales manifiesta un núcleo de existencia humana que se deriva de la dignidad que tiene ínsita la persona.

De ahí que el estado peruano haya reconocido a la dignidad humana como una condición para el ejercicio de la libertad, entendida como aquella condición humana según la cual ninguna persona se halla sujeta a coacción derivada de la voluntad arbitraria de los demás. En ese sentido, los derechos humanos tienen su vinculación directa en el texto superior y se respetan como condición sine qua non del Estado Social de Derecho. Por eso es que los derechos fundamentales operan como el fundamento último de toda comunidad humana, pues sin el reconocimiento de tales derechos quedaría conculcado el valor supremo de la dignidad humana de la persona.

Por tanto, el sistema jurídico que se deriva de este tipo de estado trasciende la regulación formal, y apareja la exigencia de que sus contenidos axiológicos se plasmen en la vida cotidiana, presuponiendo los valores de justicia social y de dignidad humana, los cuales propenden la realización material de la persona; esto es, el libre desenvolvimiento de su personalidad y el despliegue más acabado de sus potencialidades.

2. La mortalidad materna y el derecho a la salud reproductiva de la mujer en el Perú

a) La mortalidad materna en el Perú en el contexto actual

Con la muerte desaparece físicamente la persona de ahí, que el artículo 61 del Código Civil peruano haya establecido que la muerte ponga fin a la persona. En ese sentido cuando hacemos alusión a la mortalidad materna nos enfocamos en la situación de mortandad de las mujeres gestantes y que la Organización Mundial de la Salud ha tomado en consideración definiendo a la muerte materna como la defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes al término de éste debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o con su atención o agravada por ella, siempre que no se trate de causas accidentales o incidentales.

En Perú, las mujeres que fallecen por causas relacionadas al embarazo o el parto, en su mayoría son personas de escasos recursos económicos o tienen un nivel reducido de educación o simplemente no han recibido educación así como también tienen serios problemas para acceder a los servicios de salud reproductiva por cuestiones de cultura, infraestructura vial, entre otras razones o también nos encontramos con mujeres adolescentes o que han sido víctimas de violencia sexual. Con ello nosotros podemos deducir que entre las causas que originan la mortalidad materna figuran la pobreza, el no poder acceder a atención sanitaria o la carencia de información sobre la salud sexual, reproductiva y materna que les permita decidir si quedar embarazadas y cuándo, y dar el consentimiento informado a la contracepción y la atención de la salud sexual, reproductiva y materna a las que se le suman un sinnúmero de razones como la discriminación por su origen étnico o su situación socioeconómica, por su edad o por su género, violándose con ello su derecho a la igualdad y la no discriminación, negándoseles además sus derechos sexuales y reproductivos.

Teniendo en cuenta que la muerte materna, es aquella muerte de una mujer durante su embarazo, parto o dentro de los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales, la Organización Mundial de la Salud provee la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), actualmente en su versión N° 10 y conforme a ello la muerte de una mujer durante el proceso grávido-puerperal puede clasificarse en los

siguientes tipos: Muerte materna directa, indirecta e incidental o accidental (llamada también no materna).

- a) Muerte materna directa: Es aquella producida como resultado de una complicación obstétrica del estado del embarazo, parto o puerperio y por intervenciones, omisiones, tratamientos incorrectos o una cadena de eventos que resultasen de cualquiera de los hechos mencionados. Las muertes maternas directas, a su vez, pueden agruparse de acuerdo a las causas básicas en:
- Hemorragia Obstétrica: que incluye la hemorragia precoz del embarazo (excluyendo al embarazo que termina en aborto) y en ella se considera a la amenaza de aborto, hemorragias precoces del embarazo; incluye también los trastornos de la placenta, placenta previa, desprendimiento prematuro de la placenta, hemorragia ante parto, hemorragia pre parto con defecto de la coagulación, trabajo de parto y parto complicado por hemorragia intra parto que puede estar asociada con afibrinogenemia, coagulación intravascular diseminada, hiperfibrinólisis, hipofibrinogenemia, traumatismos obstétricos y hemorragia post parto.
 - Trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio: incluye las afecciones que lleven a edema y proteinuria gestacionales, pre eclampsia, Síndrome de HELLP, eclampsia o hipertensión materna no especificada.
 - Infección relacionada con el embarazo: en este grupo se incluye la infección de las vías genitourinarias en el embarazo, sepsis puerperal, otras infecciones puerperales (infección de herida quirúrgica, infección consecutiva al parto), e infección de mama asociadas al parto.
 - Embarazo que termina en aborto. La interrupción de la gestación con o sin expulsión o extracción total o parcial del producto de la concepción antes de cumplir 22 semanas de gestación y/o antes de pesar 500 gramos o de medir 25 cm. de la cabeza al talón.

En esta causa básica se agrupan las complicaciones hemorrágicas, la infección o la perforación de órganos en general, las complicaciones derivadas del aborto y su manejo.

En este grupo se incluye el embarazo ectópico, mola hidatiforme, aborto retenido, aborto espontáneo, aborto médico, intento fallido de aborto.

- b) Muerte materna indirecta:** Denominada muerte obstétrica indirecta, son aquellas que derivan no directamente a una causa obstétrica, sino que es resultado de una enfermedad pre-existente o de una enfermedad que apareció durante el embarazo, parto o puerperio y que no fue debida a causas obstétricas directas, pero que se agravó por los efectos fisiológicos propios del embarazo.

No existe una agrupación consensuada para los casos de este tipo de muerte; pero, por la frecuencia de determinadas patologías, podemos agruparlas en enfermedades infecciosas como la Tuberculosis pulmonar o de otro órgano; las enfermedades metabólicas y endocrinas como la Diabetes mellitus, hipertiroidismo, etc; los Procesos tumorales y otras patologías.

- c) Muerte materna incidental o accidental:** Es la muerte de una mujer durante el proceso del embarazo, parto o puerperio como resultado de causas incidentales o accidentales no relacionadas con el embarazo o cualquiera de las otras patologías mencionadas como causas indirectas. Estas pueden ser: accidentes de tránsito, caídas accidentales, accidentes de trabajo, ahogamiento, aplastamiento, asfixia, etc. Cabe aclarar que este tipo de muerte no se considera para el cálculo de razón o tasa de muertes maternas.

En el Perú, desde el año 2000 se tiene implementado el sistema de vigilancia epidemiológica de muerte materna, que se encuentra normado por la Directiva Sanitaria N° 036-MINSA/DGE-V.01 que establece la notificación obligatoria de la muerte materna, su investigación inmediata, el llenado de la ficha epidemiológica y el envío de la información a través de la Red Nacional de Epidemiología (Revilla Tafur, 2012: 413). El objetivo de la vigilancia de la muerte materna es identificar incrementos inusuales de muertes, los lugares donde ocurre con una mayor magnitud y describir los determinantes de riesgo para plantear hipótesis explicativas en su variación y promover la investigación científica.

Uno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU (el quinto) es reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015, por ello es que varias organizaciones en su preocupación por lograr la efectividad de esta directriz realizan aunque no anualmente, informes sobre la situación de la muerte materna y Perú no escapa a ello, por eso con ánimo de conocer más sobre este tema acudiremos a los informes más

actuales del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la Defensoría del Pueblo de Perú y Amnistía Internacional que aborden el tema de la mortalidad materna para conseguir establecer su situación actual en el Perú.

El INEI ejecuta la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES, que constituye una de las investigaciones estadísticas más importantes que dicha entidad realiza y cuya periodicidad es de carácter continua desde el año 2000 y la población objetivo de la que recopila información son las mujeres y los niños, residentes en el territorio nacional. En ese sentido, la ENDES 2000 (INEI, 2000: 123) señaló que por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio “la tasa de mortalidad materna estimada para el período de 1994-2000 es de 18.3 muertes maternas por cada 100,000 mujeres en edad reproductiva. Esta estimación se basa en un total de 64 muertes maternas para los 7 años que precedieron la encuesta. Si este nivel de mortalidad se expresa en función de nacimientos, la estimación resultante es de 185 muertes maternas por cada 100,000 nacimientos para los 7 años anteriores de la encuesta”.

Sin embargo, de acuerdo a la *Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed*, elaborada por WHO, UNICEF y UNFPA en el año 2004, la dimensión de la mortalidad materna en el año 2000 era de 410 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos con lo que harían cifras distintas para el mismo año 2000 dejándonos una incertidumbre respecto de la cifra real (Llaja Villena, 2010: 14).

La ENDES 2004 (INEI, 2004: 116) el único dato que trae respecto de la mortalidad materna es que “entre las causas de mortalidad materna la más importante es la hemorragia post-parto, la que se produce frecuentemente dentro de las primeras horas después del alumbramiento” pero para el año 2005, la Organización Mundial de la Salud habla de una tasa de mortalidad materna en Perú de 240 mujeres muertes por cada 100.000 nacidos vivos, aunque explicita la falta de fuentes de datos sólidas, y que los datos que maneja provienen de notificaciones de los países y estimaciones interinstitucionales correspondientes a 2005 (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2008).

En 2006, Amnistía Internacional (2009: 14) publicó “Perú: Mujeres pobres y excluidas” abordando “algunos aspectos del cumplimiento por parte de Perú de su obligación, en virtud del derecho internacional de los derechos humanos, de garantizar la atención de la

salud reproductiva y materno-infantil. Todo indicaba que, a pesar de los avances logrados, Perú aún no garantizaba la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud reproductiva y materna de forma no discriminatoria a las mujeres de comunidades marginadas o excluidas del resto de la sociedad por la pobreza y la discriminación social”.

Amnistía Internacional (2009: 14) con las cifras brindadas por la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud peruano en julio de 2008 señaló que “las estadísticas del gobierno peruano para 2007 muestran que el 27 por ciento de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras la mujer estaba embarazada; el 26 por ciento, durante el parto; y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto. Las cinco principales causas de muertes relacionadas con el embarazo en Perú son: hemorragia, preeclampsia, infección, complicaciones tras un aborto o un parto obstruido”. Sin embargo, dentro del 27% de muertes de mujeres mientras estaban embarazadas, no se precisa la causa que conlleva a dicho fatídico resultado, entre dichas muertes podrían existir muchas originadas por abortos practicados en condiciones inseguras, lo cual no se evidencia porque no existe un registro que dé cuenta de las causas específicas (Llaja Villena, 2010: 15).

Según la Dirección General de Salud del MINSA para el año 2007 “según el tipo de muerte materna el 73% corresponde a causa directa, 20% a causa indirecta, 6% debido a causa no relacionada con el embarazo (Muerte accidental e incidental) y en el 1% de muertes no se logró determinar la causa. Este hallazgo indica, que el embarazo es una condición que continúa colocando en riesgo de muerte a las mujeres en edad fértil” (Fabián Manzano y Bolarte Espinoza, 2007: 737).

En 2008, el gobierno de Perú anunció que la mejora de la salud materno-infantil era uno de los cinco objetivos estratégicos de su política social en 2008, y que esperaba reducir la mortalidad materna a 120 casos por cada 100 000 nacidos vivos para 2015 (MEF, 2008).

El INEI, a través de la ENDES 2011 (2011: 365) presenta la información de la ENDES 2010 y durante el período 2009-2010, estimó que la mortalidad materna se redujo en un 49.7% entre los periodos de 1994-2000 y 2004-2010, al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos. En ese sentido de la ENDES 2011 (2011: 177)

se puede extraer que la mayor tasa de muerte materna se encuentra en el rango de edad de 20 a 39 años, siendo el grupo de 35 a 39 años, el que tiene la tasa más alta; y las edades mayores de 30 años alcanza a representar la tasa de 22,6 defunciones por cada 100 000 mujeres en edad reproductiva. Observándose conforme lo establece Maguiña Guzmán (2012: 415), que existe un riesgo aumentado en este grupo de edad. La mediana de la edad de las mujeres que fallecieron en el embarazo, parto y puerperio fue de 30 años, con un rango entre 13 y 47 años.

En relación a la mortalidad materna por ciclos de vida, en adolescentes (12 a 17 años) ocurrieron el 7,5% de las muertes, en las jóvenes (18 a 29 años), ocurrieron el 43,9%, y en las mujeres (30 a 59 años), ocurrieron el 48,6% de las muertes, cuando se hace referencia a la mortalidad materna en relación al grado de instrucción de las fallecidas, el 41% tuvieron nivel primario de instrucción, el 34% tuvieron nivel secundario, el 10% nivel superior, el 8% fueron analfabetas y el 7% este dato es desconocido (Maguiña Guzmán, 2012: 415).

A este respecto, la Defensoría del Pueblo (2010:8) en su informe del año 2010 sobre derecho a una maternidad segura señaló, con particular preocupación, la falta de información sobre el índice de muertes maternas en las últimas ENDES y las dificultades que ello supone para el diseño de las políticas públicas sobre la materia. Asimismo, reconoció el esfuerzo del Estado por establecer metas, acciones y objetivos para reducir las muertes maternas. Sin embargo, advirtió cierta falta de coherencia entre éstos, lo que dificulta la implementación de una política integral que asegure el derecho de las mujeres a un embarazo y un parto seguros. Por tal motivo, remarcó la necesidad de recoger cifras oficiales sobre muerte materna en las próximas ENDES y fortalecer el rol rector del Ministerio de Salud para impulsar y coordinar la integración de las políticas públicas en la materia.

Según la publicación de la Organización Mundial de la Salud, UNICEF, UNFPA y el Banco Mundial, “Trends in maternal mortality: 1990 to 2010” (Maguiña Guzmán (2012: 892) la razón de mortalidad materna (RMM, que es un indicador que mide el riesgo de morir de una mujer durante el embarazo, parto o puerperio) para Perú es de 67 por 100 000 nacidos vivos; así mismo, refieren que Perú está entre los 20 países del mundo que más ha avanzado en la reducción de la mortalidad materna.

En el Perú, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (2013: 41) realizó un informe titulado “la mortalidad materna en el Perú: 2002-2011” en el que sostuvo que la RMM para el año 2011 se estimó en 92.7 por cien mil nacidos vivos mientras que la ENDES 2011, estimó la RMM en 93 muertes maternas por cada cien mil nacidos vivos para los 7 años anteriores de la encuesta.

Teniendo en consideración los tipos de muerte señalados, en el año 2011 a través del Sistema de Vigilancia Nacional Epidemiológica se notificaron 464 defunciones en gestantes; de las cuales 22 (5%), se debieron a causas incidentales, 339 (73%), a causas directas y 103 (22%), a causas indirectas. Estas últimas categorías constituyen las muertes maternas, que dan una RMM estimada de 61 x 100 000 NV. Si bien este número de muertes se acerca al estimado por la OMS, la oportunidad y la calidad de la información del sistema de vigilancia, no son las óptimas: de las muertes de este periodo solo 359 (81%) tienen fichas completas de investigación, y la mayoría de estas se enviaron tardíamente (Revilla Tafur, 2012: 413).

