

XXXIV FORO «SALUD Y DESARROLLO»



RELACIONES ESTADO - IGLESIAS Y EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



AUSPICIO **FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS**

9 y 10 de Agosto de 2005

Auditorio del Cuerpo Médico del
Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins»

Primera Parte - 9 de Agosto de 2005

EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Bienvenida

DR. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS

Inauguración

DR. JOSÉ DEL CARMEN SARA
VICE MINISTRO DE SALUD

El derecho a la salud sexual y reproductiva
y los compromisos nacionales

DRA. RAQUEL HURTADO LA ROSA

Situación de los derechos sexuales y reproductivos
DRA. ROCÍO VILLANUEVA FLORES

Los retos en el mediano plazo en el derecho a la
salud sexual y reproductiva

DR. DANIEL ASPILCUETA GHO

Moderador

DR. ADOLFO PINEDO REÁTEGUI

— o —
BIENVENIDA

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS
Presidente de la Academia Peruana de Salud

Desde hace once años la Academia Peruana de Salud realiza los Foros «Salud y Desarrollo» a fin de promover la discusión académico profesional de excelencia en los temas seleccionados, y de difundir valiosos aportes y conclusiones en beneficio del país. El XXXIV Foro sobre las «Relaciones Estado-Iglesias y el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva» es organizado conjuntamente con INPPARES y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas, que agradecemos muy especialmente. Será complementado con la publicación del desarrollo del evento en nuestra Revista y de las conclusiones en un medio de circulación nacional.

La Constitución establece que son derechos fundamentales de la persona el derecho a la libertad de conciencia y de religión, y que nadie debe ser discriminado por este motivo. Dentro de un régimen de independencia y autonomía, el Estado reconoce a la Iglesia Católica como elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú, y le presta su colaboración. El Estado respeta otras confesiones y puede establecer formas de colaboración con ellas. Con estos enunciados la Constitución norma las relaciones del Estado y las iglesias, y garantiza el libre credo y el ejercicio del mismo.



Como es de conocimiento público, entre los años 2001 y 2003 ocurrieron en el Ministerio de Salud diversos hechos que afectaron estas relaciones y que es indispensable analizar. Conforme lo señalaron oportunamente numerosos líderes y lideresas de opinión, dos autoridades del sector -vinculadas públicamente a posiciones confesionales conservadoras- antepusieron reiteradamente sus creencias personales a la política de salud del gobierno.

En efecto, el programa de gobierno 2001-2006, difundido antes del correspondiente proceso electoral nacional y base de la urgente reforma de Salud, fijó como objetivo el acceso de todos a la salud. Para ello consideró, entre otras políticas:

1. Establecer -con la implementación de la estrategia de Atención Primaria de Salud y adecuado financiamiento- un seguro básico de salud que otorgue atención gratuita a la población en pobreza;

2. Abaratar las medicinas con un programa público de medicamentos genéricos de calidad garantizada;

3. Ejercer una efectiva rectoría del Ministerio de Salud; y,

4. Organizar el conjunto de recursos del sistema de salud, operando en forma coordinada y descentralizada.

Sin embargo, entre julio de 2001 y junio de 2003 el programa de gobierno estuvo muy lejos de tener prioridad en el despacho ministerial de Salud. Si bien se dio inicio al Seguro Integral de Salud fusionando dos seguros preexistentes, careció de un diseño moderno de aseguramiento y fue organizado con limitado alcance y escaso financiamiento. La Atención Primaria de Salud y el primer nivel de atención no fueron impulsados ni fortalecidos. El abaratamiento de los medicamentos no tuvo avances significativos, tampoco el acceso ni la garantía de calidad. La rectoría del Ministerio continuó siendo muy débil, especialmente en su relación con Essalud. Y aunque el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud fue creado por Ley N° 27813, su organización permaneció relegada y no se logró su operación descentralizada y coordinada, menos aún en los niveles regional, provincial y distrital, persistiendo hasta el presente la segmentación de instituciones.

Progresivamente se evidenció que el interés principal de las dos gestiones ministeriales 2001-2003, en vez de concentrarse en el programa publicado por el gobierno en el 2001, estuvo dirigido a una política abiertamente conservadora, contraria a la anticoncepción oral de emergencia y a los procedimientos sobre fertilización y embriones humanos, lo que ciertamente no figuraba en el mencionado programa. Esto se hizo más ostensible

en mayo de 2003 al darse a conocer un controvertido proyecto ministerial de modificación de la Ley General de Salud N° 26842, que -ante el rechazo que generó- tuvo que ser archivado.

Tan absurda interferencia en las políticas públicas no sólo privó de prioridad a las propuestas innovadoras del programa 2001-2006, sino que fue causante directa del abandono del proceso de desarrollo en salud al que se había comprometido el gobierno.

Pero no todo tuvo este penoso desenlace. Entre el 2003 y 2004 hubo una importante rectificación gubernamental y un episodio de saludable interrelación democrática que cabe reseñar. Como se recuerda, en julio de 2001 el gobierno de transición había incorporado la anticoncepción oral de emergencia (AOE) a las normas de planificación familiar mediante la Resolución Ministerial N° 399-2001-SA/DM. No obstante, apenas iniciado el gobierno 2001-2006 la aplicación de esta resolución fue soslayada por la autoridad conservadora de Salud, perjudicando y discriminando sin sustento válido a las usuarias de menores recursos de los servicios del Ministerio. Paradójicamente, esto no sucedió con las usuarias de mayores recursos, pues a partir de diciembre de 2001 la libre disponibilidad de la AOE fue autorizada por la DIGEMID en las farmacias privadas.

Frente a las innumerables protestas y -después de más de dos años- en setiembre de 2003 el gobierno dispuso que se analizaran de manera plural y objetiva los distintos aspectos que confluyen en la anticoncepción de emergencia. Para el efecto, por Resolución Suprema N° 007-2003-SA constituyó una comisión de alto nivel encargada de presentar un informe científico-médico y jurídico. Participaron catorce representantes del Estado y de connotadas instituciones, entre ellas la Conferencia Episcopal Peruana y la Pontificia Universidad Católica. La comisión concluyó su labor con dictámenes de mayoría y minoría, y en el 2004 -constitucional y democráticamente- la ministra de Salud Dra. Pilar Mazzetti, en digna y recordada decisión, aplicó el dictamen ampliamente mayoritario.

Por lo ocurrido en el sector Salud en los albores del siglo XXI y frente a la necesidad de construir la consolidación de nuestra democracia -proceso que

compromete a todos-, el objeto del XXXIV Foro «Salud y Desarrollo» con el tema «Relaciones Estado-Iglesias y el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva» es el análisis académico, social y político del papel del Estado Peruano y las iglesias en su interrelación; y, asimismo, la profundización del conocimiento y estudio de los derechos sexuales y reproductivos, teniendo como base los compromisos internacionales de Derechos Humanos asumidos por el Estado.

Nuestros foros durante los primeros años buscaron una difusión abierta y por ello fue usual tener trescientos o más asistentes, con elevada proporción de profesionales jóvenes y estudiantes. En esta segunda década institucional, recogiendo importantes sugerencias como la de don Jairo Palacio, los eventos -aunque con menor número- tienden a ser más representativos en la correspondiente temática, lo que se refleja en las discusiones y conclusiones, en significativos aportes y en su publicación, con mucha mayor repercusión nacional.

Esto responde a una modificación de estrategias y acciones para contribuir con gran decisión, a lograr cambios concretos en el país, a fin de avanzar en los ámbitos de salud, seguridad social y población. Un buen ejemplo es lo referido sobre la anticoncepción oral de emergencia y el apoyo que la Academia ha dado con los foros, pronunciamientos, publicaciones, declaraciones e inclusive en los poderes ejecutivo y legislativo. Y que seguirá brindando con firmeza.

Lo propio podemos decir en seguridad social. Luego de continua insistencia académica -con acciones de distinta índole documentadas en numerosas publicaciones- el seguro social de salud tiene por fin, después de 20 años, un estudio matemático actuarial realizado por OIT que lo orientará técnicamente y actualizará, y que muy pronto se dará a conocer.

De igual modo, en los próximos dos números de nuestra Revista -ahora semestrales y que

presentaremos en setiembre- aparecerán opiniones técnicas institucionales sobre ocho proyectos de Ley -ya remitidas al Congreso de la República y al Ministerio de Salud-, que tienen por objeto no sólo aportar en el perfeccionamiento de algunas iniciativas legislativas, sino también prevenir oportunamente del daño potencial de otras, que carecen de sustento válido y son contrarias a las necesidades y aspiraciones nacionales.

Finalmente, hemos preparado una propuesta de Bases para el Programa de Gobierno en Salud 2006-2011, como expresión de una institución preocupada por el desarrollo social que permanentemente dice su palabra al país, la cual publicaremos y ha sido ya distribuida a los partidos y grupos políticos.

Contribuyamos a que el nuevo gobierno signifique un periodo de mayor madurez, en el que legítimamente el país logre todo lo que sea factible. Es momento para aportar con intervenciones ilustradas y bien documentadas en el tema, con la calidad de las personalidades que participan en este foro. No olvidemos que nuestros ancestros fueron líderes del continente y si hoy ello no es posible pretender, por lo menos no sigamos aceptando continuar en los últimos lugares de América. Iniciemos el desarrollo, donde los profesionales tenemos un papel preponderante que cumplir.

Expresamos nuestro agradecimiento al señor viceministro de Salud Dr. José del Carmen Sara por su distinguida presencia, a los señores expositores, expertos y moderadores de reconocida trayectoria, al Cuerpo Médico del Hospital Nacional «Edgardo Rebagliati Martins» por el amable apoyo y al Comité Organizador del certamen que preside el Dr. Adolfo Pinedo Reátegui. Manifestamos a todos ustedes nuestra complacencia por tenerlos hoy conformando tan selecta concurrencia y les damos la más cordial bienvenida.

INAUGURACIÓN

Dr. JOSÉ DEL CARMEN SARA
Viceministro de Salud

Muy distinguida concurrencia: Sean mis primeras palabras de saludo de la ministra de Salud Dra. Pilar Mazzetti Soler, que no ha podido estar presente en este evento no obstante el interés que desde el inicio de su gestión y en general en su propio actuar, ha tenido por la importancia de salvaguardar los derechos de las personas y, en particular, los derechos de las mujeres de nuestro país, dentro de ellos sin duda, la salud sexual y reproductiva.

Cuan importante es poder traer a espacios como éste, temas de discusión que sin duda generan aportes como, en este caso, el que centra el XXXIV Foro «Salud y Desarrollo». Normalmente estamos poco acostumbrados a escuchar opiniones diferentes, particularmente cuando se trata de temas en los que existe algún tipo de enfoque distinto al que como personas nosotros podríamos tener.

Este es un hecho probablemente común a muchas naciones. Para nuestro país, en el tema de salud sexual y reproductiva ha tenido en los últimos años consecuencias que nos llevaron a dos extremos de aplicación, que ciertamente bien ha sido recordado por el Dr. Francisco Sánchez Moreno, y tendríamos que recordar también los excesos que en años anteriores se pudieron dar en un enfoque tal vez contrario, vulnerando los derechos de las mujeres con intervenciones de esterilización que no eran de su voluntad. Comete un error aquel funcionario público que olvida lo que es ser un servidor de la población y del Estado. El funcionario público tiene, por encima de lo que pudieran ser sus propias creencias, que reconocer que su principal deber es respetar el derecho de las personas, derecho que parte del uso de su libertad y ciertamente de la posibilidad de acceder a servicios de salud en todos los aspectos que la población merece.

En tal sentido, foros como éste -desde un espacio muy especial, el espacio académico, de discusión objetiva y alturada- generan propuestas que



permiten cautelar el ejercicio de la función pública y la obligación fundamental que como Estado se tiene, particularmente en temas de salud. Se puede aportar desde muchas áreas, creemos que hay mucho por hacer, sin duda la Academia tiene su espacio, el Estado tiene su espacio, las Iglesias tienen sus espacios, y es importante el tratar de hacer confluir acciones conjuntas que conlleven a lograr aquello que todos deseamos: una población saludable, que pueda ejercer su derecho libremente para tener acceso a aquello que necesita, como servicios de salud y medios para proteger su salud y de sus familias, acorde a sus expectativas.

Felicitemos realmente a la Academia Peruana de Salud por esta iniciativa, agradecemos a INPPARES y a UNFPA por su apoyo, y estamos seguros que las conclusiones del certamen constituirán un elemento fundamental para trazar el camino correcto, a fin de no perder de vista el importante equilibrio entre los derechos de las personas y lo que deben ser las políticas generadas a través del Estado. Por ello, con mucho agrado, inauguramos el XXXIV Foro «Salud y Desarrollo».

EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LOS COMPROMISOS NACIONALES

Dra. RAQUEL HURTADO LA ROSA
Ministerio de Salud

El Derecho a la Salud

«Derecho a la salud no significa derecho a gozar de buena salud, ni tampoco que los gobiernos de países pobres tengan que establecer servicios de salud costosos para quienes no dispongan de recursos. Significa que los gobiernos y las autoridades públicas han de establecer políticas y planes de acción destinados a que todas las personas tengan acceso a la atención de salud en el plazo más breve posible. Lograr que eso ocurra es el reto al que tienen que hacer frente tanto la comunidad encargada de proteger los derechos humanos como los profesionales de la salud pública.» Mary Robinson, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos.

Cronología

- Constitución de la OMS (1946): El derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr (denominado «derecho» a la salud).
- Declaración de Alma-Ata (1978): se reiteró el derecho a la salud.
- Declaración Mundial de la Salud adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud (1998). Reafirmada en los instrumentos internacionales y regionales de DDHH.

Se reconoce como derecho humano:

EN EL SISTEMA UNIVERSAL

o **Declaración Universal de DDHH - DUDH** (1948):

Art. 25º «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.»



o **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales-PIDESC** (1966): Contiene el articulado más completo sobre el derecho a la salud de toda la legislación internacional relativa a los derechos humanos.

En el párrafo 1 del Art. 12º «Los Estados Partes reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental; y en el **párrafo 2**: se enumeran diversas medidas que «deberán adoptar los Estados Partes [...] a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho.»

o **Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial-CEDR** (1963):

Art. 5º «En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados Partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de (...) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.»

o **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer-CEDM (1979):**

Art. 12º «Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.»

Sin perjuicio de lo dispuesto en el párrafo 1 supr., los Estados Partes garantizarán a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, el parto y el periodo posterior al parto, proporcionando servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia.»

o **Convención de los Derechos del Niño-CDN (1989):**

Art. 24º «Los Estados Partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.»

EN EL SISTEMA AMERICANO

o **Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre (1948)**

Art. XI «Toda persona tiene derecho a que su salud sea preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad.»

o **Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador)-(1988):**

Art. 10º - Derecho a la Salud «Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. En el **párrafo 2:** Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados Partes se comprometen a

reconocer a la salud como un bien público y particularmente adoptar las siguientes medidas para garantizar ese derecho: [...].

Igualmente está reconocido en diversos instrumentos regionales de derechos humanos:

Carta Social Europea (1961), en su forma revisada, la **Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (1981)**.

Asimismo, el derecho a la salud ha sido proclamado por la **Comisión de Derechos Humanos** y tratado más a fondo en la **Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)**.

En la citada observación se reconoce que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos...

La interpretación más autorizada del derecho a la salud es la que figura en el **artículo 12 del PIDESC**, que ha sido ratificado por 145 países (hasta 2002). En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos Sociales y Culturales, encargado de supervisar la aplicación del Pacto, adoptó una Observación General (14) sobre el derecho a la salud. Las observaciones generales sirven para aclarar la naturaleza y el contenido de los derechos individuales y las obligaciones de los Estados Partes (de aquéllos que han ratificado los instrumentos correspondientes). En la citada observación se reconoce que el derecho a la salud está estrechamente vinculado con otros derechos -y depende de su realización-, en particular el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la participación, al disfrute de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones, a la vida, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, al acceso a la información y a la libertad de asociación, reunión y circulación.

Además el Comité interpreta el derecho a la salud como **un derecho inclusivo**, que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada, sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo

y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Componentes esenciales del Derecho a la Salud

La Observación General N° 14 del CDESC establece cuatro criterios con respecto a los cuales se puede evaluar el respeto del derecho a la salud:

o **Disponibilidad:** referida al número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas. Esos servicios deberán incluir determinantes básicos de la salud, como agua segura y condiciones sanitarias adecuadas, hospitales, clínicas y demás establecimientos relacionados con la salud, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, así como los medicamentos esenciales definidos en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.

o **Accesibilidad:** es decir que los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos, en la jurisdicción del Estado Parte, considerando las siguientes dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, económica y acceso a la información.

o **Aceptabilidad:** referida al respeto a la ética médica, la confidencialidad, culturalmente apropiadas y que consideren la perspectiva de género y el ciclo vital; y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud.

o **Calidad:** significa personal de salud capacitado, medicamentos y equipamiento científicamente aprobados y en buen estado, agua segura y condiciones sanitarias adecuadas.

Contenido esencial mínimo

La supr. nota 10, párrafo 43, de la Observación General 14 CDESC, establece un contenido esencial mínimo positivo sobre el derecho a la salud que los Estados Partes están obligados a cumplir, más allá de lo limitado de sus recursos:

- Asegurar el acceso a las instalaciones de salud, bienes y servicios desde una perspectiva no discriminatoria, especialmente para los grupos vulnerables o marginados;

- Asegurar el acceso a los alimentos suficientes y adecuados en cuanto a nutrición y seguridad, de modo de garantizar a todos la libertad de no padecer hambre;

- Asegurar el acceso al refugio básico, vivienda, desagüe y un adecuado suministro de agua segura;

- Brindar medicamentos esenciales, conforme los define el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS;

- Asegurar la distribución equitativa de todas las instalaciones de salud, bienes y servicios;

- Implementar una estrategia nacional para la salud pública y un plan de acción basado en evidencia epidemiológica que aborde los problemas de salud de toda la población.

Obligaciones de prioridad comparable a las establecidas en el contenido esencial mínimo

La supr. nota 10, párrafo 44 de la OG 14 CDESC, establece que las obligaciones de prioridad comparable a aquéllas establecidas en el contenido esencial mínimo, incluyen:

- Asegurar atención de salud reproductiva, materna (pre-natal y post-natal) e infantil.

- Prever inmunización contra las principales enfermedades infecciosas de la comunidad.

- Tomar medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades epidémicas y endémicas.

- Proveer educación y acceso a la información relativa a los principales problemas de salud de la comunidad, incluyendo métodos para prevenirlos y controlarlos.

- Proveer capacitación adecuada para el personal de salud, incluyendo educación sobre derechos humanos y salud.

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Reproductivos reconocen el derecho básico de todas las parejas e individuos:

- ✓ a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos;

- ✓ 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.

Los Derechos Sexuales implican:

- ✓ la posibilidad de elegir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales;
- ✓ el derecho a la opción sexual;
- ✓ el reconocimiento del placer sexual, incluyendo el autoerotismo.
- ✓ Los derechos sexuales se basan en la autonomía de la persona respecto de su cuerpo y sexualidad.

Desde la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994**, se reconoce que «los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales de derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas, aprobados por consenso.» Esta misma conferencia declara que los derechos sexuales y 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 momento de tenerlos, y a disponer de la información y de los medios necesarios para ello, y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.»

En 1995, **la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, realizada en Beijing**, reconoce lo dispuesto en la plataforma de El Cairo y que «...los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva y a decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia».

Los Derechos Humanos involucrados en la salud sexual y reproductiva son:

- ✓ Derecho a la vida, libertad y seguridad;
- ✓ Derecho a no ser sometido a tortura u otros tratos inhumanos;
- ✓ Derecho a estar libre de discriminación por género;

- ✓ Derecho a cambiar costumbres que discriminan contra la mujer;
- ✓ Derecho a la salud, salud reproductiva y planificación familiar;
- ✓ Derecho a la privacidad;
- ✓ Derecho al matrimonio y a fundar una familia;
- ✓ Derecho a decidir el número e intervalo de hijos;
- ✓ Derecho a estar libre de asalto y explotación sexual;
- ✓ Derecho a gozar del progreso científico.

La mortalidad materna

La situación de la mortalidad materna en nuestro país es una excelente radiografía de la injusticia social, de la inequidad de género y de la falta de competencia cultural para responder al derecho de la salud de las mujeres más pobres, rurales e indígenas del Perú.

Es decir, una mujer valorada en su entorno familiar tiene mayor probabilidad de asistir a un servicio de salud en forma oportuna y por lo tanto de proteger su vida.

El enfoque de género

La implementación de una estrategia centrada en torno a la emergencia obstétrica aún depende del estatus de la mujer en la sociedad. La mortalidad materna está íntimamente relacionada a este estatus, pero de una manera diferente que casi cualquier otro problema de salud, donde muchos aspectos de la salud precaria de las mujeres, por ejemplo deficiencias nutricionales y daños ocupacionales, pueden referirse a la baja posición en la casa y la sociedad, de tal manera que si hay mejoras en esos factores sociales se puede esperar que tengan un efecto directo en la salud de las mujeres. En el caso de mortalidad materna los habituales índices del estatus de la mujer (nutrición, educación) parecen tener poca asociación con la incidencia de complicaciones obstétricas.

Para Anderson¹ el determinar qué mata a una mujer es un problema académico importante, que tiene implicancias muy grandes para lo que serán las intervenciones. La autora señala que se debe tomar en cuenta la valoración de la mujer en su entorno (en la familia; la posibilidad de comandar los recursos de la familia; mano de obra y dinero; conocimientos técnicos, etc.) Es decir, una mujer valorada en su entorno familiar tiene mayor probabilidad de asistir a un servicio de salud en forma oportuna y por lo tanto de proteger su vida.

Entre los factores condicionantes de la mortalidad materna se encuentra el acceso limitado de las mujeres a la asistencia médica. Al respecto, Thaddeus y Maine² señalan que existen tres demoras para ser atendida: la decisión de buscar atención; la identificación de la atención y la atención apropiada o adecuada del centro. Luego esas demoras se reflejan en la satisfacción por el tratamiento y en la satisfacción por el servicio, en la percepción de calidad.

Respecto a la accesibilidad a los servicios de salud, algo sumamente importante es que en las mujeres más bien existe una falta de autonomía para la toma de decisiones, se retarda la búsqueda de un servicio de salud al evaluar los gastos que representará la atención médica para la economía familiar, ya que con frecuencia las decisiones en los momentos más críticos de las emergencias obstétricas son tomadas por los varones: pareja, esposo o hijo, o inclusive por la suegra. Unido esto a que la experiencia de la comunidad ha comprobado que en los servicios de salud la gente se muere y que muchas mujeres embarazadas se han muerto, entonces tanto los varones como las mujeres tienen gran desconfianza y prefieren ambos que la muerte se produzca en la casa.

Otro tema a resaltar es el problema de la competencia del personal de salud, ya que no sólo se busca atención oportuna, sino que sea técnicamente efectiva y este tema tiene que ver con variables sociales asociadas también a la desigualdad de género. Existe una subvaloración de los problemas de salud de la mujer como parte de una cultura del silencio, que se traduce en la baja calidad de atención que brindan los prestadores de salud a las gestantes, parturientas y puérperas. Estas atenciones se caracterizan por ser autoritarias, prejuiciosas y por enmarcarse dentro de un modelo tradicional biomédico.

Por lo tanto podemos concluir que la situación de la mortalidad materna en nuestro país es una excelente radiografía de la injusticia social, de la inequidad de género y de la falta de competencia cultural para responder al derecho a la salud de las mujeres más pobres, rurales e indígenas del Perú.

Algunas de las iniciativas que pueden enfrentar esta situación y contribuir en el objetivo y compromisos³ asumidos de la reducción de la mortalidad materna en el país son:

- ✓ Mejorar la capacidad de los establecimientos de salud pública para la atención de las complicaciones obstétricas (Ej. Tasa de cesárea mayor de 5%).
- ✓ Uso de indicadores de proceso (Tasa de cesárea, tasa de letalidad).
- ✓ Estrategias de promoción de la demanda de servicios, siempre y cuando se garantice la capacidad resolutoria de los establecimientos de salud pública.