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (2013: 63) estableció que en el período 2007-2011 la muerte materna por causas directas fue de 77.8 tendiendo al descenso según lo observado para el período 2002-2006 mientras que la muerte materna por causas indirectas tiende al ascenso por lo que su porcentaje pasó de 13.8 en el período de 2002-2006 al 23.1 en el período 2007-2011 al igual que la muerte materna por causas incidentales que fue de 2.3 en el período de 2002-2006 a 4.1 en el período de 2007-2011.

Para el año 2012, las principales causas directas registradas fueron hemorragia en 40,2%; HIE en 32%; aborto en 17,5% e infecciones relacionada al embarazo en 4,1% (Revilla Tafur, 2012: 413).

La ENDES 2012 (2012: 372) señaló que “el 86,7 por ciento de partos fueron asistidos por personal de salud calificado, es decir, por un médico, obstetrix o enfermera; cobertura que se mantuvo sobre el 52,0 por ciento desde el periodo 1991-92. A través de las encuestas anteriores se observa que, a nivel nacional, se lograron avances importantes en la asistencia del parto, es decir, el porcentaje de mujeres que recibió atención de personal calificado se incrementó en 4,2 puntos porcentuales, entre los años 2009 y 2012. Entre la ENDES 1996 y 2009 aumentó en 26,1 puntos porcentuales; y en el periodo 1991-92 y 1996 en 3,9 puntos

porcentuales. Esta tendencia refleja un mayor acceso de la atención en el parto por un profesional de la salud; así como un acercamiento a la meta de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, relativo a la mortalidad materna”. Sin embargo, respecto de lo mostrado en la ENDES 2012, se hace alusión al mismo dato dado en la ENDES 2011 sobre muerte materna careciendo de mayor información a partir del INEI desde el año 2010.

La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (2013: 41) ha establecido en su tabla número cinco que la RMM para el año 2002 fue de 118.3, para el 2003 fue de 123.8, para el 2004 fue de 120.8, para el 2005 fue de 114.1, para el 2006 fue de 114.9, para el 2007 fue de 110.5, para el 2008 fue de 107.9, para el 2009 fue de 96.1, para el 2010 fue de 95.9 y para el 2011 fue de 92.7. Ante ello dicha Dirección (2013: 41) concluye que “en diez años existe una reducción de la razón y de la tasa de muerte materna, la RMM se redujo en 25.6 muertes por cada cien mil nacidos vivos, y en los últimos cinco años en 17.8 muertes por cada cien mil nacidos vivos”.

Estos números nos muestran que la mortalidad materna constituye un problema de salud pública, pero también un reto para la sociedad peruana, de justicia social y de derechos humanos. De ahí, la importancia de reducir y evitar la mortalidad materna, la que ha sido reconocida en el ámbito internacional y nacional. Por ello la obstetra Mirtha Soledad Maguina Guzman (2012: 416) señala que “las soluciones sanitarias para prevenir o tratar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son conocidas, por ello todas las mujeres necesitan acceso oportuno a la atención prenatal, atención del parto en establecimientos calificados para esta atención, y la atención en las primeras semanas después del parto. Es particularmente importante que todos los partos sean atendidos por profesionales de la salud y personal capacitado para el diagnóstico y tratamiento oportuno de las emergencias obstétricas. Finalmente para evitar la muerte materna también es importante contar con información de embarazos no deseados o los embarazos en edades tempranas, teniendo acceso a servicios de planificación familiar y atención con calidad”.

En atención a lo último, la Dra. Del Carpio Ancaya (2013: 4) considera que “un aspecto preocupante para nuestro país es el embarazo en las adolescentes, las cuales mantienen elevados índices de fecundidad, poco acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y a los métodos anticonceptivos, motivos que conllevan a que las adolescente tengan un riesgo elevado de morbilidad materna o muerte”. De ahí que sigue sosteniendo que “para

lograr una maternidad saludable, segura y voluntaria y cumplir con la meta del quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio de llegar a una razón de muerte materna de 66 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos, es necesario contar con políticas públicas en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad, buscando reducir la brecha de inequidad”.

En Perú, con todas las cifras que se cuentan, si bien podemos señalar que se ha logrado un gran avance pues ha habido una reducción considerable, la salud sexual y reproductiva de la mujer sigue siendo tarea y reto de todos los días y solo puede ser efectivamente atendida por el Estado a través de políticas públicas que contemplen un marco de derechos humanos con perspectiva de género, en donde la maternidad voluntaria y saludable, la autonomía sexual y reproductiva, la decisión informada de las mujeres y el acceso a servicios de calidad, entre otros, sean derechos garantizados, promovidos y protegidos por el Estado a través de una normativa que no solo impulse acciones sino también que consigne las sanciones ante la inacción de quienes aparecen directamente involucrados.

La Constitución Política del Perú señala en su artículo 7 el derecho de todos a “... la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa (...).” Dentro de este marco, reconoce como facultad inherente conservar el estado de las personas dentro de la normalidad orgánica y psíquica, y restituirla en caso que ésta se vea perturbada por alguna razón o enfermedad. La mortalidad materna evitable es una violación de los derechos humanos de las mujeres, viola su derecho a la vida, a no ser discriminadas así como, al disfrute del más alto nivel posible de salud y a la información. En muchos casos, es consecuencia de violaciones de su derecho a no sufrir violencia de género y a decidir de forma libre y responsable el número de embarazos que desean tener y el intervalo entre ellos. Todos estos derechos están recogidos en tratados de derechos humanos que han sido firmados y ratificados por Perú.

Además de los artículos constitucionales citados, los artículos 9°, 10° y 11° de la Constitución contienen obligaciones que orientan la labor del Estado para asegurar la efectividad del derecho a la salud pues es el Estado el que garantiza su libre acceso y supervisa la efectividad de su prestación por ello debe el Estado diseñar e implementar políticas públicas en el área de salud.

El derecho a una maternidad segura, es recogido ya en la Ley General de Población (1985), que si bien hace un amplio desarrollo respecto a la planificación familiar, incluye como uno de sus objetivos “lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad, especialmente entre las madres y los niños, mejorando los niveles de salud y de vida de la población”. Incluye dentro de las obligaciones del Estado, brindar atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio y señala que estos servicios deberían ser provistos con “tendencia a la gratuidad” (artículo 34).

Amnistía internacional (2009) señaló que “cuando las mujeres mueren durante el embarazo o el parto porque un gobierno no aborda las causas prevenibles de muerte materna, ese gobierno está violando su derecho a la vida. A su vez, la muerte y las enfermedades maternas prevenibles tienen su origen en violaciones del derecho de las mujeres al disfrute del más alto nivel posible de salud, que incluye su derecho a acceder a una atención y unos servicios de salud que estén disponibles y sean accesibles, aceptables y de buena calidad”.

Por eso estas mujeres en estado de gestación necesitan atención que debería incluir asesoramiento, información, educación, comunicaciones y servicios en materia de planificación de la familia; educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgos y atención después del parto; aborto hasta donde llegue la legislación de cada país, incluida la gestión de las consecuencias del aborto, e información, educación y asesoramiento en materia de sexualidad, salud reproductiva y paternidad.

El acceso a los servicios de salud es una barrera que al Estado peruano le toca derribar para erradicar la muerte materna por causas evitables por ello las soluciones deben darse en el ámbito de la reforma jurídica, la salud pública y el empoderamiento de las mujeres en principio pero de ahí se requiere de una multidisciplinariedad del gobierno orientada a una labor eficaz contra la mortalidad materna.

b) El reconocimiento de la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales

Antes de ingresar a la especialidad del apartado debemos entender en primer término a la salud. Al respecto, la ONU entiende que la salud es “el equilibrio de los factores físico,

psíquico y social en una persona”, lo que lleva a sostener a De la Torre Torres (2006: 301) que dicha definición “alude al aspecto anatómico y fisiológico de la persona, es decir, a la correcta composición de su cuerpo y el buen funcionamiento de su organismo, o a la ausencia de patologías que afecten el desarrollo mismo de las funciones vitales, ya que éste es solamente un aspecto de la definición de la salud”, estableciendo con ello una situación de bienestar en la persona.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales en su artículo 12 establece que todos los Estados deben garantizar a toda persona el más alto nivel de disfrute posible de la salud física y mental sin embargo, no existe una definición de la salud como el equilibrio de factores que señaló la ONU y si bien no es tarea fácil, De la Torre Torres (2006: 303) señala que “desde una óptica simplista, puede considerarse como lo contrario a la enfermedad, y por lo tanto, pensar en una acción a favor de la salud supondría atender ciertos malestares que impiden el desarrollo de una vida “normal”. Sin embargo, comprender cabalmente el contenido del concepto salud se propone como un reto y más aún dentro del discurso jurídico cuando se habla de un derecho a la salud”.

Para ayudarnos con esta tarea de conceptualizar a la Salud, García Toma (2008: 356) hace referencia a tres elementos tales como: “el biológico, el psíquico o psicológico y el social. El primero de estos, (...) es la ausencia de patógenos, enfermedades, padecimientos, malformaciones o cualquier otro factor en el organismo, como ente biológico, que obstaculice el buen desempeño de las funciones vitales e impida el correcto desarrollo de la vida del ser humano”, por el segundo continúa señalando el autor, se alude a “la ausencia de patologías o enfermedades de carácter mental (...) ya que de nada sirve ser “saludable” físicamente si no se cuenta con los elementos de carácter mental que nos permitan desarrollarnos adecuadamente, conociendo el alcance de nuestros propios actos y percibiendo la realidad en que vivimos” (García Toma, 2008: 256): 301) y respecto del tercero García Toma (2008: 256) señala que es el factor determinante en el equilibrio de la salud, por ser el hombre un ser social por naturaleza.

Pero si de salud se trata, la Organización Mundial de la Salud como autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas la entiende como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno

de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica social” marcando con dicha descripción la dirección en los asuntos sanitarios mundiales.

Eso nos aclara el panorama en cuanto a lo que salud se refiere pero frente a ello existen una serie de documentos internacionales que también la contemplan. Uno de ellos es la Declaración Universal de los Derechos Humanos, que en el inciso 1° de su artículo 25 reconoce que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar (...)” así mismo la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del hombre en su artículo 11 así como el inciso 1° del artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos económicos, sociales y culturales reconocen a la salud como derecho social de todo ser humano y se consigna ya como un compromiso que toca cumplir a cada Estado el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Cabe entender a la salud como un derecho progresivo, respecto de su satisfacción. Ante ello, González Luna (2010: 169) señala que esta progresividad debe ser entendida como efectividad, debe llevarse a cabo y es que esto es así porque en la Observación 3 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales referido a la índole de las obligaciones de los Estados Partes, en su párrafo 2 señala que “el compromiso contraído en virtud del párrafo 1 del artículo 2 en el sentido de "adoptar medidas", compromiso que en sí mismo no queda condicionado ni limitado por ninguna otra consideración. (...) Así pues, si bien la plena realización de los derechos pertinentes puede lograrse de manera paulatina, las medidas tendentes a lograr este objetivo deben adoptarse dentro de un plazo razonablemente breve (...) corresponde a cada Estado Parte una obligación mínima de asegurar la satisfacción de por lo menos niveles esenciales de cada uno de los derechos. (...)” que conforme el párrafo 1 del artículo 2 cada Estado Parte estará obligado a tomar las medidas necesarias "hasta el máximo de los recursos de que disponga".

Existe además la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales del 11 de agosto de 2000, que recalca que “el derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y depende de esos derechos”, por lo que la concepción de la salud es la de un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos.

La Convención Americana de Derechos Humanos y su protocolo hacen mención a la salud. La primera, hace referencia a la protección de la salud en el inciso 3 del artículo 12 mientras que, el segundo establece en su artículo 9° que toda persona tiene **Derecho a la Seguridad Social** que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad y cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional y, en caso de mujeres, licencia retribuida por maternidad antes y después del parto.

Al proseguir con el articulado de este protocolo, el derecho a la salud aparece en su artículo **10 y por él se establece que** “1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. 2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:

- a. La atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
- b. La extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
- c. La total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
- d. La prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
- e. La educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
- f. La satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables”.

En lo atinente a la especialidad, en la CEFDCM de Naciones Unidas en 1994 se acuña el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y los Estados la reconocieron porque la salud sexual y reproductiva es fundamental para las personas, las parejas y las familias, así como para el desarrollo social y económico de las comunidades y las naciones situando “a la mujer en el centro de un planteamiento integral de la reproducción. Además, reconoció que la salud reproductiva y sexual tenía que entenderse en el marco de los derechos humanos desde una perspectiva de

género” (Ramírez Huaroto y Llaja Villena, 2011: 149) en ese sentido Mazarrasa Alvear y Gil Tarragato (2012) señala que se hizo especial “hincapié en el empoderamiento de la mujeres como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales y sobre todo respecto a la sexualidad y la reproducción”.

La CEFDCM, en su Recomendación General N° 24, señala que las políticas y las medidas sobre atención médica deben abordar los derechos de las mujeres en materia de salud desde el punto de vista de sus necesidades e intereses, y que la atención médica debe tomar en cuenta los factores biológicos, que giran en torno de la capacidad reproductiva de la mujer, así como la mayor vulnerabilidad de las mujeres frente a las enfermedades de transmisión sexual.

De ahí que haciendo especificaciones, el Comité en los párrafos 13 a 17 de la Recomendación General N° 24 haya señalado las obligaciones siguientes que les corresponde a los Estados cumplir:

- a. Obligación de respetar: exige que los Estados se abstengan de poner trabas a las medidas adoptadas por la mujer para conseguir sus objetivos en materia de salud.
- b. Obligación de proteger: implica que los Estados partes adopten medidas para impedir la violación de este derecho por parte de los particulares y organizaciones y se impongan sanciones a quienes cometan tales vulneraciones y teniendo en cuenta que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, debe garantizarse:
 - La promulgación y aplicación eficaz de leyes y formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios.
 - La capacitación de los trabajadores de salud.
 - Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes.
- c. Obligación de velar: relativa a la adopción de medidas adecuadas de carácter legislativo, judicial, administrativo, presupuestario, económico y de otra índole que permitan que la mujer pueda disfrutar de su derecho a la atención médica.

Ahora en lo que atañe a la salud sexual y reproductiva de la mujer tenemos que la Declaración de los Derechos Humanos, hace alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a

cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”, con lo que en lo que respecta a la mujer al parecer se dota de una especial atención a la mujer gestante.

Pero la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, del año 1995, realizada en Beijing, estableció que: "Los derechos reproductivos (...) 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 estos, 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". Mientras que la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, señala que la salud reproductiva es un "estado general de bienestar físico, 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, cuándo 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. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual" (Naciones Unidas, 1994: 7.3).

En atención a la relevancia que revisten este tipo de derechos y si bien ya lo señalamos en resumen, de manera detallada la CEFDCM establece varias obligaciones vinculadas a los derechos reproductivos de los cuales el artículo 12 es el más representativo porque en su

inciso 1° obliga a los Estados Partes a adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres así como a garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto asegurándole incluso una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

La CEFDCM establece obligaciones específicas respecto de la salud materna, tales como:

a) garantizar a la mujer servicios adecuados con relación al embarazo, el parto y el período posterior al parto, b) proporcionar servicios gratuitos cuando fuere necesario, y c) asegurar una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el inciso 2 de su artículo 10 se refiere expresamente a la obligación de los Estados de proteger a las mujeres antes y después del parto. Mientras que el párrafo 21 de la Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, hace referencia específica a la mujer y el derecho a la salud estableciéndose que es necesario seguir una estrategia, con la finalidad de evitar que la mujer sea objeto de discriminación por lo que se debe promover el derecho a la salud de ella a lo largo de su vida previendo “en particular las intervenciones con miras a la prevención y el tratamiento de las enfermedades que afectan a la mujer, así como políticas encaminadas a proporcionar a la mujer acceso a una gama completa de atenciones de la salud de alta calidad y al alcance de ella, incluidos los servicios en materia sexual y reproductiva”.

Para culminar esta parte, cabe señalar que el Programa de Salud y Población señaló que debe quedar claro que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano por lo que la salud reproductiva ya no se refiere solamente a la planificación de la familia, sino que tiene un campo de acción mucho más amplio que rebasa la esfera biológica y se relaciona con los valores, la cultura y la realización personal de cada ser humano (Programa de Salud de la Familia y Población, 1998: 213).

- c) El reconocimiento del derecho a una salud sexual y reproductiva de la mujer en el ordenamiento jurídico peruano

De la lectura que se hace del artículo 43 de la Constitución peruana “la República del Perú es democrática, social (...)”, de lo que se desprende inmediatamente que el Perú es un Estado social y democrático, que según Santamaría Pastor (2012: 227) “supone (...) responsabilidad y competencia del Estado la conformación del orden social mismo o, lo que es lo mismo, el deber jurídico de todos los poderes públicos de actuar positivamente sobre la sociedad, en una línea de igualación progresiva de todas las clases sociales”.

Continuando con la lectura de la carta magna, su artículo 44 establece que “son deberes primordiales del Estado: (...) garantizar la plena vigencia de los derechos humanos (...) y promover el bienestar general (...)”, por lo que el Estado al estar configurado de esta manera deberá hacer regir de manera efectiva los derechos humanos ya que el Estado social debe realizarse “sobre la base de la libertad, contando lo más que pueda con la libertad y promoviendo lo más posible esa libertad, de tal modo que su actuación se haga cada vez menos necesaria o pueda reducirse a aquello que sólo el Poder público está en condiciones de hacer” (Ariño Ortiz, 1997: 139-140).

Entonces hay un mandato para todos los poderes públicos que se refleja en el artículo 44 citado, cuando señala que es un deber primordial del Estado “(...) promover el bienestar general que se fundamenta en la justicia y en el desarrollo integral y equilibrado de la Nación”, o, cuando el artículo 10 señala: “(...) el Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social (...)”; o en lo que el artículo 11 establece: “el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones”, o en el artículo 14 que señala que: “(...) es deber del Estado promover el desarrollo científico y tecnológico (...)”.

Ahora, también el Estado peruano es calificado como un Estado democrático, en total concordancia con el contenido en el artículo 45 de la carta magna en donde se establece que “el poder del Estado emana del Pueblo. Quienes lo ejerzan lo hacen con las limitaciones y responsabilidades que la Constitución y las leyes establecen” entonces concibiendo de esta manera al Estado peruano es de traer a colación lo señalado por Martínez López-Muñiz (Ariño Ortiz, 1997: 139-140) por lo que lo que le toque hacer al

Estado no debe desvincularse del elemento Estado de Derecho pues es vital y determinante que deba asegurarse “a la persona humana y su dignidad y libertad el papel radical, central o fundamental que ha de corresponderle en el sistema”.

Por ende, en lo que a salud se refiere el Tribunal Constitucional señaló en la sentencia del Expediente N° 02945-2003-AA/TC que “si bien es cierto que la efectividad de los derechos sociales requiere un mínimo de actuación del Estado a través de establecimientos de servicios públicos, (...) estos derivan en obligaciones concretas por cumplir, por lo que los Estados deben adoptar medidas constantes y eficaces para lograr progresivamente la plena efectividad de los mismos en igualdad de condiciones para la totalidad de la población”.

Para ello, deben establecerse un conjunto de prestaciones que tendrán como marco las crecientes necesidades de salud y la limitación de los recursos disponibles para satisfacerlas. Así la aplicación de las prestaciones “supone establecer una relación de los servicios o prestaciones de salud (...) que son objeto de derechos y obligaciones en un sistema de salud. Dicha relación responde básicamente al qué se produce, pero también puede determinar cómo y para quién” (Antoñanzas, Rodríguez Monguió y Rovira, 2003: 3).

Además el Tribunal Constitucional de la salud que, su carácter fundamental se advierte cuando su vulneración compromete otros derechos fundamentales la integridad física o la vida misma, lo que está en total concordancia con lo desarrollado en la Observación 14 (Antoñanzas, Rodríguez Monguió y Rovira, 2003: 3) y mediante decisiones vertidas en los Expedientes N° 02730-2006-PA/TC (fundamento jurídico 14) y N° 01458-2007-PA/TC (fundamento jurídico 3) ha reiterado que “(...) los derechos fundamentales reconocidos por nuestra Constitución, deben ser obligatoriamente interpretados de conformidad con los tratados y los convenios internacionales sobre derechos humanos ratificados por el Perú (...)”.

Es de resaltar el caso expuesto en la sentencia emitida en el Expediente N° 02064-2004-AA/TC en la que se establece que el derecho a la salud comprende “no sólo el derecho al cuidado de la salud personal, sino también el acceso a condiciones mínimas de salubridad a fin de vivir una vida digna (...) . Su contenido está determinado por las facultades de las

que somos titulares, como por las obligaciones que el Estado tiene sobre la vigencia plena del derecho de ahí que a nivel constitucional se ha dispuesto que el Estado determina la política nacional de salud. El poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”.

Pero en la Sentencia recaída en el Expediente 01345-2011-PA/TC-ICA del 26 de agosto de 2011, la respuesta que dio el Tribunal Constitucional a la demanda interpuesta contra el Gobierno Regional de Ica, la Dirección Regional de Salud de Ica y la Dirección del Hospital Regional de Ica, por el Secretario Ejecutivo de la Coordinadora Nacional de Derechos Humanos conjuntamente con otros se muestran como antecedentes que “los pacientes que se encuentran internados en el hospital de campaña que viene funcionando en el Complejo Deportivo de la urbanización Santa María de Ica, y en consecuencia, se otorgue condiciones de internamiento dignas, para los pacientes hospitalizados, se implemente un adecuado sistema de agua potable y servicios higiénicos teniendo en cuenta las diferencias de sexo de los pacientes (...) Invocan la afectación de los derechos a la vida, a la dignidad y a la salud de los internos del referido hospital, dado que carece de muchos servicios básicos y viene funcionando de manera inadecuada para la prestación del servicio de salud”.

Frente a ello, el Tribunal Constitucional declaró infundada la demanda de amparo argumentando que no se ha acreditado la vulneración de los derechos a la vida, la dignidad y a la salud de los pacientes internados en el hospital de campaña de Ica, por lo que exhorta al Ministerio de Salud “a que (...) en el más breve plazo termine la construcción del nuevo Hospital Regional de Ica a fin de que los pacientes que en la actualidad vienen recibiendo tratamiento en el hospital de campaña de Ica puedan gozar de una atención mucho más adecuada y en condiciones de protección que solo una infraestructura en concreto armado brinda (...)”.

Pero qué debemos de entender por “gozar de atención más adecuada” que permita diferenciar niveles de atención. Berrios Llanco (2011: 170) señaló que si la premisa del Tribunal Constitucional es que sólo una infraestructura de concreto armado puede garantizar una atención más adecuada que una infraestructura que no lo es, refiriéndose al Hospital de Campaña de Ica, puede garantizar el más alto nivel de salud de las personas y

quedaría aún por hacer más en lo que al derecho de salud se refiere, por ello es que Gómez Sánchez Torrealva (2012: 165), precisa que “el Estado debe planificar políticas de salud fundamentadas en un estudio previo que determine la realidad sobre el disfrute de este derecho en nuestro país para que se oriente al desarrollo de los planes públicos en torno a la satisfacción de las necesidades actuales, como también a la prevención de males que podrían acarrear el detrimento físico o mental de gran parte de nuestra población”, con la finalidad de dar cumplimiento a las obligaciones internacionales contraídas, afirmación con la que se está de acuerdo puesto que fuera de la realidad misma que se padece es la que informa y no se puede proyectar una política fuera de ella que a la larga puede resultar inadaptable e ineficiente.

La Defensoría del Pueblo señaló que “los derechos reproductivos están vinculados a un conjunto de derechos humanos universalmente reconocidos como el derecho a la libertad y seguridad personales, a la atención y protección de la salud, a la igualdad y no discriminación, a casarse y fundar una familia, a la libertad de pensamiento y de religión, a gozar de los beneficios del progreso científico así como a la información y educación” (Movimiento Manuela Ramos, 2001: 26-27).

En esa línea, la Constitución señala “la política nacional de población tiene como objetivo difundir y promover la paternidad y maternidad responsables. Reconoce el derecho de las familias y de las personas a decidir. En tal sentido, el Estado asegura los programas de educación y la información adecuados y el acceso a los medios, que no afecten la vida o la salud” por lo que correspondería al Estado difundir y promover la paternidad y maternidad responsables, reconocer el derecho de las familias y de las personas a decidir sobre la procreación, encargar al Estado la educación e información adecuados y la provisión de medios de regulación de nacimientos que no afecten la vida o la salud (Rubio Correa, 1999: 58).

En esta línea de reconocimiento de los derechos reproductivos, el Decreto Legislativo N° 346, Ley de Política Nacional de Población, del 5 de julio de 1985, tiene entre sus objetivos 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. Cabe señalar que en el artículo VI del Título Preliminar de la

mencionada ley se hizo una modificación por lo que en la actualidad se indica la exclusión el aborto como método de Planificación Familiar eliminando de esta prohibición a la esterilización, la cual antes se encontraba señalada.

Así en su capítulo IV establece una serie de normas que reflejan esos objetivos como en su artículo 21 por el que “todos tienen derecho a la protección integral de la salud y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad” y su artículo 34 estableciendo que “los servicios públicos de salud brindan atención a la madre en las etapas de embarazo, parto y puerperio con la finalidad de disminuir la morbimortalidad materna y del recién nacido, con tendencia a la gratuidad”.

La Ley N° 26842, Ley General de Salud indica que toda persona tiene el derecho de ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre salud reproductiva entre otras indicaciones así como tiene el derecho a elegir el método anticonceptivo de su preferencia de recibir toda la información de la aplicación de estos métodos anticonceptivos y de dar su consentimiento, el cual debe ser por escrito para el caso de los métodos definitivos.

La Ley N° 27604 regula de manera específica la atención médica en los establecimientos de salud en el momento del parto y por ello señala en su artículo 2 que toda mujer que se encuentre en esa situación tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, la atención médica necesaria, y que estos establecimientos se encuentran obligados a prestar la atención mientras subsista el momento de riesgo para su vida o la del niño.

Sobre la Salud Materna, el 29 de julio del 2004 se publicó la Ley 28309 que regula el uso del descanso pre y postnatal del personal femenino de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú. De acuerdo a esta ley se le otorga 45 días previos y post al embarazo.

La ley 28983, ley de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres del 16 de marzo del 2007, es la única norma con rango de ley que reconoce expresamente la existencia de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, obligando al Poder Ejecutivo, gobiernos regionales y locales a adoptar políticas, planes y programas para garantizar el derecho a la salud, “con especial énfasis en la vigencia de los derechos sexuales y

reproductivos, la prevención del embarazo adolescente, y en particular el derecho a la maternidad segura”.

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

Es importante señalar que esta norma se emite un año después de que el Ministerio de Salud haya aprobado las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, el 21 de junio de 2004, mediante Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA y por las que se busca estandarizar conceptos y uniformizar prácticas en las redes de atención de la salud; estas guías consideran las prácticas en temas de planificación familiar y salud materna y reproductiva.

Existe además un Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Varones 2006-2010 que fue aprobado por D.S.009-2005-MIMDES, del 12 de setiembre de 2005 en el que los derechos sexuales y reproductivos “garantizan que todas las personas, mujeres y varones, puedan vivir libres de discriminación, riesgos, amenazas, presiones y violencia en el campo de la sexualidad y la reproducción. Implica el derecho a decidir cuántos hijos tener y el espaciamiento entre ellos, a controlar el comportamiento sexual según la propia forma de ser, y a estar informados para protegerse de enfermedades que interfieran con sus funciones sexuales y reproductivas”.

El Ministerio de Salud emitió el 13 de febrero de 2007 la Resolución Ministerial 142-2007/MINSA, que aprueba los Estándares e Indicadores de Calidad en la Atención Materna y Perinatal en los Establecimientos que cumplen con Funciones Obstétricas y Neonatales. Tiene como objetivo identificar los estándares e indicadores de calidad de los servicios de atención materna y perinatal para disminuir la morbilidad y mortalidad materna perinatal.

En el marco de Políticas Públicas, la Décimo Tercera Política de Estado señalada en el Acuerdo Nacional del año 2002, sobre el Acceso Universal a los Servicios de Salud y la Seguridad Social, señala en el literal h) que el Estado promoverá la maternidad saludable y ofrecerá servicios de planificación familiar, con libre elección de los métodos y sin coerción.

Sobre la distribución del Anticonceptivo Oral de Emergencia o la llamada Píldora del día siguiente, cabe decir que en Julio de 2001 el Ministerio de Salud emitió la Resolución Ministerial 399-2001-SA/DM y por esta resolución el MINSa incorpora dicho anticonceptivo como un método anticonceptivo. De este modo el 14 de Julio de 2005, a través de la Resolución Ministerial 536-2005/MINSa lo convierte en uno de los nueve métodos anticonceptivos aceptados.