— o —

¹ ANDERSON, J. (1999). ¿Qué sabemos sobre la distribución de la mortalidad materna en el Perú, sus causas y su prevención. Population Council. Comentarios desde la perspectiva social. Lima-Perú

² THADEUS S. and MAINE D. (1994) Too far to walk: Maternal Mortality in context.

³ Objetivos y Metas del Milenio: Objetivo 5: mejorar la salud materna. Objetivo 6: reducir entre 1990 y el 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes.

SITUACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Dra. ROCÍO VILLANUEVA FLORES
Defensoría del Pueblo

Quiero empezar esta intervención agradeciendo a la Academia Peruana de Salud y a INPPARES por la invitación a tratar el tema de la situación de los derechos sexuales y reproductivos. En esta intervención trataré de manera muy breve, temas que me parecen centrales; el primero, hacer referencia a ¿por qué son importantes los derechos sexuales y reproductivos?; el segundo, ¿cuál ha sido la actuación de la Defensoría del Pueblo en materia de derechos reproductivos?; y en tercer lugar, ¿cuál es la situación actual de los derechos sexuales y reproductivos a la luz de lo que han dicho las principales cortes en América Latina?

¿Por qué son importantes los derechos reproductivos? Porque si bien en ocasiones los derechos de las mujeres son violados de la misma manera que los derechos de los hombres, en otras ocasiones los derechos de las mujeres son violados de manera distinta a los derechos de los hombres, y estas formas de violaciones específicas a los derechos de las mujeres tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, que son precisamente el ámbito de protección de los derechos sexuales y reproductivos. Esto hay que tenerlo en cuenta, porque por lo menos somos conscientes que son derechos diferentes, y creo que si hay algo que distinguir es la actividad sexual de la actividad reproductiva; por eso es que quería empezar esta intervención haciendo hincapié en que son derechos distintos.

Retomando un poco las palabras de la Dra. Raquel Hurtado debo decir que los derechos reproductivos según la definición establecida en el Programa de Acción de El Cairo son aquéllos que permiten el acceso a métodos anticonceptivos, la capacidad que tenemos las personas de decidir cuándo y cuántos hijos tener y el derecho a tener el más alto nivel de salud sexual y reproductiva. A esta lista se suele agregar la atención del embarazo y el parto de las mujeres, las técnicas de reproducción asistida y una materia mucho más polémica: el



derecho a acceder a la interrupción del embarazo en determinadas circunstancias. Los derechos sexuales, por otro lado, protegen el ámbito de la sexualidad y eso quiere decir en síntesis tener control sobre la sexualidad, lo que permite proteger la identidad sexual, la elección de pareja, la opción sexual y erradicar las prácticas de violación sexual y de relaciones sexuales forzadas, y de esta forma protegen también la actividad sexual no procreativa y la actividad homosexual.

¿Cuál ha sido la actuación de la Defensoría del Pueblo en materia de derechos reproductivos? La Defensoría supervisa los servicios de planificación familiar del Estado desde 1997. Nuestro primer informe en materia de planificación familiar fue en 1998 y en este momento tenemos cinco informes defensoriales, todos ellos publicados en la página web de la Defensoría del Pueblo, lo que nos ha permitido supervisar las políticas de planificación familiar desde el gobierno de Alberto Fujimori hasta la gestión actual. En la Defensoría numeramos los informes y los que corresponden a estos temas son el informe siete de 1998 con nueve quejas, el informe 27 de 1999 con 57 quejas, el informe 69 de 2002 con 773 quejas, el informe 76 de 2003 exclusivamente referido a la anticoncepción oral de emergencia, y el

informe 90 de febrero pasado con aproximadamente 334 quejas. Haré referencia solamente a los tres últimos informes.

El informe 69 del 2002 tuvo 773 quejas y supervisó las primeras dos gestiones del Ministerio de Salud del actual gobierno. Identificó desabastecimiento de métodos anticonceptivos en los servicios de planificación familiar y además cobros indebidos a las mujeres, a las que se multaba si es que no habían acudido a los controles prenatales y porque no habían dado a luz en los establecimientos de salud del Estado. Cuando la mujer iba a pedir el certificado del nacido vivo le decían «usted tiene que pagar su multa», y nosotros identificamos un centro de salud en Turpo, en la zona más alta de Ayacucho, donde cobraban 10 soles por certificado de nacido vivo, si es que la mujer había tenido el parto en su casa y no había acudido al centro de salud.

Dirigimos una carta al entonces ministro de Salud Dr. Fernando Carbone señalándole los problemas que habíamos identificado y recibimos como respuesta una amenaza de que íbamos a ser denunciados por haber cometido abuso de autoridad, porque según el ministro no podíamos emitir recomendaciones que tuvieran que ver con la dirección del programa de Planificación Familiar. Además, en relación a las multas señaló que las mujeres que tuvieran algún tipo de queja en relación a las multas o el certificado de nacido vivo, que podían llamar a un teléfono de Infosalud en el Ministerio a plantear su queja.

Evidentemente nosotros contestamos que a pesar de la amenaza seguiríamos supervisando el programa de Planificación Familiar, recordándole al ministro que las mujeres más pobres del país que viven en las zonas más altas de los Andes ni siquiera saben que existe Infosalud, no tienen teléfono, ni siquiera tienen un sol para la llamada telefónica porque probablemente lo utilicen en comer. La mejor manera de solucionar estos temas era adoptando medidas y no diciendo que había que llamar a un teléfono y que además el decía que era gratuito pero que no funcionaba. En aquel momento el ministro Carbone señaló además que tampoco en la Defensoría del Pueblo podíamos utilizar la palabra género ni las palabras derechos reproductivos. Por supuesto en la Defensoría del Pueblo seguimos supervisando

los programas de Planificación Familiar y sin lugar a dudas utilizando las palabras género y derechos reproductivos.

El informe 76 que publicamos el 2003 estuvo exclusivamente vinculado a la anticoncepción oral de emergencia. A través de ese informe la Defensoría recomendó al Ministerio de Salud que distribuyera la anticoncepción oral de emergencia. Explicamos por qué no era un método que vulneraba principios constitucionales, pero sobre todo, incidimos en que era absolutamente discriminatorio que los anticonceptivos orales de emergencia, que durante la gestión del ministro Solari había sido autorizado que se vendieran en las farmacias, no estaba al alcance de las mujeres más pobres en los servicios públicos.

El último informe que hemos publicado ha sido el informe 90 en febrero de este año con 334 quejas. ¿Cuáles son los problemas que identificamos? Seguían existiendo problemas de desabastecimiento de los métodos anticonceptivos y no se había distribuido los anticonceptivos orales de emergencia. Identificamos un problema que tenía que ver con las mujeres gestantes pobres y en extrema pobreza que ingresan al plan C del Seguro Integral de Salud (SIS), a las que se les exige un requisito que no se exige a otros beneficiarios, que es pagar un examen en virtud del cual se certifica que están embarazadas.

Ahora venimos trabajando con el Ministerio de Salud y esa es la gran diferencia con las gestiones anteriores. Hemos podido entablar relaciones de coordinación para mejorar y solucionar los problemas que hemos identificado, porque la labor de la Defensoría del Pueblo cuando identifica problemas no es molestar a la entidad del Estado supervisada, sino contribuir a que la actuación del Estado sea mejor, identificamos los problemas y además, como siempre solemos hacer, emitimos recomendaciones para solucionarlos.

¿Cuál es la situación de los derechos sexuales y reproductivos a través de las sentencias de las principales cortes en América Latina? Es frecuente el cuestionamiento a quienes trabajamos estos temas, que se hace desde una posición que en mi opinión muchas veces tiene como base la desinformación. Estos temas que tienen que ver con los derechos sexuales y reproductivos han sido debatidos por las Cortes Supremas y los Tribunales Constitucionales

en América Latina y creo que el balance de los resultados del análisis hecho es estupendo.

En materia de derechos reproductivos, de manera anecdótica, señalamos que el Tribunal Constitucional del Perú en 1997 se pronunció sobre la constitucionalidad de la ley que modificó la Ley de Población, derogando el artículo que prohibía la esterilización como método anticonceptivo; de tal manera que a partir de esa modificación la única prohibición que hay en el Perú es el aborto como método de planificación familiar.

Pero como a partir de esta modificación se permite hoy que hombres y mujeres podamos tomar la decisión de esterilizarnos, treinta congresistas presentaron una demanda de inconstitucionalidad porque consideraban que era inconstitucional que hombres y mujeres tomáramos esa decisión. En esa sentencia nuestro Tribunal Constitucional señaló que la esterilización no podía ser un método de planificación familiar, porque quien esterilizaba ya no podía espaciar el número de hijos; como la decisión era irreversible el Tribunal Constitucional dijo que el espaciamiento era siempre y cuando fueran cada dos años, y si el método era definitivo eso ya no se podía entender como espaciamiento, así que por lo tanto no debería utilizarse. Por cuestiones legales la demanda fue declarada improcedente y no un pronunciamiento sobre el fondo. No obstante esta sentencia, las ligaduras de trompas siguieron realizándose en el Perú.

Lo que parece más polémico en materia de derechos reproductivos es el tema de la despenalización del aborto. Existe jurisprudencia en diversos países de América Latina como Colombia, México y Argentina, que son las sentencias más recientes, todas ellas del 2001. Lo que han dicho las Cortes Supremas o Constitucionales en materia de despenalización del aborto, es que es constitucional que en algunos casos la mujer aborte. Cuando ha sido víctima de violación sexual o cuando el aborto es eugenésico, una mujer no puede ser penalizada y quiero remarcarlo, porque los sistemas jurídicos tienden a penalizar y no se tiene en cuenta que en otros países las cortes han declarado que es constitucional.

En el tema de derechos reproductivos otra sentencia muy polémica es una que expidió la Corte

Suprema de Costa Rica el 2000 en materia de técnicas de reproducción asistida. Declaró que una disposición bastante conservadora era inconstitucional; sin embargo el Estado costarricense ha sido denunciado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos porque se considera que esta sentencia vulnera sus normas y es un tema pendiente que violaría los derechos de las personas reconocidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Sin embargo, quizás la jurisprudencia más interesante es la que existe en materia de derechos sexuales, y uno se preguntaría con ocasión de qué las Cortes Constitucionales o las Cortes Supremas han opinado en materia de derechos sexuales y la jurisprudencia más abundante tiene que ver con el derecho a las relaciones sexuales de las personas privadas de libertad. Es a propósito del ejercicio de este derecho que tanto en Colombia como en Costa Rica, los máximos interpretes de la constitución han señalado que el derecho a la sexualidad forma parte de la vida privada y el derecho al libre desarrollo de la personalidad que consagran los distintos textos constitucionales en América Latina.

En materia de derechos sexuales nuestro Tribunal Constitucional tampoco se ha quedado atrás, ya que en febrero de este año resolvió el caso de un suboficial de policía que fue expulsado porque tenía una pareja del mismo sexo. Pero este señor acude al Tribunal Constitucional, el cual se pronuncia por la no justificación de la expulsión y ordena que sea reincorporado, porque la sexualidad está protegida por el libre desarrollo de la personalidad, por el derecho a la intimidad y por la dignidad personal; tres derechos que nuestra carta política reconoce. En este fallo nuestro Tribunal Constitucional reconoce que las personas tenemos derecho a optar por la forma de relacionamiento sexual que decidamos.

He querido hacer referencia a este tema porque existe la idea equivocada de que no se debe utilizar el término género y los términos derechos sexuales y reproductivos para evitar proteger conductas homosexuales. Estos ámbitos están constitucionalmente reconocidos a través del artículo sexto de la Constitución y a través de los derechos del libre desarrollo de la personalidad, de la dignidad y de la intimidad personal.

LOS RETOS EN EL MEDIANO PLAZO EN EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dr. DANIEL ASPILCUETA GHO
Director de INPPARES

Agradezco la invitación de la Academia Peruana de Salud para exponer ideas y conceptos acerca de lo que está ocurriendo en el Perú en el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Esta es una valiosa oportunidad para revisar datos recientes y analizar las tendencias, lo que nos mostrará los grandes retos que debemos asumir en el mediano y largo plazo. Para empezar debemos dar un vistazo a cómo estamos actualmente en el Perú del 2005.

1. El proceso de rápida urbanización. Las ciudades siguen creciendo y en las zonas rurales vive proporcionalmente un menor porcentaje de población. Las condiciones de pobreza extrema, de marginación y de falta de oportunidades son los principales factores que empujan una migración hacia las ciudades, a pesar de que tiene alta fecundidad.

2. La fecundidad sigue disminuyendo; pero se tienen más hijos que los deseados.¹ En 1986 el promedio nacional era 4,3 hijos por mujer, en el 2000 fue 2,9 y el 2004 2,4 hijos por mujer. Esto se contrasta si miramos lo urbano y rural; para el 2004 la fecundidad rural fue de 3,6 y la urbana de 2,0. A fin de mostrar más dramáticamente las diferencias debemos ver la brecha entre el número ideal de hijos y el número real, lo que continúa siendo una de las expresiones de la mayor inequidad social que sufren los pobres en el Perú. El promedio nacional de la fecundidad deseada para el 2004 es 1,9 y la observada 2,4 hijos. Mientras las que no tienen educación -que son las más pobres- desean tener 3,2 hijos y tienen 4,2. Esto no puede ser aceptable en un Estado democrático, respetuoso de los derechos.

3. Población adolescente y joven. Tenemos un gigantesco grupo en edad adolescente y joven, que representa el 30% de la población entre los 15 y 25 años con inicio sexual cada vez más precoz; por



ello a nivel nacional el 13% de las adolescentes son madres o están embarazadas.

4. Deficiente y disminuida condición de la mujer. La situación de la mujer no ha mejorado substancialmente; en comparación con la situación del hombre es evidente que ellas tienen menor escolaridad, menor acceso a los recursos económicos y menor poder político.

5. Inequidad de género expresada en limitado acceso a recursos educativos y económicos. Esto es evidente, está bien documentado y es prioritario su cambio.

6. La educación sexual no es prioritaria. En la enseñanza primaria, secundaria, en el currículo, en los esfuerzos del sector, la prevención en salud y la educación en sexualidad no sólo no es prioritaria, sino que no hay evidencia de un genuino interés del sector para que esto cambie, a pesar de los constantes casos de abuso sexual, del creciente embarazo adolescente y de la violencia contra la mujer.

7. Planificación familiar con baja prioridad. Después de atacar el programa de esterilización realizada con defectos por el gobierno de Fujimori, desde el 2001 al 2003 se paralizaron los esfuerzos

¹ INEI. Endes 1986, Endes 2000 y Endes 2004

programáticos gubernamentales; además se restringió el acceso a métodos modernos. En los recientes 14 meses se evidencia un creciente esfuerzo por recuperar los espacios perdidos; pero la planificación familiar no tiene prioridad en los políticos, a pesar de las demandas populares en este campo.

8. Creciente oferta y demanda de «tratamiento del atraso menstrual». Como consecuencia de una menor oferta de métodos modernos por el MINSA (que de acuerdo a la Endes 2000 era la principal fuente de abastecimiento, cerca del 78 %) lo que se esperaría es que la fecundidad aumente, pero lo que ha ocurrido es que se resolvió de otra manera. Se incrementó el número de abortos inducidos, lo que es una gran paradoja. La mayor evidencia de esto es la creciente oferta (por avisos en periódicos baratos y populares), del tratamiento del atraso menstrual.

Las estadísticas son claras, el 35% de los infectados de VIH/SIDA son menores de 25 años, y en la selva el 29% de los menores de 19 son madres o están embarazadas;...

9. Pobreza 25% y extrema pobreza 25%. Se estima que el 50% de la población está en pobreza y en pobreza extrema, una dramática situación que es la expresión de las inequidades. Se nos ha informado que ella se ha reducido discretamente, en particular en sectores extremadamente pobres y en zonas apartadas geográficas.

Dada la importancia de la juventud en el Perú actual, debemos destacar situaciones que son relevantes en este análisis.

Los jóvenes, las jóvenes y la salud sexual

La población que se encuentra entre 10 y 24 años, representando el 35% de la población total, es de aproximadamente 8,1 millones de personas. Nunca antes tuvimos tantos jóvenes y atender sus necesidades es todo un desafío. Debemos atender su educación, salud, nutrición, y sexualidad. Según la Endes cerca del 39% de las mujeres ya tuvo su primera relación sexual a los 18 años, subiendo al 70% a los 22 años. En el caso de los hombres cerca del 60% de ellos ya tuvo su primera relación sexual a los 18 años, llegando al 85% a los 22 años. Esto puede significar carencias en educación sexual y

coitos no protegidos, riesgo incrementado de infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados, no planeados.

Las estadísticas son claras, el 35% de los infectados de VIH/SIDA son menores de 25 años, y en la selva el 29% de los menores de 19 son madres o están embarazadas; entre el 30% y 35% de los partos son en menores de 22 años. Los jóvenes son un grupo vulnerable, en particular los que viven en pobreza. Son ellos quienes sufren proporcionalmente mayor índice de embarazos e infecciones. Esto se está convirtiendo en un grave problema de salud pública.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994 constituyó un hito en este campo, así como en la historia de los derechos de la mujer. Esta conferencia adoptó un Programa de Acción para los siguientes 20 años en las áreas de población, género, salud y derechos reproductivos. En esta conferencia se reconoció a la población como el recurso más valioso de toda nación.

A medida que crece la población, aumenta la demanda de servicios sociales de calidad que deben ser promovidos y brindados por el Estado y el sector privado. Los países en desarrollo como el nuestro enfrentan además el reto de superar la pobreza, requisito indispensable para lograr un desarrollo sostenible. El Perú asistió y se comprometió a apoyar el Plan de Acción de esta conferencia.

La Cumbre del Milenio, como se ha denominado al encuentro de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en septiembre de 2000 en Nueva York, dio origen a la Declaración del Milenio. Ella define, para las próximas décadas, un conjunto de objetivos y metas de desarrollo en cuyo cumplimiento se comprometieron a participar activamente los gobernantes de todo el mundo. La igualdad de género encuentra un espacio en la Declaración del Milenio y se la plantea como un objetivo específico. También en ella se reconoce que la igualdad de género no es sólo un objetivo por derecho propio de las mujeres, sino que desempeña un rol fundamental para alcanzar todos los demás objetivos.

La Declaración del Milenio abarca «un gran número de compromisos concretos cuyo objetivo general es mejorar la suerte de la humanidad en el nuevo siglo».

La definición de sus objetivos específicos corresponde a una síntesis de los principales problemas sociales que afectan a gran parte de la población que vive en países en desarrollo y que ya han sido objeto de preocupación de otras conferencias y cumbres internacionales realizadas durante la década del noventa. La mayor parte de los planes de acción necesarios para alcanzar esos objetivos ya han sido elaborados y aprobados por los Estados Miembros, a veces a título individual y a veces conjuntamente, en el marco de organizaciones y conferencias internacionales.

Los Objetivos del Milenio

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la autonomía de las mujeres y la equidad de género.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una sociedad mundial para el desarrollo.

Cumplir con estos acuerdos se transforma en retos nacionales:

- Avanzar con los compromisos internacionales: CIPD/Cairo, y las Metas del Milenio.
- Incorporarlos en la agenda política y social
- Tomar en un compromiso explícito, medible y por lo tanto socialmente controlable y factible.
- Reducir los promedios nacionales de pobreza multidimensional pero logrando un país regionalmente equitativo, más homogéneo.

Si queremos avanzar tenemos que entender que el no atender estas demandas sociales mantendrá situaciones negativas, que principalmente afectan la familia y la salud de la mujer. Los compromisos deben ser tangibles, medibles, evaluables, posibles, por tanto realizables, que traigan beneficio para

quienes deben ser los beneficiarios o las beneficiarias.

En el Perú del 2005, cada día:

- 2.096 mujeres quedan embarazadas, de éstas,
- 813 son embarazos no deseados
- 314 mujeres sufren complicaciones obstétricas
- 94 son abortos incompletos atendidos en el sistema de salud, y
- 2 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

En los últimos 40 años, la razón de muerte materna (MM) ha disminuido en un 46%, de 400/100.000 n.v. en 1960 a 185/100.000 n.v. en el 2000 (ENDES).

Revisando con más detalle las metas del milenio y su relación con la salud sexual y reproductiva veremos lo siguiente:

Meta 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta universal: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas con ingreso inferior a un dólar diario.

Meta universal: Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padecen hambre.

Meta 2. Lograr la enseñanza primaria universal

Meta universal: Eliminar las desigualdades en educación primaria y secundaria, entre los géneros, preferiblemente para el 2005, y en todos los niveles antes del fin de 2015.

Meta 3. Promover la autonomía de las mujeres y la equidad de género

3.1. Violencia de género:

3.1.1 Medir cada 5 años, la magnitud y características de la violencia de pareja en el país y definir las metas anuales de reducción.

3.1.2 Implementar y mantener en operación una estrategia intersectorial de vigilancia en salud pública de la violencia intrafamiliar, específicamente de la violencia de pareja contra la mujer.

3.2. Mercado laboral:

Incorporar y mantener el seguimiento a la equidad de género en materia salarial y calidad del empleo.

3.3. Participación:

Incrementar por encima del 30% la participación de la mujer en los niveles decisorios de las diferentes ramas y órganos del poder público.

Meta 5. Mejorar la salud materna

Meta universal: Reducir entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

Meta nacional:

- Reducir la razón de mortalidad materna a 45 muertes por 100.000 nacidos vivos.
- Incrementar a 90% el porcentaje de mujeres con cuatro o más controles prenatales.
- Incrementar la atención institucional del parto a 95% y atención por personal calificado.
- Incrementar la prevalencia de uso de métodos modernos de anticoncepción.
- Reducir la tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino.

Meta 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Meta universal: Detener y comenzar a reducir para el 2015, la propagación de la epidemia del VIH/SIDA, la incidencia de paludismo y otras enfermedades graves.

Meta nacional:

- Mantener la prevalencia de infección por VIH por debajo del 1,2%, en la población de 15 a 49 años; reducir la mortalidad por VIH/SIDA en 20% durante el quinquenio 2005-2010.
- Reducir en 20% la incidencia de transmisión madre-hijo, en comparación con el quinquenio 2000-2005.
- Aumentar en 30 puntos porcentuales la cobertura de terapia antirretroviral a las personas que la requieran.
- Reducir la incidencia y mortalidad por malaria.
- Reducir en 80% los casos de mortalidad por dengue.

Este análisis, que intenta mostrar el estado de la salud, los problemas de salud y educación para la salud, y los compromisos internacionales, en especial los relacionados con la salud sexual y reproductiva, incluyendo las Metas del Milenio de Naciones Unidas, nos lleva a los retos siguientes:

Los Retos en el Mediano Plazo

Reto 1: Ejecutar compromisos del Programa de Acción CIPD/Cairo y Metas del Milenio

Seguir creando las condiciones propicias:

- Reducción y eliminación de la pobreza
- Educación universal con énfasis en niñas y niños
- Equidad entre los géneros
- Acceso amplio a la educación sexual
- Varones involucrados y comprometidos.

Buscar un cambio social mejorando a la población, requerimos más peruanos y peruanas con el mejor nivel educativo, con las mejores habilidades para enfrentar un mundo competitivo. Una sociedad más equitativa, con igualdad de oportunidades, con varones comprometidos para apoyar su familia, su pareja, con roles positivos y no violentos.

Reto 2: Apoyar implementación del Programa de Acción y Metas del Milenio

Atendiendo las necesidades:

- Maternidad saludable y segura: educación, nutrición, control prenatal, asistencia profesional del parto, emergencias obstétricas, post parto, recién nacido, lactancia, planificación familiar post parto.
- Reducir la brecha entre fecundidad deseada y fecundidad real.
- Prevención del aborto y atención integral del aborto incompleto.

Para poder reducir la muerte materna, que es una de las más altas de América, se debe promover la maternidad segura, que incluye educación, adecuada nutrición, adecuado control prenatal, atención profesional de parto, con capacidad resolutoria de los centros correspondientes. Las emergencias obstétricas deben ser atendidas a

tiempo, con los elementos capaces de resolver esa grave situación. Promover la lactancia, y con el método de planificación familiar que decida la mujer, espaciar saludablemente sus embarazos.