El Tribunal Constitucional en relación al derecho a la salud sexual y reproductiva en el Expediente N° 07435-2006-PC/TC ordenó el cumplimiento de las Resoluciones Ministeriales números 465-99-SA/DM y 399-2001-SA/DM, a fin de que se garantice la provisión e información sobre el Anticonceptivo Oral de Emergencia en todos los establecimientos de salud a su cargo. Sin embargo, el 22 de octubre de 2009, este mismo Tribunal emitió la sentencia 2005-2009-AA/TC en la cual ordena al Ministerio de Salud a que se abstenga de distribuir gratuitamente la Anticonceptivo Oral de Emergencia y obliga a los laboratorios advertir que el producto puede inhibir la implantación del óvulo fecundado.

Como podemos apreciar al Estado le toca cumplir una función muy importante en aras de la protección de la salud sexual y reproductiva de la mujer ya que constituye el presupuesto esencial para la existencia del ser humano, por lo que debe adoptar una serie de medidas que reconozcan suficientemente este derecho.

3. La perspectiva de género como criterio en los procesos de salud reproductiva de la mujer en una ley de salud sexual y reproductiva frente a la mortalidad materna en el Perú

a) La presencia de la perspectiva de género en la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen

a.1) El género y su perspectiva

Es importante que la igualdad reine en una comunidad, y por ella se entiende “el derecho a un tratamiento igual, que consiste en el derecho a una distribución igual de alguna oportunidad, recurso o carga. En este sentido, la no discriminación es igualitaria porque obliga a no establecer diferencias de trato arbitrarias basadas en el prejuicio y el estigma. En este caso, no discriminar significa tratar de la misma manera a todos: a un hombre y a una mujer, a una persona con capacidades regulares y a una con discapacidad, a un blanco y a un negro, a un homosexual y a un heterosexual” (Rodríguez Zepeda, 2006: 38) pero también en el “derecho a ser tratado como igual”, que es el derecho, no a recibir la misma distribución de alguna carga o beneficio, sino a ser tratado con el mismo respeto y atención que cualquier otro” (Rodríguez Zepeda, 2006: 38).

Por eso es que autores como Bernardo Kliksberg han señalado que “cuanto menor la desigualdad, mejor es el clima de confianza, mayor la cohesión social y mayores son las tasas de esperanza de vida. Los investigadores estiman que un aumento en un punto en la desigualdad puede significar dos o tres puntos más de ascenso en la mortalidad promedio” (Iglesias Saldaña, 2007: 121).

Las mujeres han sido sujeto pasivo de un trato discriminatorio que según Marta Lamas (Silva Rosales, 2004: 15), impulsó el surgimiento de la categoría género a través del feminismo académico anglosajón en los años 70. Al respecto Silva Rosales (2004: 15) señala que “el feminismo comienza con las ideas de la ilustración en el siglo XVII y XVIII, cuando se planteaba que las mujeres tenían derecho a formar parte del gobierno, lo cual implicaba que se les considerara como ciudadanas en potencia y como entes que formaban parte de la sociedad (...). Estos pensamientos permitieron profundizar en las ideas clásicas feministas del siglo XIX, que concluyeron hasta el siglo XX en los años

sesenta, dando pie a un nuevo feminismo en la década de los setenta que redundó en el surgimiento de las teorías de género en 1980”.

Vargas Pavez, Casas Becerra y Azócar Benavente (2008: 40) respecto del género señalan que su “inclusión (...) como categoría conceptual está asociada a las demandas de las mujeres para revelar y superar esa desigualdad”, por ello es que su objeto era diferenciar las construcciones sociales y culturales de la biología, para explicar la desigualdad que existe entre hombres y mujeres y los efectos que esta diferencia tiene en los distintos aspectos de la vida (Villanueva Flores, 2009: 44).

Silva Rosales (2004: 14-15) sostiene que el género afecta a ambos sexos y en ese sentido, la definición de la feminidad implica también la de masculinidad por lo que no podemos pensar sólo en mujeres cuando hablamos de género pues este concepto implica las relaciones entre ambos sexos. Pero no podemos sostener que sea lo mismo que sexo, de ahí que Pérez Viejo y Montalvo Hernández (2011: 25) hayan señalado que al referirnos al “sexo nos estamos refiriendo a la biología, es decir, a las diferencias físicas entre los cuerpos de las mujeres y de los hombres, mientras que, al hablar de género, aludimos a las normas y conductas asignadas culturalmente a los hombres y a las mujeres en función de su sexo” por lo que es una categoría para el análisis.

Entonces, al género se le pueda definir como lo hace Chávez Carapia (2004: 15), como una “construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias y representaciones que generan las culturas a partir de las diferencias sexuales, las cuales determinan los papeles de lo masculino y lo femenino. Es una categoría dinámica que se interrelaciona con el devenir histórico”, por lo que podemos apreciar que no se deriva naturalmente del sexo sino de una serie compleja de construcciones socioculturales que se adscriben a hombres y a mujeres, a partir de las diferencias biológicas y que pueden ser cambiadas y de las que se derivan los roles de género que “son las funciones que el grupo social asigna a los varones y a las mujeres, basadas en actitudes y expectativas sobre la forma de ser, sentir y actuar de unos y otras en las distintas esferas de la vida familiar, sexual, reproductiva, política o productiva” (Villanueva Flores, 2009: 46).

Toda esta serie de identificaciones y relaciones creadas son enfrentadas por la perspectiva de género definida por Marcela Lagarde (Peña Martínez, s/a: 111) como “una visión

explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de géneros (...), una visión analítica, científica, (...); permite enfocar, analizar y comprender las características que definen a las mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias”, cuyo propósito es, ayudar a la edificación en el orden de lo subjetivo y social de una nueva configuración (de la concepción del mundo), partiendo de una deconstrucción de antiguos saberes que lleve a resignificar la Historia, la sociedad, la cultura y la política, desde las mujeres y con las mujeres.

Entonces dicha perspectiva se encarga de analizar las relaciones que se desarrollan a partir de esas construcciones dándose con el resultado de un panorama de desigualdad que incluso se ha extendido al acceso y control de ciertos recursos como los económicos, entre los que se encuentran el trabajo, el crédito, la salud o los recursos políticos y legales, sociales entre otros, los que se pretenden paliar a través del consenso de los Estados quienes mediante la firma de muchos convenios se obligan a que sus políticas en las distintas áreas de actividad tiendan a conseguir un trato igualitario para todas las personas para cambiar patrones sociales para proyectarse en la comunidad, como sostiene De la Cruz (Gómez Sánchez Torrealva, 2011: 170). En ese sentido a través del abandono de la posición de subordinación frente al hombre será la estrategia que consolidará el proceso de efectividad de la cláusula de igualdad a favor de la mujer y el ejercicio de sus derechos fundamentales.

a.2) La perspectiva de género frente a la salud sexual y reproductiva de la mujer en los documentos internacionales que especialmente la protegen

La mujer no quiere el destino que se le señalaba en razón de su anatomía, circunscrito a ese espacio de reproducción, de cuidado y de afectos que es el doméstico, ella aspira bien a la homologación con un modelo de vida masculino, atento a la producción, a la eficacia del poder sobre personas y cosas, a la competencia como camino para la propia realización, señala Flecha García (De Torres Ramírez, 2005: 33), lo que denota tal vez un cambio en su identidad de mujer que se quiere deshacer de los estereotipos que la han acompañado en muchas etapas de su historia.

Así en 1979 aparece la CEFDCM, que tiene como objetivo específico luchar contra la discriminación de la mujer porque la desigualdad es un obstáculo. Este tratado desarrolla

ampliamente los derechos específicos de las mujeres y delimita con mayor precisión la responsabilidad de los Estados partes y, sobre todo, plantea decididamente que para combatir la discriminación contra las mujeres es necesario un cambio estructural en la sociedad, tanto en los ámbitos legislativos, económicos y políticos como los culturales y familiares.

El artículo 12 de dicha Convención estipula que los Estados Partes deberán adoptar todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en el ámbito de la atención médica, con el fin de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, concretizando que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y además se reconoció “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

Por lo que en el artículo 16 de la misma convención se recalca el compromiso que los Estados Partes tienen de asegurar en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, "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". Sin embargo recién en 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas, adopta la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en la cual se realiza la distinción entre violencia "común" y la violencia contra las mujeres aunque esta declaración no utiliza la categoría género.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de la mujer en la **II Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos, desarrollada en Viena en el año 1993**, se reafirmó el derecho de las mujeres a tener acceso a la más amplia gama de servicios de planificación familiar (Artículo 41) así como se subrayó la importancia de la labor destinada a eliminar “todas las formas de acoso sexual, la explotación y la trata de mujeres” y “las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados” en su artículo 38.

En 1994, se establece el Programa de Acción de El Cairo, en la **V Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. En este programa el género no se adoptó como terminología puesto que faltaba delimitarla pero ya se aludía a los derechos**

reproductivos señalando una concepción de los mismos como aquellos derechos que "(...) 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 estos 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" (párrafo 7.3). Además se reconoce el aborto inseguro como un "importante problema de salud pública" (párrafo 8.25).

Es por ello que en el capítulo 5 del Programa en lo que respecta a salud sexual y reproductiva se **proyecta entre sus objetivos:**

- a) **Asegurar el acceso a información amplia y fáctica y a una gama completa de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que sean accesibles, asequibles y aceptables para todos los usuarios.**
- b) **Propiciar y apoyar decisiones responsables y voluntarias sobre la procreación y sobre métodos libremente elegidos de planificación de la familia, así como sobre otros métodos que puedan elegirse para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y asegurar el acceso a la información, la educación y los medios necesarios.**
- c) Atender a las necesidades cambiantes en materia de salud reproductiva durante todo el ciclo vital, de un modo que respete la diversidad de circunstancias de las comunidades locales.

En 1995, oficialmente se adopta la definición de género a través de la Organización de Naciones Unidas en los trabajos preparatorios de la IV conferencia Mundial sobre las mujeres, celebrada en Pekín. En este sentido al género se le concibió como "la forma en que todas las sociedades del mundo determinan las funciones, actitudes, valores y relaciones que conciernen al hombre y a la mujer. Mientras el sexo hace referencia a los aspectos biológicos que se derivan de las diferencias sexuales, el género es una definición de las mujeres y de los hombres, construida socialmente y con claras repercusiones

políticas. El sexo de una persona es determinado por la naturaleza pero su género lo elabora la sociedad”.

A pesar de la labor desarrollada en pro de la igualdad de la mujer, el Comité de la CEFDCM en relación a la salud sexual y reproductiva de la mujer formuló observaciones. Así en relación al artículo 12 establece dos observaciones:

“19. El artículo 12 requiere que los Estados Partes adopten medidas que garanticen la igualdad en materia de servicios de salud. La violencia contra la mujer pone en peligro su salud y su vida.

20. En algunos Estados existen prácticas perpetuadas por la cultura y la tradición que son perjudiciales para la salud de las mujeres y los niños. Incluyen restricciones dietéticas para las mujeres embarazadas, la preferencia por los hijos varones y la circuncisión femenina o mutilación genital”.

En lo que respecta al artículo 16 señala como observaciones:

“22. La esterilización y el aborto obligatorios influyen adversamente en la salud física y mental de la mujer y violan su derecho a decidir el número y el espaciamiento de sus hijos.

23. La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. Existe en todas las sociedades. En las relaciones familiares, se somete a las mujeres de cualquier edad a violencia de todo tipo, como lesiones, violación, otras formas de violencia sexual, violencia mental y violencia de otra índole, que se ven perpetuadas por las actitudes tradicionales. La falta de independencia económica obliga a muchas mujeres a permanecer en situaciones violentas. La negación de sus responsabilidades familiares por parte de los hombres puede ser una forma de violencia y coerción. Esta violencia compromete la salud de la mujer y entorpece su capacidad de participar en la vida familiar y en la vida pública en condiciones de igualdad”.

A ello responde a través de varias recomendaciones concretas dentro de las que destaca la m) y en ella establece que “los Estados Partes aseguren que se tomen medidas para impedir la coacción con respecto a la fecundidad y la reproducción, y para que las mujeres no se vean obligadas a buscar procedimientos médicos riesgosos, como abortos ilegales, por falta

de servicios apropiados en materia de control de la natalidad”, en aras claro está de proteger la salud de la mujer y evitar posiblemente una muerte de ésta.

El párrafo 11 de la recomendación general N° 24 del CEFDCM señala que “las medidas tendientes a eliminar la discriminación contra la mujer no se considerarán apropiadas cuando un sistema de atención médica carezca de servicios para prevenir, detectar y tratar enfermedades propias de la mujer. La negativa de un Estado Parte a prever la prestación de determinados servicios de salud reproductiva a la mujer en condiciones legales resulta discriminatoria. Por ejemplo, si los encargados de prestar servicios de salud se niegan a prestar esa clase de servicios por razones de conciencia, deberán adoptarse medidas para que remitan a la mujer a otras entidades que prestan esos servicios”.

Además en el párrafo 12 de esta recomendación se conmina a que los Estados Partes informen sobre cómo interpretan la forma en que las políticas y las medidas sobre atención médica abordan los derechos de la mujer en materia de salud desde el punto de vista de las necesidades y los intereses propios de la mujer. El Perú ha remitido varios informes en esta materia para demostrar su cumplimiento con las obligaciones internacionales en este aspecto sin embargo, la actividad realizada por el Estado Peruano no ha colmado la satisfacción internacional puesto que la tasa de mortalidad materna es elevada.

En el párrafo 15 de la recomendación señalada se establece “la obligación de proteger los derechos relativos a la salud de la mujer exige que los Estados Partes, sus agentes y sus funcionarios adopten medidas para impedir la violación de esos derechos por parte de los particulares y organizaciones e imponga sanciones a quienes cometan esas violaciones. Puesto que la violencia por motivos de género es una cuestión relativa a la salud de importancia crítica para la mujer, los Estados Partes deben garantizar:

- a) La promulgación y aplicación eficaz de leyes y la formulación de políticas, incluidos los protocolos sanitarios y procedimientos hospitalarios, que aborden la violencia contra la mujer y los abusos deshonestos de las niñas, y la prestación de los servicios sanitarios apropiados;
- b) La capacitación de los trabajadores de la salud sobre cuestiones relacionadas con el género de manera que puedan detectar y tratar las consecuencias que tiene para la salud la violencia basada en el género;

- c) Los procedimientos justos y seguros para atender las denuncias e imponer las sanciones correspondientes a los profesionales de la salud culpables de haber cometido abusos sexuales contra las pacientes;
- d) La promulgación y aplicación eficaz de leyes que prohíben la mutilación genital de la mujer y el matrimonio precoz”.

Así mismo, en su párrafo 17 el Comité de la CEFDCM señala que “los estudios que ponen de relieve las elevadas tasas mundiales de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad y el gran número de parejas que desean limitar el número de hijos pero que no tienen acceso a ningún tipo de anticonceptivos o no los utilizan constituyen una indicación importante para los Estados Partes de la posible violación de sus obligaciones de garantizar el acceso a la atención médica de la mujer”, es por ello que es deber de los Estados Partes velar por el ejercicio de esos derechos para que la mujer pueda disfrutar de sus derechos a la atención médica.

En su párrafo 26 estableció que los Estados deben indicar en qué proporción han disminuido en su país en general y en las regiones y comunidades vulnerables en particular las tasas de mortalidad y morbilidad derivadas de la maternidad de resultas de la adopción de esas medidas y además señala en su párrafo 27 que en sus informes “los Estados Partes deben indicar en qué medida prestan los servicios gratuitos necesarios para garantizar que los embarazos, los partos y los puerperios tengan lugar en condiciones de seguridad.

Muchas mujeres corren peligro de muerte o pueden quedar discapacitadas por circunstancias relacionadas con el embarazo cuando carecen de recursos económicos para disfrutar de servicios que resultan necesarios o acceder a ellos, como los servicios previos y posteriores al parto y los servicios de maternidad. El Comité observa que es obligación de los Estados Partes garantizar el derecho de la mujer a servicios de maternidad gratuitos y sin riesgos y a servicios obstétricos de emergencia, y que deben asignar a esos servicios el máximo de recursos disponibles”.

Particularmente otras recomendaciones son dadas por el Comité a los Estados Partes, en el párrafo 31 de la recomendación en aras a un beneficio integral de la mujer, aconsejándoles que debieran establecer principalmente:

- a) Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer
- b) Garantizar la eliminación de todas las barreras al acceso de la mujer a los servicios, la educación y la información sobre salud, inclusive en la esfera de la salud sexual y genésica;
- c) Dar prioridad a la prevención del embarazo no deseado mediante la planificación de la familia y la educación sexual y reducir las tasas de mortalidad derivada de la maternidad mediante servicios de maternidad sin riesgo y asistencia prenatal.
- d) Supervisar la prestación de servicios de salud a la mujer por las organizaciones públicas, no gubernamentales y privadas para garantizar la igualdad del acceso y la calidad de la atención;
- e) Exigir que todos los servicios de salud sean compatibles con los derechos humanos de la mujer, inclusive sus derechos a la autonomía, intimidad, confidencialidad, consentimiento y opción con conocimiento de causa;
- f) Velar por que los programas de estudios para la formación de los trabajadores sanitarios incluyan cursos amplios, obligatorios y que tengan en cuenta los intereses de la mujer sobre su salud y sus derechos humanos, en especial la violencia basada en el género.

Como podemos apreciar esta observación tiene en cuenta a la perspectiva de género como un pilar de las políticas a adoptar por los Estados Partes en la lucha por la igualdad real de géneros, es por tanto un elemento determinante de la salud de la mujer que debe brindarse sin establecer diferencias entre géneros y esto también va dirigido a los establecimientos, bienes y servicios de salud; incluso se sostiene en el párrafo 52 que los Estados violan sus obligaciones de cumplir con dar efectividad al derecho a la salud cuando no adoptan un enfoque de la salud basado en la perspectiva de género.

Por su parte el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en el párrafo 20 de la Observación 14 del 11 de agosto de 2000, establece una recomendación “que los Estados incorporen la perspectiva de género en sus políticas, planificación, programas e investigaciones en materia de salud a fin de promover mejor la salud de la mujer y el

hombre. Un enfoque basado en la perspectiva de género reconoce que los factores biológicos y socioculturales ejercen una influencia importante en la salud del hombre y la mujer.

En el año 2007, la X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe: Consenso de Quito en relación al sexo femenino y los derechos sexuales y reproductivos hizo un llamamiento a "asegurar que los derechos sexuales y reproductivos que forman parte de los derechos humanos y el acceso universal a la salud integral, que incluye la salud sexual y reproductiva, se consideren como una condición indispensable para garantizar la participación de las mujeres en la vida política y en el trabajo remunerado (...) prioritariamente para las mujeres jóvenes, las más pobres, las mujeres indígenas, las afrodescendientes, las mujeres rurales y las mujeres con discapacidad".

Tres años después, en el año 2010, se llevó a cabo la XI Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe que dio lugar al Consenso de Brasilia, en esta conferencia Ministras y representantes de los Mecanismos de igualdad de América Latina y El Caribe se dieron cita en Brasilia entre el 13 y 16 de julio de 2010 con el objetivo de discutir el tema de los logros y desafíos para alcanzar la igualdad de género con énfasis en la autonomía y el empoderamiento económico de las mujeres, ámbito que parecería resultar ajeno a los derechos sexuales y reproductivos, en principio.

Por lo apreciado en los documentos citados si bien la perspectiva de género no ha aparecido en todos los documentos, dicha perspectiva en el momento en que se hizo presente se convirtió en una consigna que deben aplicar los países al establecer su política con los procedimientos de salud a aplicarse a su población femenina en especial, se necesita por tanto de la puesta en práctica de esta categoría de análisis para que los países no sean responsables internacionalmente al no ejecutarla.

- b) La inclusión de una ley de salud sexual y reproductiva con una perspectiva de género frente a la mortalidad materna en el ordenamiento jurídico peruano

Como ya pudimos enterarnos por lo señalado en puntos anteriores, las conferencias de El Cairo y Beijing, así como en la Declaración del Milenio, propusieron, en el área de la sexualidad y la reproducción, un lenguaje y una conceptualización que reconocen a las

mujeres como sujetas de derecho, como seres autónomos y con capacidad para tomar decisiones sobre sus cuerpos sin ser objeto de discriminación, violencia ni coerción por lo que las propuestas de políticas públicas en ámbitos como la salud tienen el más amplio concepto (Iglesias Saldaña: 129), por lo que los Estados deben permitir que la mujer ejerza control y decida libre y responsablemente en los asuntos relacionados con su sexualidad, en particular su salud sexual y reproductiva, libre de toda coacción, de falta de información, de discriminación y de violencia (Organización Mundial de la Salud, s/a: 19).

Esto se condice con el hecho que los derechos sexuales y reproductivos forman parte de los derechos humanos básicos como ya sabemos; no obstante son muy pocos los países de América Latina como Argentina que los garantizan. Así dicho país mediante una Ley de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, la misma que fue promulgada en junio del 2000, aseguró la provisión de todos los métodos anticonceptivos, cuyo uso ya había sido previamente aprobado por el Ministerio de Salud de la Nación, en los servicios públicos de salud de dicha ciudad, estableciendo además que el acceso a estos servicios (y con ello a los métodos anticonceptivos) cubre a toda aquella persona en edad reproductiva, por lo que no es necesario ser mayor de edad. Sin embargo, esta ley fue declarada inconstitucional por el Juzgado de Primera Instancia en lo Civil N° 34 y actualmente la Ley Nacional N° 25673 Ley de Salud Reproductiva es la que rige esta materia.

En el Perú no existe una ley de salud sexual y reproductiva sin embargo, el Movimiento Manuela Ramos, organismo privado de posición feminista tiene una labor reconocida en Perú y se preocupó porque la mujer tenga las oportunidades que como ser humano merece y con esa finalidad, en mayo del año 2007 elaboró un documento titulado “Nuestros cuerpos, nuestras vidas. La salud sexual y reproductiva en el Perú”, con proyección al 2015 estableciendo en base a datos señalados en un informe del INEI del año 2000 así como también en un informe de la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud de Lima del año 2007, que en el Perú ocurren 1,258 muertes maternas cada año, lo que significa que cada 8 horas muere una mujer por complicaciones durante el embarazo, parto o puerperio. Mostrándonos un panorama aterrador que continuaba al 2008 ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud para este año, la tasa de mortalidad materna en Perú correspondía a 98 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.

A raíz de estas cifras, podemos apreciar que si bien el embarazo implica vida, también decanta en una situación de muerte, situación preocupante para el Perú y que se podría paliar si es que el Perú se decidiera por aprobar una ley que enfrente esta situación lesiva de los derechos de la mujer y más si es que hay razones de su evitabilidad.

El Perú ha firmado varios tratados que lo obligan a garantizar el acceso a la salud de la población y la igualdad de género como la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer celebrada en Beijing, Pacto internacional de derechos civiles y políticos, Pacto internacional de derechos económicos, sociales y Culturales, CEFDCM, Convención Interamericana de Derechos Humanos, Convención interamericana para prevenir, erradicar y sancionar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará), Protocolo adicional de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.

En este contexto, las políticas gubernamentales han seguido caminos contradictorios que en unos casos han favorecido y en otros han atentado contra los derechos humanos y específicamente contra los derechos reproductivos y la equidad de género. En el año 1985, el derecho a una maternidad segura, fue recogido ya en la Ley General de Población, que si bien hace un amplio desarrollo respecto a la planificación familiar, incluyó como uno de sus objetivos “lograr una reducción significativa de la morbi-mortalidad, especialmente entre las madres y los niños, mejorando los niveles de salud y de vida de la población” e incluyó dentro de las obligaciones del Estado, brindar atención a las mujeres durante el embarazo parto y puerperio y señala que estos servicios deberían ser provistos con “tendencia a la gratuidad” (artículo 34).

En 1990, el Gobierno del Ingeniero Alberto Fujimori, consideró relevante desarrollar medidas de control natal, porque estimaba que las altas tasas de fecundidad en el país constituían un serio obstáculo para disminuir la pobreza y avanzar en el desarrollo. En su discurso pronunciado en la inauguración de la IV Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing, se refirió a este aspecto, pero enfatizó su firme propósito de respetar la libre decisión de las mujeres sin la imposición del Estado de métodos coercitivos (Naciones Unidas, s/a).

El 28 de julio de 1995, en su discurso pronunciado ante el Congreso de la República con ocasión de la inauguración de su segundo mandato consecutivo, había presentado una modificatoria a la Ley Nacional de Población permitiendo la anticoncepción quirúrgica voluntaria (prohibida expresamente en 1985 en el mandato del Presidente Belaúnde) (Ramos Padilla, 2006: 213).

En 1996 se aprueba el “Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996 - 2000” donde, se quiere asegurar una tasa global de fecundidad de 2,5 hijos por mujer. Para el gobierno de transición, liderado por el Dr. Valentín Paniagua (noviembre de 2000 - julio de 2001), se obligó a incorporar, dentro de los anticonceptivos a la anticoncepción oral de emergencia, con la obligatoriedad de ser proporcionada en todos los establecimientos de salud y resultó crucial la creación del Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, al interior del PROMUDEH (Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano), cuya finalidad es diseñar y ejecutar a nivel nacional acciones y políticas de atención, prevención y apoyo a las personas involucradas en hechos de violencia familiar y sexual.

El gobierno de Toledo (2001- 2006) no le dio mayor importancia al tema poblacional y su política en el campo de la salud reproductiva estuvo caracterizada por una actitud de “dejar hacer, dejar pasar” y se desactivó el Programa Nacional de Educación Sexual 1996-2000 y a cambio se instituyó el Programa de Promoción de la Salud en el Centro Educativo, el cual enfatizó el retraso del inicio sexual, la abstinencia, el valor de la fidelidad, sin hacer referencia al uso del condón para la prevención de la ITS/VIH-SIDA o de los métodos anticonceptivos. Además se desmantelaron progresivamente los programas de planificación familiar, e incluso hubo una despreocupación por abastecer de métodos anticonceptivos a los establecimientos de salud a nivel nacional (Ramos Padilla, 2006: 213-214).

Con la ministra Pilar Mazzetti se retomó la política del gobierno de transición, tratando de subsanar el desabastecimiento de los Medios Anticonceptivos en los establecimientos e incluyendo dentro de los anticonceptivos la anticoncepción oral de emergencia (Ramos Padilla, 2006: 215) y como medida positiva, Ramos Padilla (2006: 215-216) rescata que durante el gobierno de Toledo se creó el Sistema Integrado de Salud (SIS) -que hasta la actualidad existe- pretende ser un subsidio para que los pobres accedan gratuitamente a los

servicios de salud, beneficiando con esto principalmente a grupos específicos como los lactantes, los niños, las mujeres embarazadas y los adultos en situación de emergencia.

En el gobierno del Dr. Alan García Pérez, el Ministerio de Salud aprobó un conjunto de normas, las que conjuntamente con las Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (Resolución Ministerial N° 668-2004/MINSA) tendrían como objetivo general garantizar la atención oportuna y de calidad, así como el buen trato para la usuaria del servicio de ginecología y obstetricia. Todo esto es en lo relativo a Servicios de Atención al Embarazo, parto y pos parto. En ese sentido tenemos la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, aprobada mediante Resolución Ministerial 598-2005-MINSA, para “mejorar el acceso de la población andina y alto amazónica a los servicios de salud para la atención de calidad del parto vertical con adecuación intercultural”.

Son varias las normas dadas por el Ministerio de salud que son aplicables a la salud sexual y reproductiva, como la Resolución Ministerial N° 771-2004/MINSA, que estableció la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva, así como la Resolución Ministerial 751-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia de los establecimientos del Ministerio de Salud. Otra de las normas fue la Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, Categorías de establecimientos del Sector Salud y el Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, aprobado por Decreto Supremo N° 013-2006-SA.

Cabe acotar aquí que la Defensoría del Pueblo en su informe 138 (2008: 88) respecto al funcionamiento de los servicios de emergencia, “identificó que todos los establecimientos de salud de la muestra supervisada para dicho informe y que pertenecían a las categorías II y III cumplían con prestar el referido servicio, tal como lo establece la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, Categorías de establecimientos del Sector Salud. Por su parte, el Reglamento de establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo señala que todos los establecimientos con internamiento deben contar con servicio de atención de emergencia, lo que incluiría a los establecimientos de categoría I-4, II y III”.

En este informe además señala la Defensoría del Pueblo (2008: 88) que, el 4.2% de los establecimientos de salud visitados en aquella oportunidad no contaba con servicios de emergencia durante las 24 horas.

Entonces la Defensoría del Pueblo (2008: 162) sugirió al MINSA revisar la Resolución Ministerial N° 769-2004/MINSA, que aprobó la Norma Técnica N° 021-MINSA/DGSP/V.01, a fin de establecer un único criterio que establezca la obligación de los establecimientos de salud de contar con servicios de emergencia y asegurar la atención de las emergencias obstétricas durante las 24 horas del día ya sea de manera directa o a través del sistema de referencias, especialmente en las zonas rurales del país.