Reto 3: Apoyar implementación del Programa de Acción y Metas del Milenio

- Prevención de ITS: La incidencia de ITS es elevada, siendo más vulnerables las mujeres y jóvenes. Acceso a información para su prevención, diagnóstico, tratamiento y protección. Tratamiento de infertilidad posterior.
- Luchar contra la pandemia del VIH/SIDA: El número de casos crece rápidamente. Se debe eliminar la discriminación a infectados, acceso a terapia antirretroviral, promoción de comportamientos seguros, acceso al condón y educación para su prevención.

Reto 4: Programas para jóvenes, atendiendo y respetando sus necesidades

- Orientación sobre las relaciones entre los sexos. Prevención de la violencia y del embarazo indeseado.
- Prevención y tratamiento del abuso sexual.
- Promoción de sexualidad responsable.
- Salvaguardar sus derechos: a la intimidad, confidencialidad, respeto y consentimiento.
- Participación en diseño, ejecución y evaluación de los programas.

Los y las jóvenes son un importante grupo con necesidades; y deben ser parte del diseño y funcionamiento de los programas. Ellos tienen derechos y una sexualidad responsable, con prevención de problemas como abuso, violencia, embarazo e infecciones, que deben ser los principales objetivos.

Reto 5: Asegurar abastecimiento y programas para sectores más pobres

- El sector público es la principal fuente de abastecimiento y servicios de SS y SR.
- Los costos de métodos son crecientes y su financiamiento debe presupuestarse adecuadamente.

El abastecimiento de anticonceptivos no está seguro, más del 60% lo distribuye el sector gubernamental (MINSA y ESSALUD) gratuitamente; sólo si está en el presupuesto y se ejecutan una serie de decisiones políticas, esto se mantendrá como una realidad. El mayor problema es que la cuenta es creciente, sea por crecimiento de la demanda por mayor cobertura (prevalencia) o por crecimiento poblacional. Desde el gobierno y el sector privado se deben hacer los mayores esfuerzos para asegurar el abastecimiento de los métodos, para poder atender las demandas en este campo. De no hacerlo, no va a subir la fecundidad, lo que va a incrementarse es la demanda por tratamientos del atraso menstrual. Esto ya lo vivimos hace unos años, cuando el MINSA no distribuyó métodos y la fecundidad siguió bajando.

Reto 6: Desarrollar programas con calidad y calidez

- Los proveedores de servicios preocupados por dar información completa, asegurando la libre decisión.
- Apoyo a una libre decisión informada, respetando sus convicciones y valores culturales.
- Uso de tecnología moderna en salud sexual y reproductiva.
- Profesionales capacitados, competentes y actualizados.

La calidad de servicios debe ser el eje de lo que hacemos; esto implica equipamiento, trato, conocimiento técnico, una actitud positiva hacia la población.

Reto 7: Incorporar al hombre en la salud sexual y reproductiva

- Promover su responsabilidad sexual y reproductiva.
- Promover el ejercicio de derechos sexuales y productivos.
- Promover roles positivos en la pareja y familia.
- Fortalecer conducta sexual saludable, segura, para reducir infecciones de transmisión sexual.

- Su participación debe ser activa en su salud y la de su pareja. No a la violencia.

El hombre debe ser un aliado en estos temas; existen una serie de modelos que están incorporando a los hombres, a fin de que asuman un rol positivo en la familia y en la sociedad. Para tener éxito en la lucha contra el SIDA, se tiene que trabajar activamente con hombres y mujeres. La violencia será menor.

Reto 8: Desarrollar una perspectiva ética frente a la salud sexual y reproductiva

- Promover el respeto a la autonomía personal y libre decisión.
- Los derechos sexuales y reproductivos deben ser considerados en la formulación de las políticas públicas y en la prestación de los servicios de SS y SR.
- Reconocer que una religión o grupo religioso no tiene derecho a imponer sus criterios, inclusive a quienes no practican esa creencia.

DISCUSIÓN

Dra. ROSA FALCONÍ SANDOVAL

¿La solución para disminuir el aborto sería tener un buen programa de planificación familiar además del respeto a los derechos reproductivos y a la sexualidad? El tema es complejo. En Europa y América del Norte no necesariamente tienen rigurosos programas de planificación familiar, pero sí tienen programas de educación y comunicación, pues con información sincera, honesta, correcta, no necesitan programas de planificación familiar. ¿Los programas de planificación familiar garantizan la disminución de abortos o necesitamos un buen programa de educación, que tiene mucho que ver con la persona y sus valores?

Dr. EMILIO OSORES MOSQUERA

Pregunto a los expositores su opinión crítica sobre los aspectos normativos y la capacidad resolutoria de los establecimientos.

Dra. ROCÍO VILLANUEVA

Con relación al aborto, precisamente ayer presentamos un libro de Aníbal Faúndes y José Barcelatto titulado *El Drama del Aborto*, que contesta la primera intervención. Se ha dicho que en todos los países hay muchos abortos y que en países donde no hay programas de planificación familiar, al parecer las personas planifican el número de hijos. En el libro que se presentó ayer, hay un cuadro en la página 179 que es muy ilustrativo y que señala que hay países, Holanda es un ejemplo, en que las normas que penalizan el aborto no son tan restrictivas como las nuestras, pero hay un índice

de aborto menor porque se cumplen dos condiciones: educación sexual y acceso a información y a métodos anticonceptivos. Este mismo libro pone el ejemplo de Estados Unidos, donde ha aumentado el número de abortos y pese a que las leyes que penalizan el aborto son menos restrictivas que las nuestras, tendría que ver con el hecho de que no hay adecuada información en materia de sexualidad.

En países más desarrollados pueden no existir programas de acceso gratuito a métodos anticonceptivos porque en general las personas tienen los recursos y la información para comprar métodos anticonceptivos. Qué pasa en el Perú y los demás países con menores recursos económicos: hay programas de planificación familiar. En el caso peruano con 52% de pobres según el mensaje presidencial, el Estado tiene que garantizar la distribución gratuita de métodos anticonceptivos. En síntesis, para combatir el aborto -que es algo que queremos todos y todas- es necesario que haya acceso e información de métodos anticonceptivos y educación sexual; así lo demuestran las cifras de aquellos países en los que se cumplen estos requisitos.

Con relación a los aspectos normativos, en general el reto que tenemos es hacer que la ley se cumpla y que la realidad se acerque a lo que dice la norma. Por ejemplo, en materia de ligadura de trompas, una de nuestras principales preocupaciones es que se recalifique a los centros de salud, porque tenemos que garantizar que este tipo de intervenciones se lleve a cabo con condiciones sanitarias adecuadas.

Dra. RAQUEL HURTADO

Quiero referirme al tema de la capacidad resolutoria. Efectivamente, la planificación familiar es una estrategia y un programa que desde el Ministerio de Salud y la estrategia nacional estamos tratando de que sea universal y que podamos enmendar en algo el pasivo de la falta de abastecimiento de métodos anticonceptivos. Sin embargo, debo referirme también a las cifras que muy bien actualizó el Dr. Aspilcueta cuando nos habla de los más de 2.000 embarazos al día, de los cuales más de 300 sufren complicaciones obstétricas, más de 90 terminan en abortos y dos en muerte materna. Entonces tenemos que tomar en cuenta no solamente los embarazos no deseados sino el porcentaje de complicaciones obstétricas que no son predecibles, por muy buen control pre natal que tengamos. Podemos detectar signos de alarma y recomendar estrategias, sobre todo en las zonas rurales, como son la adecuación cultural y las casas de espera que han permitido acortar distancias, barreras y demoras.

El que la muerte materna sea todavía lamentablemente muy alta y sea considerada un problema de salud pública, es porque en todos los países de la región donde verdaderamente se ha logrado reducirla, ha tenido que haber una inversión grande y sostenida, no solamente en lo que es infraestructura, también es permanencia de equipo médico con las competencias y habilidades, experiencia en el manejo de las complicaciones obstétricas y anestesiastas que estén las 24 horas. También tiene que ver con la ética, con la competencia cultural, con el respeto a la vida de estas mujeres y eso es lo que quería comentar con respecto a los que es capacidad resolutoria. Evidentemente la planificación familiar es el tema de promoción y prevención, pero la estrategia principal del plan de implementación en estos dos años, es para la muerte materna, con cuatro objetivos, en donde nos preocupa la población de adolescentes, la atención humanizada del aborto, la planificación familiar y el tema de adecuación cultural, siempre y cuando se garantice la capacidad resolutoria de los establecimientos.

Dr. DANIEL ASPILCUETA

En lo referente al tema del aborto, ¿cuán autónoma es una mujer en el Perú, cuán libre es para

decidir si tiene o no relaciones sexuales?, ¿tiene capacidad de negociación?, ¿tiene libertad y autonomía para hacerlo? Evidentemente no, y estamos hablando de la mitad de la población poco más o menos; entonces nos preocupa que no tengan información adecuada de parte del Estado en aspectos sexuales.

La sociedad limeña, ¿qué hace con la mujer que se embaraza?, ¿la premia o la penaliza?, pues la penaliza; con esta realidad nos escandalizamos y nos llama la atención que aborte. Que haya abortos y que aumenten en el Perú no debe llamar la atención, porque las condiciones sociales y la presión social contra la mujer embarazada son enormes. No la podemos comparar con la mujer europea, ya que ésta tiene capacidad de negociación y de compra, tiene educación y lo resuelve. Ese es el drama de la sexualidad y del aborto, por tanto la prevención es mandatoria y el acceso al sistema es clave.

...¿cuán autónoma es una mujer en el Perú, cuán libre es para decidir si tiene o no relaciones sexuales?, ¿tiene capacidad de negociación?, ¿tiene libertad y autonomía para hacerlo? Evidentemente no,...

El tema de la muerte materna va más allá de la norma, del equipamiento y de la capacidad individual. Si al mejor cirujano del Perú lo enviamos a un pueblito que no cuenta con banco de sangre, no tiene esto ni aquello, muy poco podrá hacer. Por otro lado, la pobreza en la mitad de la población significa desnutrición, que agrava cualquier problema de salud; por eso es importante cambiar la situación social de pobreza y en especial de pobreza extrema. Esta es mi respuesta para enmarcarla en el tema de las Metas del Milenio y la Conferencia de El Cairo sobre nuestra realidad sanitaria, en particular la salud sexual y reproductiva.

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO

En cuanto a capacidad resolutoria hay diferencia entre lo comentado y lo que sostiene la Academia Peruana de Salud. El discurso y las acciones deberían cambiar radicalmente, porque en el Perú no se podrá lograr soluciones plenas en derechos sexuales y reproductivos -especialmente en mortalidad materna- si no se avanza simultáneamente en los derechos a la salud y la seguridad social. Este es

un punto de partida que, de adoptarse, determinaría un drástico cambio de política en el caso de la Defensoría del Pueblo.

Frente a esta inequidad e ineficiencia en salud, la Academia ha planteado cuatro prioridades fundamentales.

El enfoque de la Academia se fundamenta en la enorme inequidad que existe en términos financieros de salud en la población peruana. Quien vive en Lima o Tacna y está en el sector privado, tiene un per cápita de gasto en salud de casi 300 dólares al año; quien pertenece a Essalud y vive en áreas urbanas tiene un per cápita al año de más de 120 dólares. Pero quien está en el Ministerio de Salud - en el mal denominado «Seguro Integral de Salud»- tiene un per cápita promedio menor de 40 dólares al año, y el que sobrevive por ejemplo en las zonas rurales de Junín, Huancavelica o Cusco, sea en Pichanaki, Churcampa o Chumbivilcas, no llega a 10 dólares per cápita al año, incluido el insuficiente Seguro Integral de Salud.

Frente a esta inequidad e ineficiencia en salud, la Academia ha planteado cuatro prioridades fundamentales.

Primero, manifestamos que si en el derecho a la salud no se considera el **acceso de todos a medicamentos** -con esenciales y genéricos de calidad- no hay nada que hacer. Contrariamente a lo que pueda creerse, ésta es la prioridad más fácil de lograr, porque hacer los grandes cambios depende esencialmente de decisión política.