Otras normas son la Resolución Ministerial N° 195-2005/MINSA, que aprobó el Plan General de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva 2004-2006, la Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, que aprobó el Manual de Orientación y Consejería en Salud Sexual y Reproductiva así como la Guía Práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive, aprobada por Resolución Ministerial 295-2006-MINSA, del 26 de julio de 2006, el que tiene como objeto el manejo estandarizado de las emergencias por niveles de atención. Entre éstas se encuentra la atención de: hemorragia en la primera mitad del embarazo-Aborto; embarazo ectópico; hemorragia de la segunda mitad del embarazo; hemorragia intraparto y postparto, entre otras.

Una serie de normas más aparecen con la Resolución Ministerial N° 597-2006 que aprobó la NTS N° 022-MINSA/DGSP-V.02. Norma Técnica de Salud de Gestión de la Historia Clínica, la Resolución Ministerial, N° 1001-2005/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria de Evaluación de las Funciones Obstétricas y Neonatales en los Establecimientos de Salud, la Resolución Ministerial N° 713-2005/MINSA, que aprobó la Modificación de la Conformidad del Comité de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal a nivel Nacional y Regional, la Resolución Ministerial N° 695-2006/MINSA, que aprobó la Guía de Práctica Clínica para la Atención de Emergencias Obstétricas según nivel de capacidad resolutive, la Resolución Ministerial N° 1041-2006/MINSA, que aprobó la Guía de práctica clínica para la Atención del Recién Nacido y la Resolución Ministerial N° 290-2006/MINSA, Manual de Orientación/Consejería en Salud Sexual y Reproductiva.

Por Resolución Ministerial 142-2007-MINSA respecto de los estándares e Indicadores de calidad en la atención materna y perinatal en los establecimientos que cumplen con funciones obstétricas y neonatales, se aprueban los parámetros de calidad en la atención y en el trabajo con la comunidad, así como los indicadores que ayuden a medir dichos procesos. Implican la evaluación de: Capacidad Resolutiva del Establecimiento; Atención Prenatal; Seguimiento de gestantes incluso la Mortalidad Materna; Mortalidad y Morbilidad Perinatal.

El Estado peruano se ha comprometido a cumplir con los Objetivos del Milenio, y no sólo ellos sino cada uno de lo establecido por varios documentos internacionales y concretamente a reducir su tasa de mortalidad materna de 185 por 100,000 nacidos vivos a una tasa inferior a 75 por 100,000 nacidos vivos para el año 2015. Para ello, su estrategia ha estado centrada en una mayor cobertura de partos institucionales, siendo sus propuestas más conocidas la implementación de “Casas de Espera” y la implementación del “parto vertical con adecuación intercultural” (Llaja Villena, 2010: 11).

La coordinadora de la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud señaló que la implementación de casas de espera habrían permitido que la atención institucional del parto aumentara del 20% (en el año 2000) al 48.3% (según la Encuesta Demográfica y de Salud Nacional – ENDES, 2007). Sin embargo, la Defensoría del Pueblo, en su Primer Reporte sobre el Cumplimiento de la Ley de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres (marzo-diciembre 2007), llamó la atención sobre el incumplimiento de la Norma Técnica para la Atención de Parto Vertical con adecuación intercultural, luego de realizar la supervisión a 246 establecimientos de salud en todo el ámbito nacional donde constató el desconocimiento, por parte de los/as profesionales de salud entrevistados, de la Norma Técnica para la atención de parto vertical con adecuación intercultural así como advirtió la falta de equipos para atender partos en posición vertical.

La normativa es tan dispersa que no ayuda a su conocimiento adecuado como si se hiciese si es que estuviera agrupada en un solo cuerpo de ahí que eso contribuye a desfases en la atención de las mujeres que puede provocar su muerte. Por ello, la muerte en el proceso de crear nueva vida humana es algo que no debe admitirse; la madre gesta a un ser y por ello su ser cambia y se debe al ser que lleva en su seno, la muerte resulta por ello una injusta

recompensa para la madre, consecuencia sorpresiva y dolorosa para la familia y se constituye en un drama social.

Relacionadas a la mortalidad materna tenemos a la Resolución Ministerial N° 386 - 2006, que aprobó la NTS N° 042-MINSA/DGSP-V.01 Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, así como la Resolución Ministerial N° 453-2006, que aprobó el Comité de Mortalidad Materna y la Resolución Ministerial N° 456-2006/MINSA, que aprobó el reglamento para el funcionamiento de los Comités de Prevención de la Mortalidad Materna y Perinatal.

El Dr. Luis Antonio Maldonado Neyra, en el año 2007, entonces director general de la Dirección Regional de Salud de Puno, sostuvo que “la mortalidad materna es un problema cultural: está en sus mentes” (Llaja Villena, 2010: 13), lo que a nuestra interpretación no hace sostener que es un problema factible de solucionar pero el cual no sabemos afrontar.

Un estudio de Amnistía Internacional sobre salud materna que data de 2009, indica que la incidencia de muerte en mujeres por causas vinculadas al embarazo y parto es alta, señalando que “el 27 por ciento de las muertes de mujeres por causas relacionadas con el embarazo ocurrieron mientras que la mujer estaba embarazada; el 26 por ciento durante el parto y el 46 por ciento durante las seis semanas siguientes al parto” (Llaja Villena, 2010: 14).

Este mismo informe muestra que la primera causa de mortalidad materna es la hemorragia (40,5%), la segunda la preeclamsia (18,9%), la tercera el aborto (6,1%) y la infección (6,1%). Un 26.5% de las muertes tuvieron otras causas. Frente a esta situación el Estado peruano aprobó, mediante la Resolución Ministerial No. 207-2009/MINSA de 27 de marzo del 2009, el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015, cuya meta de reducir la mortalidad materna a 66 por 100 mil nacidos vivos al 2015. Para ello espera poder articular el trabajo del sector salud con los tres niveles de gobierno y la sociedad civil. Lamentablemente, la data da cuenta que la mortalidad materna casi no ha disminuido y difícilmente disminuirá si es que el Estado peruano no adopta medidas adecuadas y urgentes para atender esta situación. Las mujeres en el Perú se mueren por causas totalmente evitables (Llaja Villena, 2010: 14). Pero es de resaltar que al aprobar esta serie de medidas fortalece el compromiso de la administración

estatal en materia de salud reproductiva y garantía del derecho de las mujeres a gozar de una maternidad segura y saludable

El parto institucional a nivel nacional se incrementó de 57,9% en el año 2000 a 85,8% para el año 2012. Es más notable el incremento del parto institucional en la zona rural de 23,8% en el año 2000 a 68,6% para el año 2012 según la ENDES de dicho año, cifra que nos indica que se ha mejorado el acceso a los servicios de salud con la implementación de estrategias como el mejoramiento de la capacidad resolutive (aunque aún es insuficiente); la adecuación cultural de los servicios de salud, como es la atención del parto vertical; las casas de espera materna, y el seguro integral de salud (INEI, 2012).

Como podemos apreciar, los documentos internacionales que ha ratificado el Perú lo obligan a que realice una política basada en la perspectiva de género que permita lograr la equidad de trato de los géneros femenino y masculino y para recordar ello podemos apreciar que la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer en su párrafo 31 aconseja que deberán: “a) Situar una perspectiva de género en el centro de todas las políticas y los programas que afecten a la salud de la mujer y hacer participar a ésta en la planificación, la ejecución y la vigilancia de dichas políticas y programas y en la prestación de servicios de salud a la mujer (...)”.

Ramos Padilla (2006: 203) sostiene que “el género no es sólo un aspecto determinante de inequidad sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres”. Las mujeres “por razones biológicas (...) son las que cargan sobre sus cuerpos el embarazo, el parto y el puerperio, y por lo mismo, existen necesidades específicas para atender estos procesos. Sin embargo, los riesgos para su salud que se derivan de tales eventos no sólo están relacionados con dichos papeles biológicos en sí, sino de manera muy fuerte con las posibilidades de atención o desatención de estos problemas, con las labores domésticas y extra domésticas que realizan con o sin apoyo de sus parejas masculinas aun en esos períodos, y con la capacidad o no de decidir sin intermediaciones sobre los cuidados a recibir y la oportunidad de estos” (Ramos Padilla, 2006: 203).

Teniendo este panorama es que mediante una serie de reuniones legislativas se plantearon varios proyectos de ley en salud sexual y reproductiva. Así tenemos los Proyectos de Ley

1062-2006/CR, 1422/2006-CR, 2974/2008-CR y 30006/2008-CR. Estos fueron reunidos en un texto sustitutorio que se dictaminó el 3 de junio de 2010, emitido por la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con discapacidad que presidió la entonces congresista Hilda Guevara Gómez. Cabe advertir que este proyecto solo ha sido discutido en el Pleno del Congreso en su sesión matinal número nueve, con fecha 3 de junio de 2010 mas no se ha convertido en ley aún.

El texto sustitutorio antes referido señala en su artículo 1° el Objeto de la ley, señalando que “el objeto de la presente ley es establecer el marco normativo para que el Estado implemente políticas que garanticen condiciones para el reconocimiento y ejercicio pleno de los derecho de salud sexual y reproductiva de las personas y familias, conforme a lo dispuesto en la Constitución Política del Perú, las leyes, los tratados y convenios internacionales debidamente suscritos y ratificados por nuestro país y los principios establecidos en la presente ley”.

Podemos apreciar que este proyecto de ley ha aparecido porque la situación que padece la mujer necesita con carácter de urgencia una ley general que trate sobre la salud sexual y reproductiva en especial y que en ella se preocupe por la eliminación de la muerte materna por causas evitables ligadas al embarazo y al parto. Esto lo sostenemos porque la normativa en este aspecto en el ordenamiento jurídico peruano no está unificada y solo es tratada como salud, es decir de manera general cuando se requiere de una normativa especializada que se haga cargo de la materia por la alta envergadura del tema para la existencia humana.

Lo que necesitamos es que se materialicen nuestros derechos de ahí que Correa y Petchesky (1994: 108), afirman que los derechos sexuales y reproductivos se definen en términos de poder y de recursos: “poder para realizar decisiones informadas sobre nuestra propia fertilidad, maternidad, crianza de hijos/as, salud ginecológica y actividad sexual, y los recursos para tomar tales decisiones de una manera segura y eficaz”.

El artículo 2 del mismo proyecto establece el ámbito de aplicación el que señala que “las disposiciones contenidas en la presente ley son de aplicación a los diferentes planes, programas, acciones y prestaciones que forman parte de las políticas de salud sexual y reproductiva a nivel nacional”. Esto era definitivamente necesario y, aplicado a la

mortalidad materna podemos señalar que ésta es un indicador altamente sensible para evaluar el desempeño de los sistemas de salud ya que cuestiona el desarrollo de sus funciones y la posibilidad de alcanzar los objetivos de capacidad de respuesta, equidad y buena salud que plantean por lo que creemos, que ha debido complementarse señalando en este proyecto en un artículo especial las sanciones ante la falta de cumplimiento de las disposiciones establecidas en este proyecto puesto que sin ello creemos que el proyecto quedaría sin la coercitividad que debe tener una ley dispuesta como mandato y no como una lista de buenas prácticas en salud.

El artículo 3 comprende los principios fundamentales que rigen la implementación de las políticas en salud sexual y reproductiva y entre ellos se señalan:

1. “Igualdad de género: Los planes y programas deben excluir cualquier tipo de discriminación, distinción, exclusión o restricción basada en el género o la edad en la atención integral de la salud sexual y reproductiva
2. Universalidad: Acceso de toda la población a educación, información y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, en todas las etapas de la vida y de conformidad con la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.
3. Autodeterminación: Los Derechos sexuales y reproductivos deben ejercerse libremente y sin coacción alguno, respetando el derecho de las demás personas y del concebido.
4. Interculturalidad: Reconocimiento y respeto de las concepciones diferentes 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 e intimidad de las personas y las condiciones para el ejercicio y realización de sus derechos.
5. Enfoque Participativo: Las políticas incluyen mecanismos de participación ciudadana en las etapas de elaboración, ejecución y evaluación de los planes y programas.
6. Intersectorialidad: Para alcanzar los objetivos de la salud sexual y reproductiva se establecen vínculos entre los programas y sectores pertinentes, en especial los preventivos y educativos, a fin de garantizar la efectividad de los servicios de salud sexual y reproductiva”.

Como nos podemos dar cuenta la única alusión al género que se hace es en el inciso 1. Ante ello cabe señalar que la dignidad humana asegura una esfera de autonomía y de integridad moral a la persona que debe ser respetada, lo que se condice incluso con el principio 3. Entonces, el respetar la dignidad de la mujer incluye las decisiones relacionadas con su plan de vida, entre las que se incluye la autonomía reproductiva pero no por ello en ánimos de lograr la equidad de género se va a dejar puerta abierta para que interrumpa su embarazo porque ella posee una libertad que le insta a dirigirse como le plazca en su aspecto reproductivo al punto de anular la libertad de otro ser.

Por tanto, esa dignidad que se le reconoce a la mujer, también le garantiza su intangibilidad moral, que tendría manifestaciones concretas en la prohibición de asignarle estereotipos de género que la estigmatizan y la reducen. Como señalamos en el párrafo anterior existe como principio fundamentador del proyecto la igualdad de género aplicada a “los planes y programas en los que se debe de excluir cualquier tipo de discriminación, distinción; exclusión o restricción basada en el género o la edad en la atención integral de la salud sexual y reproductiva”, lo que trae a colación lo previsto en la Constitución peruana.

Así específicamente en el inciso 2 del artículo 2 de la Constitución peruana figura reconocido de manera expresa el principio derecho de igualdad por el que toda persona tiene derecho “a la igualdad ante la ley. Nadie debe ser discriminado por motivo de origen, raza, sexo, idioma, religión, opinión, condición económica o de cualquiera otra índole” en función de ello quien discrimina realiza “una agravada distinción, manifiestamente contraria a la dignidad de las personas, que inclusive implica una negación de su condición humana y que se funda en un prejuicio negativo por el cual se trata a los miembros de un grupo no como seres diferentes, sino inferiores, siendo el motivo de distinción “más que irrazonable, odioso, y de ningún modo puede aceptarse porque resulta humillante para quienes sufren esa marginación” (Gutierrez y Sosa Sacio, 2006: 50).