Segundo, el **aseguramiento solidario universal en salud** que el Perú puede lograr progresivamente mediante un proceso perfectamente posible, pero que este gobierno frustró al abandonar la reforma de salud prevista y publicada en el programa de gobierno 2001-2006. **Por ello resulta insuficiente sostener que estamos ante un problema de capacidad resolutive.** Con esa interpretación jamás habría solución, **porque lo real es que se trata de un problema de ausencia de reforma de salud**, que no puede seguirse postergando y que atenta severamente contra los derechos a la salud y la seguridad social. El aseguramiento solidario universal es factible en el Perú, como lo ha demostrado Costa Rica en los últimos treinta años. En 5 a 8 años, con un proceso serio y financiamiento mixto

de tipos contributivo y subsidiado, podría llegarse a un gasto promedio creciente de más de 60 ó 70 dólares per cápita al año, que implicaría un cambio notable.

La tercera prioridad responde en parte al grave problema de las muertes maternas y es la **transformación y desarrollo del primer nivel de atención**. De qué le sirve a una mujer decirle que no dé a luz en su casa y acuda al centro de salud, si el centro nada tiene. Mucha gente prefiere permanecer en sus hogares y no ir a un establecimiento rural del cual desconfía. La transformación y el desarrollo del primer nivel -con profesionales generalistas, equipamiento y organización- no son fáciles, pero son absolutamente necesarios. En un gobierno competente y serio se podrían concretar grandes avances.

La capacidad resolutive es la expresión de ese desempeño eficiente y producto de un sistema de salud organizado,...

La cuarta prioridad es la más compleja, aunque tiene ya la Ley N° 27813 del **Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud**, que el gobierno aprobó el 2002 pero que inmediatamente abandonó, limitándose a instalar consejos regionales sin otros resultados significativos. Hoy la mayoría de países tiene un sistema nacional en proceso de organización u organizado, sin fragmentaciones ni compartimientos estancos, con capacidad de respuesta nacional, regional y local, y con desempeño cada vez más eficiente.

Velar y trabajar por los derechos sexuales y reproductivos, y simultáneamente por los derechos a la salud y la seguridad social implica un gran cambio.

La capacidad resolutive es la expresión de ese desempeño eficiente y producto de un sistema de salud organizado, un primer nivel de atención en desarrollo, de equidad en el financiamiento y del acceso progresivo de todos a medicamentos. Ciertamente que además se necesita afrontar otras prioridades, pero las cuatro mencionadas constituyen la base, son las columnas del edificio que hay que armar en la reforma de salud.

Velar y trabajar por los derechos sexuales y reproductivos, y simultáneamente por los derechos

a la salud y la seguridad social implica un gran cambio. Si no lo hacemos podemos pasarnos años hablando de la mortalidad materna, pero no lograremos los avances más trascendentes. Ésta es la diferencia de la visión integral que quería exponer y que es mucho más que limitarse a la búsqueda de soluciones circunscritas a la capacidad resolutive.

Dr. JAIRO PALACIO GARCÍA

Me atrevo a hacer un planteamiento a pesar de la extraordinaria intervención del Dr. Sánchez Moreno. Me quiero referir a la histórica costumbre que tenemos en la región latinoamericana de plantear falsos dilemas. Recuerdo por ejemplo que en la década del 60 y la primera parte de la década del 70, fue importante el falso dilema que se planteaba entre población y desarrollo, había un grupo de científicos sociales y políticos que insistían en que era mejor gastar en población, porque cada dólar equivalía a 10 dólares que se gastaban en desarrollo. Por otro lado, había un grupo de países y de políticos en el mundo -en América Latina sobre todo- que sostenían que el mejor anticonceptivo que había era el desarrollo y resulta que por suerte en 1974 tuvimos la famosísima Conferencia Mundial de Población de Bucarest en Rumania, en la cual se superó lo que se consideró en esa conferencia un falso dilema; porque no es que sea población o desarrollo, sino que los programas de población son parte de los programas de desarrollo. Entonces, ese falso dilema de alguna manera estaba retrasando el avance que en el mundo era un proyecto mayor. Después de Bucarest se alcanzó ese gran consenso mundial que permitió un fuerte avance de los programas de población, como parte de los programas de desarrollo. No es una cosa u otra, las dos van juntas, una pertenece a la otra. Con esto no quiero decir que el Dr. Sánchez Moreno esté planteando un falso dilema, pero de pronto habría que considerarlo.

...cuando hay que recortar gastos lo primero que se recorta es la planificación familiar o los métodos, sin considerar muchas veces el enorme costo que representa para una sociedad no intervenir en planificación familiar.

Esta noche escuché otro dilema, que a mi modo de ver también es un falso dilema; es el dilema entre



educación o servicios de salud en los que debemos gastar los recursos. Educación por supuesto es muy importante y plantea una demanda. Pero si no hay una institución de salud vamos a tener más abortos, nacimientos no planificados y no deseados e insatisfacción. Entonces, un Estado moderno no puede tener una cosa sin la otra, porque sería una oferta incompleta.

En relación con el dilema del marco general en el cual se desarrolla una sociedad que es el del servicio de salud en general o el de los derechos en particular, creo Dr. Sánchez Moreno que si uno piensa en el continente y se olvida del contenido, puede a veces tener programas que hagan énfasis en lo que no necesariamente uno pueda desear como integrales y completos; me refiero por ejemplo al tema del Seguro Integral de Salud. Se puede tener una cobertura completa de salud y llamarla inclusive integral, pero no necesariamente un seguro integral de salud tiene todos los componentes que una sociedad necesita o demanda, y a veces a falta de presupuesto o de un financiamiento equilibrado, hay que establecer prioridades. Y lamentablemente en los servicios de salud la planificación familiar no siempre ha sido una prioridad, cuando hay que recortar gastos lo primero que se recorta es la planificación familiar o los métodos, sin considerar muchas veces el enorme costo que representa para una sociedad no intervenir en planificación familiar.

Felicito a la Academia como organizadora del Foro, por la formidable idea de plantear tan importante tema en este momento nacional. Creemos que el primer planteo que se hace en la convocatoria a la reunión adquiere una particular relevancia: «Son derechos fundamentales de la persona, los derechos a la libertad de conciencia y de religión, y nadie debe ser discriminado por este motivo. El ejercicio público de todas las confesiones es libre, siempre que no ofenda la moral y altere el orden público.» Para el Fondo de Población de las Naciones Unidas este párrafo de alguna manera refleja nuestra posición en la relación entre iglesias y Estado, particularmente en el enfoque social de la salud sexual y reproductiva.

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO

Felizmente con don Jairo Palacio -desde que nos conocimos cuando llegó al Perú- hemos tenido el mutuo privilegio de poder discrepar con total libertad, para luego buscar las concordancias. Decirlo públicamente es además un honor. Mi intervención no fue planteada como un dilema y menos que pueda ser falso. Acepto toda interpretación, porque cada uno tiene su propia subjetividad y eso es democracia.

¿Por qué no es un dilema? Decía que en el Perú no se podrá lograr soluciones plenas en derechos sexuales y reproductivos, si no se avanza simultáneamente en los derechos a la salud y la seguridad social, por lo menos con las cuatro prioridades fundamentales que comenté. Simultáneo no implica lo uno o lo otro, sino ambos; por ende no existe dilema.

La Academia lucha desde su fundación por la salud sexual y reproductiva, y por todo ese ámbito desde cuando se hablaba sólo de población. Con el Estatuto de 1993 nos dedicamos desde el inicio a tres grandes disciplinas: salud, seguridad social y población. En consecuencia decimos: Si derechos sexuales y reproductivos, pero hagamos también realidad los derechos a la salud y a la seguridad social, lo que no significa dejar de lado otros aspectos de la enorme complejidad del ser humano.

Dra. ROCÍO VILLANUEVA

El Dr. Sánchez Moreno ha señalado que la Defensoría debería cambiar de enfoque. En primer

lugar, esta es una intervención que se hace en veinte minutos, en los cuales es imposible presentar la perspectiva del trabajo de la Defensoría. En segundo lugar, nadie que trabaje el tema de derechos humanos -incluido el tema de derechos sexuales y reproductivos- hoy en día ve los problemas de los distintos derechos de manera aislada. A partir de la Conferencia Mundial de Viena de 1993 ha quedado absolutamente claro que todos los derechos humanos son indivisibles e interdependientes; justamente porque están entrelazados unos con otros es imposible hablar de derechos sexuales sin hacer referencia a determinadas condiciones de vida y condiciones materiales.

Es más, el discurso de derechos humanos tiene poco sentido si es que no va acompañado por un trabajo en virtud del cual se cree mejores condiciones de vida para todos y todas, porque el discurso de la democracia y los derechos humanos tiene menos arraigo en sociedades como las nuestras que en sociedades europeas. ¿Por qué? Porque las condiciones materiales para el disfrute no son las mismas, y si mejoramos esas condiciones el discurso de los derechos humanos y de la democracia va a ser mejor.

En tercer lugar, hoy se entiende que para que podamos disfrutar de los derechos es obvio que el Estado debe no solamente abstenerse de hacer daño, es decir el derecho a la vida nadie diría hoy que se garantiza simplemente no matando, sino creando condiciones para que haya una buena alimentación, mejores condiciones de vida y oportunidades para desarrollarse personalmente. Es evidente que cuando hablamos de los derechos sexuales y reproductivos no solamente hacen falta cuatro componentes: medicamentos, aseguramiento universal, primer nivel de atención y sistema nacional descentralizado; el derecho esencial a estar bien alimentado es fundamental.

Dr. ADOLFO PINEDO REÁTEGUI
Moderador

La Academia agradece a los ponentes por sus brillantes exposiciones y a todos ustedes por su valiosa presencia y participación en el ilustrativo debate.

Segunda Parte - 10 de Agosto de 2005

**RELACIONES ESTADO - IGLESIAS EN
LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

Visión Jurídica

DRA. SILVIA LOLI ESPINOZA

Visión Evangélica

DR. PAÚL ALFARO FERNÁNDEZ

Visión Católica

DRA. MAÍTA GARCÍA TROVATO

Visión del Estado

DR. JORGE AVENDAÑO VALDEZ

Moderador

DR. DANIEL ASPILCUETA GHO

— o —
VISIÓN JURÍDICA

Dra. SILVIA LOLI ESPINOZA
Movimiento Manuela Ramos

A partir de lo que establece la Constitución Política, el Perú suscribe y ratifica periódicamente normas internacionales acerca de cómo deberían ser las relaciones entre el Estado y las iglesias en una sociedad democrática moderna. El marco jurídico obliga a todos los ciudadanos varones y mujeres que pertenecemos a este territorio, cualquiera sea nuestra cultura.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos es una norma de altísimo nivel. El artículo 27º, que es muy poco conocido y tiene una estrecha relación con la salud sexual y reproductiva, dice lo siguiente: «Toda persona tiene derecho a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten». Es decir, todos los seres humanos tenemos derecho a beneficiarnos de los avances de la ciencia, no podemos excluir a la población en su conjunto o a porciones significativas de la población de los beneficios que pudiera traer la ciencia, lo cual es un marco de referencia absolutamente importante.

Practicar o no una religión o una creencia es parte fundamental de los derechos de la persona; vale decir que nadie puede ser obligado por otro a creer en algo o a respetar la religión que él tiene. Todos tenemos la misma libertad, tenemos igualdad ante la ley, igualdad de derechos y en ese sentido todos tenemos el mismo derecho a creer o no creer en algo y a practicar un culto o negarse a hacerlo. En tal sentido, no se puede imponer a alguien



ninguna norma religiosa, porque eso atenta contra los derechos fundamentales, contra la dignidad del ser humano, que tiene una libertad fundamental que es la libertad de culto.

Otra norma internacional importante para esta materia es la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Este tratado internacional fue aprobado por las Naciones Unidas en 1979 y el gobierno peruano lo ratificó en 1982, incorporándolo así en su legislación internacional, por lo que es exigible igual que cualquier otra disposición. De acuerdo a la

Constitución, los tratados internacionales de derechos humanos como es el caso de esta Convención, forman parte del derecho nacional y se ubican inmediatamente debajo de la Constitución del Estado; es decir este es su nivel o jerarquía.