Frente a ello podemos señalar que “la perspectiva de género responde a la manera que tenemos las personas de mirar los procesos y realidades o hechos sociales, poniendo el acento en las desigualdades y/o exclusiones resultantes de valores existentes en relación a la condición femenina y/o masculina; es decir, aquellas normas, prejuicios, creencias, mitos, percepciones, concepciones y sentimientos que van configurando nuestra forma de gestionar las relaciones entre unas y otras. De hecho, el género es una construcción social y

cultural, no biológica, que define un modelo de comportamiento entre las personas. Ello quiere decir, que las relaciones de género, tendrán representaciones distintas según sea el contexto histórico y social en el cual nos desarrollamos” (Angels Castillo, Herrera y Trayner Vilanova, s/a: 11), lo que hace irrazonable las distinciones sin fundamento objetivo en virtud del género en el que se le desconozca a la mujer como un ser digno.

En ese sentido la adopción de una norma de salud sexual y reproductiva en la que se proyecte esta igualdad de género no podría desconocérsele a la mujer que es un ser humano plenamente digno y como tal debe tratársele, debe reconocérsele esa libertad para realizar su sexualidad pero no al punto de creársele un poder descomunal. La positivización que se haga de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer debe considerar que la persona es una continuidad, que desde su concepción se ve inmerso en un proceso que culmina cuando muere. “La libertad no se otorga al hombre desde el exterior. Él es el titular de derechos porque ha sido creado como ser libre. (...). Cuando se alude a la naturaleza en este contexto, no se hace referencia únicamente a un sistema de procesos biológicos. Lo importante es más bien el hecho de que los derechos se encuentran presentes naturalmente en el hombre mismo con anterioridad a toda construcción legal” (Ratzinger, s/a).

En ese orden de ideas la mujer no es un simple instrumento de reproducción de la especie humana, ella posee derechos y entre ellos se incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libremente respecto de esas cuestiones sin verse sujeta a coerción, discriminación o violencia. Por ello su decisión por ser madre debe ser garantizada con vida.

En el artículo 4 del proyecto hallamos las definiciones como:

“Salud sexual y reproductiva: Es el estado general de bienestar físico mental y social de las personas y no de ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia, implica la capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y la capacidad de autodeterminación para procrear o no y abarca todo el ciclo de vida del ser humano, desde la vida intrauterina, infancia, adolescencia, hasta la edad del adulto y el adulto mayor”.

Al respecto cabe señalar que constituye un acierto que en el proyecto se incorpore el respeto a la vida intrauterina como una de las etapas de la vida del ser humano aunque con ello exista una contradicción con la normativa vigente, en especial las Guías Nacionales de Salud Sexual y Salud Reproductiva pues en estas se establecen como etapas únicamente a las del niño, adolescente, adulto y adulto mayor.

Otra de las definiciones es la atención a la salud sexual y reproductiva: “incluye el conjunto de métodos, técnicas y servicios promocionales, preventivos y recuperativos que contribuyan a la salud y al bienestar de las personas, de manera integral y de acuerdo a sus necesidades cambiantes en cada etapa de la vida”. La tercera definición es la de los derechos de salud sexual y reproductiva. Estos “son aquellos reconocidos en los planes, programas y políticas contenidos en la presente ley y comprenden los siguientes derechos:

- a) Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad, de manera responsable y satisfactoria.
- b) Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo
- c) Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil, entre otros, a los servicios de atención que incluyan la salud reproductiva y planificación familiar.
- d) Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria
- e) Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva”.

Lo señalado está de acuerdo con la búsqueda de la realización de la dignidad humana porque ésta constituye una obligación jurídica en virtud de lo establecido en el artículo 1 de la Constitución peruana, la protección de esa dignidad sólo es posible a través de una definición correcta de lo que se pretende regular para que pueda vincular a las demás personas y al Estado mismo. En atención a ello, no entendemos por qué este proyecto de ley aún no se ha promulgado sin embargo, cabe mencionar que omite considerar a los padres de familia y asignarles el rol efectivo en relación con sus hijos adolescentes. Los adolescentes si bien son personas, su corta edad los pone bajo tutela de los padres entonces, considerándolos a estos y explicándoles el rol que les toca desempeñar, sólo así,

la dignidad humana se respeta y hace vinculante, en tanto concepto normativo que compone el ámbito del Estado social y democrático del Derecho.

El inciso 2 del artículo 5 del proyecto establece como objetivo “Reducir la morbimortalidad materna (...)”, en su clara preocupación por la realidad alarmante que vive el país y que se puede apreciar de las cifras vistas anteriormente de los estimados de mujeres que mueren por complicaciones durante el estado de gestación. Esta realidad captada por este objetivo es simplemente una manifestación de las brechas de inequidad en el acceso a los servicios de salud y evidencia las condiciones de desigualdad que afecta a la población femenina, lo que hace que la mortalidad materna, no sea tan sólo un problema de salud pública, sino también de derechos humanos y de justicia social ya que refleja la exclusión social por razones de género, culturales y económicas entre muchas otras. Entonces se reclama una normativa especializada.

La Defensoría del Pueblo (2010: 10) precisó que, debido a la profusa regulación y a la insuficiente coordinación entre las diferentes instancias del MINSA, se advertía una escasa integración de los diferentes protocolos de atención a gestantes actualmente vigentes, así como su deficiente difusión e implementación en algunos establecimientos de salud del país. En ese sentido, recomendó aprobar una norma técnica de atención materno-perinatal, sistematizar la regulación sectorial vigente, difundirla entre el personal de salud, asegurar una mayor coordinación entre las instancias responsables de la aprobación de dicha normatividad y mejorar la capacidad para atender emergencias obstétricas de los establecimientos de salud del país. Habida cuenta de que el problema de la mortalidad materna requiere una respuesta integral y la participación de los diversos sectores de la administración pública y la sociedad civil.

El normar la salud sexual y reproductiva, no hace que nos olvidemos del interés público propio del derecho a la protección de la salud. Los derechos a la salud sexual y salud reproductiva son derechos, que tienen su base en otros derechos ya existentes, protegidos por nuestras normas legales, tales como la paternidad y maternidad responsable y por ello, el derecho debe reconocer y defender el significado antropológico de la sexualidad que se funda en la dignidad humana que se le debe reconocer a toda persona: “(...) la sexualidad humana no es un simple dato, ni un objeto, ni una función, pues responde a lo constitutivo del ser humano, el cual plenamente identificado orienta su ser desde una dimensión

diferencial y al mismo tiempo complementaria (...)” (Santa María D’Ángelo, 2011: 6) y esto debemos de reproducirlo en la ley en pos de la protección de la mujer y más si es que queremos eliminar la mortalidad materna.

Las evidencias señalan que las intervenciones para la reducción de la mortalidad materna, tiene que asegurar a las mujeres una maternidad voluntaria, disminuir las brechas que generan las demoras y garantizar la adecuada atención de las emergencias obstétricas y neonatales, identificados como los elementos críticos que desencadenan la morbilidad y la mortalidad. Estas intervenciones deben ser ejecutadas en el marco de los derechos humanos, con enfoque de género e interculturalidad.

El “Perú tiene la obligación de proteger y garantizar el derecho de las mujeres a la vida, la salud y la no discriminación de acuerdo con varios instrumentos internacionales ratificados por el Estado. Respecto del derecho a la vida el Estado tiene la obligación positiva de adoptar las medidas que sean necesarias para prevenir su pérdida, lo cual en el caso de las mujeres se traduce muy concretamente, entre otros, en el acceso oportuno a servicios adecuados de salud sexual y reproductiva” (Centro de Derechos Reproductivos, 2012: 2).

A pesar de que en la última década la tasa ha descendido, el número sigue siendo alarmante, y demuestra la inequidad y exclusión social que viven las mujeres en Perú, lo que pone de manifiesto la urgencia de que el Estado cumpla sus obligaciones internacionales respecto del derecho a la no discriminación, en relación con el acceso a servicios médicos oportunos, accesibles y de calidad para las mujeres; lo cual supone también la protección efectiva de los derechos a la vida y la integridad, con énfasis en las poblaciones más vulnerables, como las de escasos recursos en zona rural.

4. Discusión de resultados

Teniendo en cuenta que la interrogante formulada para la presente investigación fue: ¿La aprobación de una ley de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género sería una estrategia fundamental para reducir la mortalidad materna en el Perú actual? Ante ella y después de lo expresado por el INEI cabe señalar que dicha entidad, en el año 2000 señaló que, en Perú en dicho año estimó la ocurrencia de 1,258 muertes maternas cada año y la tasa de mortalidad materna fue de 185 por cada 100 mil nacidos vivos pero, de acuerdo a la

Maternal Mortality in 2000: Estimates Developed, elaborada por WHO, UNICEF y UNFPA en el año 2004, la dimensión de la mortalidad materna en el año 2000 era de 410 muertes maternas por 100,000 por lo que nos encontramos con cifras totalmente distintas y lo preocupante es que la encontrada por los organismos internacionales es muy superior a la estimada por el INEI por 225 muertes.

Si estamos aludiendo a derechos fundamentales, porqué apreciamos esta distancia de información por una cantidad de 225 muertes. Nos preguntamos quién señala la verdad y quién brinda una información falsa, porque importa contar con una cifra cierta para poder enfrentarla pero ante ello hay que atenernos a lo que se nos ofrece como investigadores y con esto contamos y lo que se nos revela es que existe una cifra de muertes maternas que nos revela que aún a esta fecha no se cumple con los compromisos del milenio.

Se aprecia que de la ENDES del 2004 respecto de la mortalidad materna no realizó ningún pronunciamiento respecto de la tasa de mortalidad o la RMM y sólo señaló que entre las causas de mortalidad materna la más importante es la hemorragia post-parto mientras que para el año 2005, la Organización Mundial de la Salud habla de una tasa de mortalidad materna en Perú de 240 mujeres muertes por cada 100.000 nacidos vivos, confrontándolo con los datos anteriores el número de muertes habría aumentado alejándose del objetivo número cinco del milenio.

El derecho a la vida de la mujer debe ser garantizado en todas las etapas de su vida y una de ellas es el estado de gestación que en muchas oportunidades se ha vuelto en un estado de riesgo para la mujer tal y como lo revelan las cifras señaladas. De ahí que ha sido materia de preocupación por las autoridades de salud por lo que ha sido objeto de monitoreo por el personal de salud.

En este sentido, el INEI estima que la mortalidad materna se redujo en un 49.7% entre los periodos de 1994-2000 y 2004-2010, al pasar de 185 a 93 muertes maternas por cada 100 000 nacidos vivos.

Sin embargo, a través de la ENDES 2011, el INEI presenta la información de la ENDES 2010 que contiene el período 2009-2010, y estimó que la mortalidad materna se redujo en un 49.7% entre los periodos de 1994-2000 y 2004-2010, al pasar de 185 a 93 muertes

maternas por cada 100 000 NV y de dicha encuesta se puede extraer que la mayor tasa de muerte materna se encuentra en el rango de edad de 20 a 39 años, siendo el grupo de 35 a 39 años, el que tiene la tasa más alta; y las edades mayores de 30 años alcanza a representar la tasa de 22,6 defunciones por cada 100 000 mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, el dato es del año anterior y es con el que se cuenta puesto que la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud en su informe titulado “la mortalidad materna en el Perú: 2002-2011”, si bien fue publicado en 2013, las cifras con las que cuentan son de 2011 y conforme a ello sostuvo que la RMM para el año 2011 se estimó en 92.7 por cien mil nacidos vivos evidenciándose que la diferencia entre ambas no es mucha pero también nos muestra que si bien por parte del Estado se ha realizado una labor aún ésta no ha satisfecho los compromisos del Milenio.

Recordemos que por el artículo 55° de la Constitución, los tratados celebrados por el Estado y que están vigentes forman parte del derecho nacional y por ello deberán ser utilizados para realizar interpretaciones durante su aplicabilidad por lo que teniendo en cuenta esto, el Perú es deudor puesto que tiene una obligación incumplida al no alcanzar aún el compromiso de reducir la tasa de mortalidad materna.

El derecho debe reconocer y defender el significado antropológico de la sexualidad que no es un simple dato, ni un objeto, ni una función, porque responde a lo constitutivo del ser humano por lo que debemos de reconocer los derechos sexuales y reproductivos de ahí que es importante entender que la unidad integral de la persona, exige una perspectiva de salud que considere la totalidad del ser humano por lo que dichos derechos deben de comprenderse dentro de esa unidad.

La perspectiva de género responde a la manera que tenemos las personas de mirar los procesos y realidades o hechos sociales, poniendo el acento en las desigualdades y/o exclusiones, por lo que esta categoría de análisis nos permitiría abordar los problemas de la mujer desde un enfoque que entienda esas particularidades de su sexo más aún en su etapa de gestación.

Por ello es que frente al problema de la mortalidad materna si bien una serie de normas han sido expedidas en función a ella, lo único que se ha logrado es que la mortalidad materna descienda pero no al punto de eliminarla. Entonces respondiendo a la pregunta formulada

como síntesis del problema creemos que la eliminación de la mortalidad materna se lograría con la expedición de una ley de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género, pues permitiría enfocar a este problema de salud de la gestante teniendo en cuenta las particularidades de desigualdad que la circundan para garantizar su vida así como información sobre salud y unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad principalmente frente al embarazo, pero que a diferencia del proyecto contemple las sanciones pertinentes a las conductas que vayan en contra de la calidad del servicio y que vayan en detrimento del derecho a la salud sexual y reproductiva de la gestante.

Conclusiones:

1. Los derechos fundamentales de la persona son aquellos que a pesar de no tener un reconocimiento expreso en el texto constitucional tienen su fundamento en la dignidad de la persona humana sin importar cuál sea la denominación que se les dé y cuyo contenido no solo se delimita desde la constitución sino que es necesario acudir a la normativa infraconstitucional, la internacional y el caso concreto.
2. Los derechos que la persona posee no son entidades abstractas de ahí que de ellos se postulan efectos que no solo van dirigidos a los particulares sino a los poderes públicos hablándose de eficacia horizontal y vertical respectivamente y como la segunda es de importancia para la investigación debe establecerse que estos derechos tienen fuerza normativa frente a los derechos públicos que obliga a estos a cumplir con los dispositivos constitucionales que reconocen los derechos fundamentales revelando con ello una vinculación negativa puesto que al establecer limitaciones y responsabilidades a quienes ejercen el poder público significa que el poder estatal estará obligado a abstenerse, es decir, obligado a no interferir en el ejercicio de las facultades de acción que el derecho fundamental reconoce a su titular.
3. El derecho de salud está reconocido tanto en los documentos internacionales como en el derecho nacional y con ella se describe al derecho que toda persona tiene de encontrarse en un estado de bienestar y equilibrio psicológico, físico y social y dentro del cual se proyectan los derechos sexuales y reproductivos que a pesar de no tener un reconocimiento expreso en el ordenamiento peruano son reconocidos por el derecho a la salud que todos poseemos y que son de total relevancia puesto que son de vital importancia para la existencia humana y cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.
4. El género es construcción social que se basa en el conjunto de ideas, creencias y representaciones que generan las culturas a partir de las diferencias sexuales, las cuales determinan los papeles de lo masculino y lo femenino y de él deriva la

perspectiva de género que se define como una visión explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de géneros para comprender las características que definen a las mujeres y hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias.