También hay una disposición constitucional que señala que estos tratados de derechos humanos son fuente de interpretación de las normas que están contenidas dentro de la Constitución; es una disposición muy importante que debemos conocer y que contiene derechos reproductivos de las personas. A veces escuchamos como argumento que no tenemos una ley de derechos sexuales y reproductivos que nos obligue, pero sí tenemos.

El artículo 12º de la Convención para eliminar todas las formas de discriminación contra la mujer dice: «el Estado debe garantizar condiciones de igualdad entre hombres y mujeres en el acceso a los servicios de salud incluida la planificación familiar». Tratándose de una norma de los derechos humanos, que tiene una característica fundamental, el principal obligado a su cumplimiento y a garantizar los servicios de planificación familiar es el Estado.

El artículo 16º de este tratado dice: «el Estado deben asegurar a la mujer y al varón los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de sus hijos y el intervalo entre nacimientos y a tener acceso a la información, a la educación y a los medios que le permitan ejercer esos derechos»; (1982 obligaciones públicas del Estado). Si no cumple, las personas o grupos de personas pueden formular una denuncia ante el comité internacional contra la discriminación hacia la mujer, porque el gobierno peruano firmó el 2001 un protocolo facultativo, una addenda a este tratado, por medio de la cual se compromete a dar la posibilidad de que las personas planteen denuncias en caso de incumplimiento de estas normas. Entonces si hay una práctica sistemática del Estado de no proveer los métodos anticonceptivos o de no proveer los medios que permitan ejercer los derechos reproductivos establecidos en la convención contra la discriminación, nosotros podemos pedir que venga el comité a inspeccionar acá, si efectivamente el Estado está cumpliendo con eso.

Este tratado internacional introduce los derechos reproductivos y es probablemente una de las

normas más importantes en la materia, porque está incluida en un tratado internacional. Cuando los juristas decimos que es vinculante, es exigirle jurídicamente al Estado su cumplimiento; no es voluntario, ya se sometió a eso y además de informar periódicamente sobre lo que viene haciendo para cumplir con el tratado, tiene que asumir responsabilidad jurídica en caso de incumplimiento. Ustedes recuerdan la época en que se denunció al Estado por haber forzado a esterilizarse a cierto número de mujeres. ¿Por qué fue denunciado? Porque se atentó contra la dignidad del ser humano, contra esta parte que señala que esa decisión es libre y voluntaria, y para ello tiene que ser necesariamente una decisión informada, que la persona tenga todas las herramientas que le permitan decidir realmente con libertad.

En el marco de las conferencias internacionales los Estados firman declaraciones y plataformas de acción que no pueden ser exigidas jurídicamente; no podemos enjuiciar al Estado si no cumple lo que dice una plataforma. Sin embargo, no por eso son menos importantes, porque en estos casos el Estado se compromete ética y políticamente ante los ciudadanos de nuestro país y del mundo a cumplir con ciertas pautas. Entonces no es que porque no es un tratado vinculante, no es jurídicamente exigible o es menos importante, pues el prestigio ético y moral de un país en determinadas materias es absolutamente clave que sea resguardado.

En este ámbito de conferencias se encuentra la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994), donde se firmó una declaración y una plataforma de acción. En esta conferencia internacional por primera vez se verbaliza los derechos vinculados a los derechos reproductivos y a la salud sexual de las personas como derechos humanos; no es suficiente que la nación mencione que todos tenemos tal derecho, sino que es clave que los derechos se consideren como derechos humanos, porque esta consideración hace que el Estado sea responsable y que podamos exigirle su cumplimiento. Entonces los derechos reproductivos se establecen en la Conferencia de Población y Desarrollo y reafirman cosas que ya habían estado consideradas en la convención preliminar de la discriminación contra la mujer, como por ejemplo a decidir el número de hijos y a disponer de informa-

ción y medios para alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva. Este es un tratado internacional y un compromiso del Estado que cumplió el año pasado diez años, y sobre la base de este compromiso se ha avanzado varios niveles y en algunos casos hemos podido observar retrocesos.

Las conferencias internacionales no proveen solamente un marco para las normas jurídicas sino sobre todo un marco para el diseño de las políticas públicas; entonces con la firma de la plataforma de la CIPD el Estado se compromete a desarrollar políticas públicas, a asignar recursos, a dar las normas legales que sean necesarias para el cumplimiento de estos compromisos internacionales, y esos compromisos incluyen avances en la equidad de género y la posibilidad de definir al interior del país lo que se va a desarrollar para el avance de los derechos sexuales y reproductivos. En ese sentido, los derechos reproductivos se han reafirmado, reforzado y fortalecido en el marco de los debates que se dieron en la plataforma y se han ampliado a la línea conceptual. Lo importante en el plano internacional es que estos debates generan lo que se llama una norma consensuada, un consenso, que generalmente deriva luego en normas y tratados internacionales mucho más detallados.

En el ámbito de los tratados con vigencia internacional el Perú ha firmado un concordato con el Vaticano. El concordato es un acuerdo que celebra un gobierno con la Santa Sede y que ve cuestiones eclesíásticas generalmente de interés estatal y tiene los mismos efectos que un tratado bilateral entre el Estado peruano y la Santa Sede. Este concordato se firmó cuando estaba de presidente el general Morales Bermúdez y cuando ya estaba a punto de ser promulgada la Constitución de 1979, donde se establecía que el Estado si bien reconocía la importancia y la labor que había tenido la Iglesia Católica en toda la gestación del Estado, también señalaba que tenía la posibilidad de firmar acuerdos similares o de garantizar también el respeto de todas las demás religiones y creencias. Esto aparece como una norma previa a la Constitución, donde ya se marca una pauta de relación entre el Estado y la Iglesia.

En este concordato el Estado otorga a la Iglesia Católica el derecho de crear colegios católicos especiales, pero sobre todo el curso de religión en

todos los colegios del Estado. Por lo tanto, el curso de religión no es un curso de cualquier religión, es un curso de religión católica y se otorga al obispo la posibilidad de decidir si un profesor es candidato de ese curso y si se queda o no se queda como profesor; es decir quien decide -siendo el maestro un trabajador del Estado y remunerado por el Estado- es el obispo de la diócesis. Entonces aún cuando podemos decir que nuestra relación con las iglesias se ha modificado sustancialmente, es importante señalar este aspecto en materia de educación. Porque en el curso de religión muchas veces se señala un conjunto de cosas totalmente distintas y muchas veces contradictorias con otros cursos que se dictan, como el curso de biología o como los componentes de género o de derechos sexuales y reproductivos que se han aprobado también en los currículos. Hay así una preeminencia que se ha dado a la Iglesia Católica, aún cuando el curso de religión no es obligatorio para todos, pues la gente que practica otra religión puede exonerarse, pero sí es una norma del Estado aplicable a todos, constituyendo un privilegio.

La Constitución en relación a los derechos sexuales y reproductivos señala la defensa de la persona humana y el respeto a su dignidad como fin supremo del Estado. La dignidad es clave, la dignidad no puede ser entendida como uno quiere, la dignidad se basa en nuestra condición humana y eso lo señalo porque el año pasado en el marco de los debates que ha habido sobre anticoncepción de emergencia, un congresista de la República señaló que no debían utilizarse preservativos porque era un atentado contra la dignidad humana. Entonces se imaginan ustedes el concepto de dignidad que tiene este señor; no tiene ningún parámetro en el marco de los derechos humanos.

Asimismo, la Constitución establece que el concebido es sujeto de derecho en todo lo que le favorece, es un sujeto de derecho sólo si le favorece y sólo cuando se le imputan algunos derechos determinados, no es una persona humana, no es lo mismo ser un sujeto de derecho que ser una persona humana; y eso es parte de las discusiones que se han venido dando a nivel de las iglesias.

La igualdad es un derecho de todos y nadie puede ser discriminado en razón de su religión; la no discriminación supone también que no hay

privilegios, es decir no es discriminación positiva y negativa, no es que porque tu perteneces a esta religión tienes más derechos que otros que son de otra religión. El derecho de verdad ante la ley exige no discriminación religiosa y eso está establecido en la Constitución. Por supuesto que si uno evalúa el Concordato con la Constitución, se da cuenta que el Concordato es inconstitucional en varias cosas.

No puede haber democracia cuando se considere que hay gente que tiene más valor que otra, o hay ideas que valen más que otras porque pertenecen a una religión y no a otra.

Luego tenemos el derecho a la libertad de conciencia y de religión en forma individual o en forma asociada, el ejercicio de todas las confesiones es libre siempre que no ofenda la moral ni atente contra el orden público. Entonces es muy importante señalar que un Estado democrático no impone ninguna práctica religiosa ni tiene por qué valorar más positivamente que otra una práctica religiosa determinada; el Estado tiene que ser neutral porque está dando normas para todos, cualquiera sea la religión que profesen en un país como el nuestro, donde hay gente que adora la pachamama. El respeto a la libertad de cultos es absolutamente clave para un desarrollo democrático. No puede haber democracia cuando se considere que hay gente que tiene más valor que otra, o hay ideas que valen más que otras porque pertenecen a una religión y no a otra.

La Constitución también establece la política nacional de población y reconoce el derecho de las personas a decidir el método más conveniente para planear su familia y obliga al Estado a implementar programas de educación y a proveer información, servicios y acceso real. También se señala que la política de salud debe llevarse a cabo en forma descentralizada, pero también plural y estamos hablando del pluralismo cultural y del pluralismo religioso. Otra cosa importante es que la formación ética y cívica en derechos humanos es obligatoria en el país. Y contradictoriamente en el mismo artículo se dice que la educación religiosa se imparte con respeto a todas las creencias. No puede uno impartir un curso de religión de una sola religión y decir que está respetando todas las creencias.

En el marco de la Ley General de Salud también hay aspectos claves que debieran ser tomados para una reflexión y que tienen que ver con una disposición que está en el título preliminar, que señala que: las razones de conciencia o de creencia no pueden ser invocadas para eximirse de las disposiciones de la Autoridad de Salud; es decir yo funcionaría pública no puedo argumentar que creo en tal cosa o pienso en la otra para no aplicar las disposiciones legales y para no cumplir con los derechos humanos de las personas, es decir con las normas legales.

Lo que me obliga a mí es la ley, mi religión me obliga a mí personalmente y en mi vida privada; pues como funcionario público no puedo atentar contra los derechos fundamentales de las personas ni recortarlos, y sobre todo aquí se hace una mención importante y dice: salvo que no se deriven riesgos para la salud de terceros. Si mi decisión tiene que ver conmigo misma qué importa; pero si tengo que aplicar eso en la función pública hacia terceros, estoy afectando su decisión, sus derechos fundamentales y su dignidad, y por lo tanto ese no es un derecho que yo tenga; mi religión me obliga personalmente, no me obliga como funcionario público.

Hay también el derecho a elegir libremente el método anticonceptivo de su preferencia, inclusive los métodos naturales y no a que el Estado diga tú tienes que preferir éstos y no otros. Hubo una intención muy fuerte de incidir en los derechos reproductivos a partir incluso del Congreso de la República, sabiendo que el Estado tiene un conjunto de obligaciones y normas establecidas. En el Congreso ha habido un conjunto de iniciativas orientadas a retroceder en algunas cosas sobre la base de las ideas religiosas de las personas, pero en esta materia no se aplican las ideas religiosas, se aplica el derecho de las personas a beneficiarse de la ciencia. Es inconstitucional dejar de lado la ciencia porque está en contra de mi creencia religiosa.

Entonces si la ciencia nos da la posibilidad de acceder a métodos científicos de control reproductivo, si la persona está adecuadamente informada y toma una decisión libre y puede decidir entre varias alternativas, estamos garantizando sus derechos humanos y también la libertad de culto. Porque si soy una persona con una determinada religión digo

está bien que tenga esos derechos, pero quiero ejercer primero mi derecho religioso y mientras tanto el resto no me importa; eso lo puede decidir la persona y sólo la persona, el Estado ni los funcionarios públicos pueden ponerle cortapisas, porque es ilegal. Por eso el Estado peruano ha sido denunciado y ha perdido; ha tenido que reparar a las personas a las cuales se forzó su voluntad, el derecho es el derecho individual de la persona y lo que le da dignidad a la persona es su posibilidad de tener libertad para decidir, si los seres humanos no podemos decidir en algo tan íntimo como nuestra sexualidad o como nuestra capacidad reproductiva, entonces no sirve que decidamos en otros espacios, no tiene ningún

sentido que nos pongamos a decidir en otros espacios porque sin duda todo estaría parametrado.