5. La mortalidad materna en relación a la situación de salud, sería una situación de ausencia total de salud en la que se describe como la defunción de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes al término de éste debido a cualquier causa relacionada con el embarazo o con su atención o agravada por ella, siempre que no se trate de causas accidentales o incidentales y que en el Perú se ha convertido en un problema público que si bien ha disminuido de 185 por cien mil nacidos vivos a 93 por cien nacidos vivos aún no es suficiente para cumplir con los objetivos del milenio.

6. En el Perú respecto de la salud sexual y reproductiva existe una normativa dispersa del sector salud que no ayuda en nada a una debida protección de ésta por lo que se es de la opinión que debe de promulgarse una ley de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género para garantizar información sobre salud y unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad principalmente frente al embarazo para evitar la mortalidad materna.

Referencias

- Alvarado Tapia, Katherinee (2011): “Jurisdicción constitucional y derechos fundamentales”, Gaceta Constitucional N° 47: 239-251.
- Amnistía Internacional (2009): Deficiencias fatales: Las barreras a la salud materna en el Perú, Lima.
- Ángels Castillo, María; Herrera, Morena y Trayner Vilanova, María Pau (s/a): Género y salud reproductiva: Una reflexión para la cooperación, Cataluña: Asociación de Planificación Familiar de Cataluña y Baleares.
- Antoñanzas, Fernando, Rodríguez Monguió, Rosa y Rovira, Joan (2003): Conjunto de prestaciones de salud. Objetivos, diseños y aplicación, Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.
- Ariño Ortiz, Gaspar (1997): El nuevo servicio público, Madrid: Marcial Pons.
- Bastida Freijedo, Francisco, et al. (2004): Teoría General de Los derechos fundamentales en la constitución española de 1978, Madrid: Tecnos
- Berrios Llanco, Edson. (2011) “El derecho a la salud y la obligación del Estado de procurar un servicio de salud adecuado. Comentarios a la STC Exp. N° 01345-2011-PA/TC (caso del hospital de campaña de Ica)”, Actualidad Jurídica N° 214: 167-170
- Castillo Córdova, Luis (2003): Elementos de una teoría general de los Derechos Constitucionales, Lima: Universidad de Piura-Ara Editores.
- Castillo Córdova, Luis (2004): “El contenido constitucional del derecho al trabajo y el proceso de amparo”, Asesoría Laboral N° 167: 9-14.
- Castillo Córdova, Luis (2005): “Pautas para la determinación del contenido constitucional de los derechos fundamentales”, Actualidad Jurídica N° 139: 61-96.
- Castillo Córdova, Luis (2006): “Autonomía de la Voluntad y derechos Fundamentales”, Actualidad Jurídica N° 155: 157-164.
- Centro de Derechos Reproductivos, Informe (2012). Bogotá: s/e.
- Chávez Carapia, Julia del Carmen (Coordinadora) (2004): Perspectiva de género, México: Escuela Nacional de Trabajo Social y Plaza y Valdez editores.
- Cianciardo, Juan (2005): “Humana Iura. Realidad e implicancias de los Derechos Humanos”, en Rivas, Pedro. Natura, Ius, ratio. Estudios sobre la filosofía jurídica de Javier Hervada, Lima: Ara Editores.
- Comisión de Salud, Población, Familia y Persona con discapacidad del Congreso de la República de Perú (2010) Texto sustitutorio Ley de Salud sexual y reproductiva (en línea)

[http://www2.congreso.gob.pe/sicr/apoycomisiones/Dictamen20062011.nsf/DictamenesFuturo/5B30A694F20E67A80525774500529BBF/\\$FILE/TS01062030610.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/apoycomisiones/Dictamen20062011.nsf/DictamenesFuturo/5B30A694F20E67A80525774500529BBF/$FILE/TS01062030610.pdf)

Comité de Derechos económicos, sociales y culturales de las naciones unidas. Observación General N° 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. (en línea)

[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/40d009901358b0e2c1256915005090be?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/40d009901358b0e2c1256915005090be?OpenDocument)

Comité para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Recomendación General N° 24: La mujer y la salud, del 2 de febrero de 1999 (en línea)

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm-sp.htm#recom24>

Correa Sonia y Petchesky Rosalind (1994): “Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective”, en Sen, G.; Germaine, A. y Chen, L.C. (editores), Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights, Cambridge: Harvard University Press.

Cuarezma Terán, Sergio y Pichardo, Rafael (Directores) (2011): Nuevas tendencias. Derecho constitucional y el derecho procesal constitucional, Nicaragua: Instituto de estudio e investigación jurídica.

De Domingo, Tomás y Martínez-Pujalte, Antonio Luis (2010): Los derechos fundamentales en el sistema constitucional – Teoría general e implicancias prácticas, Lima: Palestra.

De La Cruz, Carmen (2007): Género, derechos y desarrollo humano, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo San Salvador, San Salvador: s/e.

De La Torre Torres, Rosa María (2006): “El derecho a la salud”, en Cienfuegos Salgado, David y Macías Vázquez, María del Carmen. (Coordinadores) Estudios en homenaje a Marcia, Muñoz Medrano. Protección de la persona y derechos fundamentales, México: Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM

Declaración Americana de los derechos y Deberes del Hombre (en línea)

www.tc.gob.pe/tratados/inter_ddhh/instru_alcan_gene/dadh.pdf

Declaración Universal de los Derechos Humanos (en línea)

www.tc.gob.pe/tratados/uni_ddhh/instru_alca_gene2/dudh.pdf

Defensoría del Pueblo (2008) Informe Defensorial N° 138, Lima: s/e.

Defensoría del Pueblo (2010): Segundo Informe sobre el derecho a una maternidad segura, Lima: s/e.

Del Carpio Ancaya, Lucy. (2012) “Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012” (2013), Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública N° 3: 461-464.

Del Solar Rojas, Francisco José (2000): Los Derechos Humanos y su protección, Lima: Fondo Editorial de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Dirección General de epidemiología del Ministerio de Salud (2013): La mortalidad materna en el Perú: 2002-2011, Lima: s/e.

Duran Ribera, Willman Ruperto (2002): “La Protección de los Derechos Fundamentales en la doctrina y jurisprudencia constitucional”, Ius et Praxis N° 8: 177-194.

Fabián Manzano, Judith y Bolarte Espinoza, José Luis (2007) “muerte materna” Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Boletín Epidemiológico N° 52:736-739

Ferrero Rebagliati, Raúl (2003): Ciencia política, teoría del Estado y derecho constitucional, Lima: Grijley.

Flecha García, Consuelo (2005): “La categoría género en los estudios feministas”, en De Torres Ramírez, Isabel. Miradas desde la perspectiva de género. Estudio de las mujeres, Madrid: Narcea S.A Editores.

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2008). Estado de la población mundial (en línea). <http://www.unfpa.org/swp/2008/presskit/docs/sp-swop08-report.pdf>

García Belaúnde, Domingo (2001): Derecho procesal constitucional, Bogotá: Temis.

García Pelayo, Manuel (1980): Las transformaciones del Estado contemporáneo, Madrid: Editorial Alianza.

García Toma, Víctor (2005): Teoría del Estado y Derecho Constitucional, Lima: Palestra.

García Toma, Víctor (2008): Los derechos fundamentales en el Perú, Lima: Jurista Editores.

Gutierrez, Walter y Sosa Sacio, Juan Manuel (2006): “La igualdad ante la ley” en Gutierrez, Walter (Director). La Constitución comentada, Tomo I, Lima: Gaceta Jurídica.

Iglesias Saldaña, Margarita (2007): “Desarrollo humano y determinantes sociales desde la perspectiva de género en la lucha por la igualdad”, en Conferencia IFHHRO-EDHUCASALUD 2006. Exclusión y derecho a la salud. La función de los profesionales de la salud, Lima: EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS CON APLICACIÓN EN SALUD-EDHUCASALUD y FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE ORGANIZACIONES DE DERECHOS HUMANOS Y SALUD-IFHHRO.

Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (2000): Lima: INEI (en línea). <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2000>

Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (2011): Lima: INEI (en línea). <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2004 (2004): Lima: INEI (en línea).

http://desa.inei.gob.pe/endes/recursos/endes2004_informe.pdf

Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2012. (2012): Lima: INEI (en línea). <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2012>

Llaja Villena, Jeannette (2010): Derechos sexuales y reproductivos en el Perú. Informe para el cumplimiento de la CEDAW, Lima: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y Agencia española de Cooperación interinstitucional para el Desarrollo.

Llaja Villena, Jeannette. (2010) Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en el Perú (2010): Informe para el cumplimiento de la CEDAW, Lima: Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y Agencia española de Cooperación interinstitucional para el Desarrollo.

Maguiña Guzmán, Mirtha Soledad (2012) “La mortalidad materna en el Perú”, Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología, Red Nacional de Epidemiología, Boletín Epidemiológico N° 52: 892-896.

Maguiña Guzmán, Mirtha Soledad. “Situación de la muerte materna en el Perú, en base a los datos de la vigilancia Epidemiológica” (2012): Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología y Red Nacional de Epidemiología, Boletín Epidemiológico N° 26: 414-416.

Mazarrasa Alvear, Lucía y Gil Tarragato, Sara. Salud sexual y reproductiva (en línea).

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/13modulo_12.pdf

MEF. (2008) Documento de Trabajo del Equipo de Presupuesto, por Resultados, 2008, reproducido por la Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza, (en línea).

http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/cumplimiento de la CEDAW doc_01217.pd.

Miró Quesada Rada, Francisco (2006): Introducción a la Ciencia Política, Lima: Grijley, Lima.

Motta Navas, Álvaro Andrés (2011): “Constitución política y derechos humanos”, en Cuarezma Terán, Sergio y Pichardo, Rafael (Directores). Nuevas tendencias. Derecho constitucional y el derecho procesal constitucional. Nicaragua: Instituto de estudio e investigación jurídica.

Naciones Unidas (s/a): Intervención del Sr. Presidente de la República del Perú, Ing. Alberto Fujimori en la ceremonia inaugural de la Conferencia Internacional sobre

Población y Desarrollo” (en línea) <http://www.un.org/popin/unpopcom/32ndsess/gass/state/peru.pdf>

Naciones Unidas, (1994) Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo, 5 a 13 de septiembre de 1994.

Novak Talavera, Fabian y Salmón, Elizabeth (2002): Las obligaciones internacionales del Perú en materia de Derechos Humanos, Lima: Instituto de Estudios Internacionales (IDEI) de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Organización Mundial de la Salud (s/a): El derecho a la salud, Folleto 31.

Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes (en línea)

<http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales (en línea)

http://www.tc.gob.pe/tratados/uni_ddhh/instru_alca_gene2/pidesc.pdf

Peña Martínez, Yomara. (s/a) “La categoría género y sus dimensiones: el fracaso necesario de una ilusión biologicista y de naturalización”, (en línea)

ojs.uo.edu.cu/index.php/stgo/article/viewFile/14510107/2065

Pérez Viejo, Jesús y Montalvo Hernández, Ana (Coordinadores) (2011): Violencia de género. Prevención, detección y atención, Madrid: Editorial Grupo 5.

Programa de Salud de la Familia y Población. (1998) “La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano”, Revista Panamericana de Salud Pública N° 4, 211-217.

Ramírez Huaroto, Beatriz y Llaja Villena, Jeannette (2011): Los lentes de género en la justicia internacional. Tendencias de la jurisprudencia del Sistema Internacional de Derechos Humanos relacionada a los Derechos de las Mujeres, Lima: Valeria Pandjarian y M. Gabriela Filoni editoras.

Ramos Padilla, Miguel (2006): “La salud sexual y la salud reproductiva desde la perspectiva de género”, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública N° 23: 201-220

Ratzinger, Joseph, “Verdad y libertad” en Humanitas N° 14, Biblioteca Electrónica de la Pontificia Universidad Católica de Chile. (en línea)
<http://www.humanitas.cl/html/biblioteca/articulos/d0056.html>

Revilla Tafur, Luis. “La Vigilancia de la mortalidad, un reto para el RENACE” (2012) en Ministerio de Salud Dirección General de Epidemiología y Red Nacional de Epidemiología, Boletín Epidemiológico N° 26: 412-413.

Rodríguez Zepeda, Jesús. (2006) “Una idea teórica de la no discriminación”, en De la Torre Martínez, Carlos. (Coordinador). Derecho a la no Discriminación, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Rubio Correa, Marcial (1999): Estudios de la Constitución Política de 1993, Tomo II, Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Rubio Llorente, Francisco (2006): “Derechos fundamentales, derechos humanos y estado de derecho”, Fundamentos N° 04, Cuadernos monográficos de Teoría del Estado, Derecho Público e Historia Constitucional, España: Universidad de Oviedo: 205-233.

Salud Sexual y Reproductiva (2009): Plan estratégico nacional para la reducción de la mortalidad materna y perinatal 2009-2015, Lima: s/e (en línea)
www.bvsde.paho.org/texcom/cd045364/PlanEstrate09.pdf

Sánchez Agesta, Luis (1990): Principios de Teoría Política, Madrid: Revista de derecho privado.

Santa María D’angelo, Rafael (2011): “Los derechos sexuales y reproductivos: ¿Auxilio o afectación del matrimonio y la familia?”, en Revista de Investigación Jurídica IUS Volumen II: 1-15.

Santamaría Pastor, Juan Alfonso (2012): Los principios jurídicos del derecho administrativo, Madrid: La Ley.

Silva Rosales, Patricia (2004): “El género en la sociedad”, en Chávez Carapia, Julia del Carmen. (Coordinadora) Perspectiva de género, México: Escuela Nacional de Trabajo Social y Plaza y Valdez editores.

Sosa Sacio, Juan Manuel (2005) “Notas sobre el contenido constitucionalmente protegido de los derechos fundamentales”, Actualidad Jurídica N° 134: 146-149.

Vargas Pavez, Macarena, Casas Becerra, Lidia y Azócar Benavente, María José (2008): Mediación familiar y género. Informe elaborado para el Servicio Nacional de la Mujer y la Fundación de la Familia. Santiago: Cuadernos de Análisis Jurídicos. Publicación de la Universidad Diego Portales.

Villanueva Flores, Rocío (2009): Derecho a la salud, perspectiva de género y multiculturalismo, Lima: Palestra editores.