Es absolutamente clave el respeto a las dos cosas: el respeto a la libertad de culto y la garantía de que el Estado respete los derechos fundamentales de la persona; no se oponen, más aún, se complementan. Si un funcionario público, un médico por ejemplo, piensa que su creencia religiosa es primero, lo que debe hacer es no meterse a trabajar en salud reproductiva, éticamente estaría impedido de hacerlo, porque en lugar de hacer que predominen las leyes de los seres humanos, estaría imponiendo sus propias creencias religiosas.

— o —

VISIÓN EVANGÉLICA

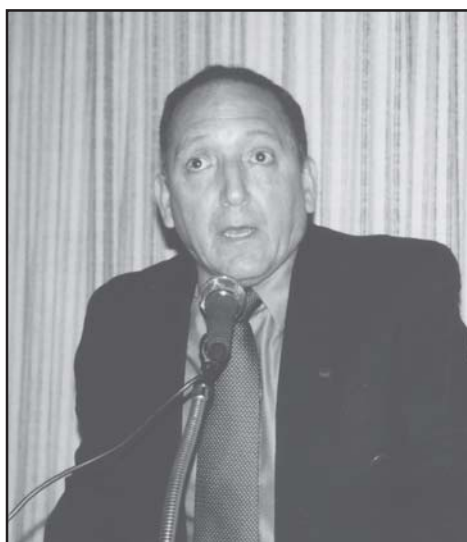
Dr. PAÚL ALFARO FERNÁNDEZ

Comisión de Salud del Concilio Nacional Evangélico del Perú

Agradecemos a la Academia Peruana de Salud por permitirnos participar en este espacio de reflexión en un problema sustancial en la vida de las personas y el desarrollo de nuestra sociedad.

Desde la perspectiva bíblica el hombre ha sido hecho a imagen y semejanza de Dios, el valor del ser y de la vida alcanza un valor superlativo. Este aspecto de la revelación divina confiere al ser humano, en todas sus instancias, una cualidad suprema de valor inmensurable que ha de determinar a todo cuanto a la humanidad se quiera aplicar. Todo aspecto del desarrollo humano, ciencia, tecnología y cultura, ha de ser sopesado en la medida en que promueva, beneficie y proteja al hombre. Desde este punto de vista sólo aquello que promueve, beneficia y protege al ser humano ha de ser considerado auténtico progreso y por lo tanto glorifica a Dios que lo hizo.

El valor humano es tal, que tiene que afectar en consecuencia la manera como percibamos la salud sexual y reproductiva como un derecho, y a partir de un diálogo entre Iglesia y Estado determinar los alcances y límites del mismo, al diseñar políticas, intervenciones y programas orientados a educar e informar sobre salud sexual y reproductiva.



Como parte de una reflexión bíblica teológica sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva planteamos algunas ideas:

- Lo sexual es creación divina y por lo tanto valioso y sagrado al mismo tiempo.
- Al ser hombre y mujer hechos a la imagen y semejanza de Dios, las expresiones de nuestro

ser sexual deben reflejar a Dios, con dignidad y responsabilidad, en cada momento y en cada esfera de acción y relación de la vida humana. Desde esta dignidad y responsabilidad en libertad y mutua condescendencia, hombre y mujer están llamados a construir una relación matrimonial de unidad y correspondencia, mutuamente fiel y permanente, que refleje la esencia de la deidad a cuya imagen hemos sido hechos.

- El fin último de esta unión entre dos seres del sexo opuesto es construir las condiciones de vida, afectividad y placer, en cuyo seno y atmósfera puedan reproducir entre ambos la «imagen y semejanza» de Dios, que es lo único que seguirá dando identidad, sentido y definición a lo humano.
- Esa reproducción no es por tanto, un mero acto biológico, instintivo y mecánico, sino un acto sublime de procreación conferida al ser humano, por la cual este recibe la facultad o prerrogativa para promover y originar la vida, más no para suprimirla. Dios confiere y permite al hombre producir la vida, «infundir aliento de vida» (Gen.1.28), pero una vez concebida no sólo tiene derechos que la imagen de Dios le confieren, sino que Dios mismo la reclama como suya, porque sobre la vida una vez originada sólo Dios tiene prerrogativas, y no el humano. Por eso hablaremos de «procreación» antes que de reproducción cuando este proceso se aplique a lo humano.
- En esa prerrogativa de procrear, en el hombre y la mujer está implícita la libertad de tomar esa decisión con responsabilidad, convirtiéndose en un y una administradora de sus vidas. Esta administración o gerencia implica una planificación responsable de todos los aspectos de la vida y no solamente del acto procreador. La planificación tal vez auspiciada por el Estado y promovida por la Iglesia, no debe ser centralizada, vertical, impositiva o manipulativa, sino libre, informada, consciente y voluntaria. Por eso se prefiere el término de planificación al de regulación o control. Creemos a la Luz de las Sagradas Escrituras y de la genética moderna, que en cuanto se completa la recomposición del

genoma en la unión de un óvulo y un espermatozoide (sea natural o artificialmente en una fecundación asistida), ya empezó un nuevo ser, siendo la vida sagrada desde su concepción.

En cuanto a la planificación, no es dable suprimir que el ser humano exprese preferencias y tome opciones,...

- Esta planificación no sólo debe aportar los elementos que limiten la procreación, sino también, deben facilitar los casos en que la descendencia es legítimamente deseada. La limitación del potencial procreador encuentra su fundamento nuevamente en Dios, a cuya imagen el hombre y la mujer se proclaman hechos. Si de Dios hemos de reflejar o imitar algo con relación al acto creador (procreador para el hombre), tenemos que entender que Dios se autodetermina y ejercita autodominio y control.
- En cuanto a la planificación, no es dable suprimir que el ser humano exprese preferencias y tome opciones, aún luego de advertir las consecuencias que puede tener al tomar una determinada decisión; pues en ellas al ser humano le es permitido optar por preferencias incluso contrarias al deseo y voluntad expresados de su creador. Muy a pesar de su deseo y consejo, parece que Dios otorga esa libertad (Deuteronomio 30.15-19).

A estos elementos de reflexión bíblica teológica es necesario agregar otros aspectos como:

- El valor de preservar la familia como principio integrador y formador.
- El bienestar y desarrollo armonioso de los hijos en lo físico, psico-afectivo y social.
- El bienestar de la mujer como persona y como madre, entre otros aspectos.

Como cristianos tenemos la responsabilidad de contribuir a la luz de la Palabra de Dios, a preservar y promover la vida y dar vida en abundancia, como Cristo nos demanda. Esa responsabilidad tiene que ser en relación con las diferentes instancias de nuestra sociedad, en general con el Estado.

VISIÓN CATÓLICA

Dra. MAÍTA GARCÍA TROVATO

Representante de la Conferencia Episcopal Peruana

«La Iglesia y el Estado son dos ámbitos autónomos e independientes entre sí aunque unidos en un solo protagonista: la persona humana... Ambas instituciones se complementan para servir a la persona en el ejercicio de sus respectivos derechos temporales y espirituales...»
(Cristóbal Orrego - Javier Saldaña)

La presente ponencia trata de la visión católica respecto al tema del Foro. Comentamos los conceptos de Salud Sexual (SS) y Salud Reproductiva (SR) para luego hacer referencia a la doctrina de la Santa Sede respecto a algunos puntos tratados en las Conferencias Internacionales de El Cairo (1994) y Beijing (1995) y finalmente describimos las actividades de la Conferencia Episcopal Peruana concordantes con la posición de la Iglesia Católica.

Salud sexual

El concepto de SS proviene directamente de la propuesta de salud como figura en la Carta Constitutiva de la OMS, 1948. El protagonismo de su difusión le corresponde sin mayor duda a la Organización Mundial de la Salud, desde su primer enunciado casi treinta años atrás hasta su última elaboración del 2002.

Resulta interesante cómo es que en algunos documentos que tratan sobre este concepto tan cercano a la SR, pero que lo engloba como lo ha reconocido finalmente la OMS, al ser analizado críticamente concluyen que la concepción de la SS tiene el viso de ser resultado más que de fundamentos científicos, de «compromisos políticos». Así es como O'Leary (2000) hace una extensa crítica a uno de los documentos mencionados más arriba, en este caso el Informe del Cirujano General de los Estados Unidos, del cual sólo haremos referencia a lo que cree es su fundamento principal: el «movimiento de liberación sexual». El movimiento sería caracterizado por proclamar el «respeto a la diversidad», es decir que cada cual debería sentirse libre de hacer lo que su sexualidad desee, con cualquier persona con la sola restricción de su carácter consensual; la «estigmatización», que es



entendida como cualquier crítica que pudiera hacer que los participantes se sientan culpables si su conducta es percibida como «moralmente mala»; el rechazo a la «discriminación», sorprendentemente concebida como el malestar, culpabilidad y vergüenza, por determinados estilos de vida sexual, sentimientos que se afirma serían provocados por la religión. Asimismo los problemas que experimentan las personas sexualmente «liberadas» serían debidos supuestamente a la estigmatización religiosa que da lugar a su vez a los «crímenes» de odio; y, finalmente, la denominada «conducta sexual responsable», significaría que no es recomendable inhibir los diferentes modos de expresión sexual, sino más bien orientar los esfuerzos a hacerlos médicamente seguros, es decir no favorecer el autocontrol y la responsabilidad de la propia conducta, pero sí disminuir al máximo las consecuencias de la misma.

La comisión de la OMS que elaboró el documento publicado parcialmente el 2002, constituida como se sabe en su gran mayoría por personalidades identificadas con el «construccionismo radical», formuló cuatro definiciones: sexo, sexualidad, salud sexual y derechos sexuales. El término sexo lo refiere

a las características biológicas que definen a los seres humanos, hembra o macho. La sexualidad sería un aspecto central de la vida y comprendería el sexo, el rol y la identidad de género, la orientación sexual y el erotismo, así como el placer, la intimidad y la reproducción. La sexualidad se expresaría en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones, aunque no todos estén siempre presentes. Resalta también la influencia de factores biológicos, económicos, políticos, éticos, legales, religiosos y espirituales.

La SS por su parte es definida como «... un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. La salud sexual requiere un acercamiento positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de obtener placer y experiencias sexuales seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos». Aunque relativiza el supuesto derecho al placer sexual de la WAS, el punto nuevo es que considere como requisito para gozar de SS la vigencia de los derechos sexuales (DDSS). Sin embargo, surgen numerosas cuestiones que esta definición deja en suspenso, así cabría preguntarse: ¿A quién sería dirigido «el acercamiento positivo y respetuoso»? ¿Quién sería responsable de crear las condiciones para «experiencias sexuales seguras y placenteras»? ¿Esto último es aplicable también para los niños? ¿Incluye a los homosexuales y transgéneros?

Pero considerar los «derechos sexuales» como necesidad para la existencia de la SS nos recuerda que estos pretendidos «derechos» están en proceso de dilucidación, no figuran en ningún tratado internacional de derechos humanos y son motivo de permanente controversia, la última, a propósito de la presentación del Informe del Relator Especial en la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, 2004.

Los derechos sexuales según la Organización son los derechos humanos que están ya reconocidos en la legislación nacional e internacional y «otros documentos de consenso». A continuación precisa

que incluyen los derechos de todas las personas a ser libres de discriminación y violencia para acceder a los estándares más altos posibles de salud en relación con la sexualidad, adicionando a este derecho otros más a los que la OMS considera derechos sexuales. Cierra este acápite con una breve aclaración por la que asegura que el ejercicio responsable de los derechos humanos (en realidad quiere decir de los derechos sexuales), requiere que todas las personas respeten los derechos de los otros.

¿Por qué la OMS pretende llevar los DDSS al ámbito de norma de salud? Las dudas sobre la realidad de los llamados derechos sexuales y su validez en relación con la SS, como han propuesto Burris y cols. pasan, para empezar, por su demostración empírica. Asimismo, entre otros muchos cuestionamientos, vale mencionar por ejemplo los de Sandfort y Erhardt (2004) quienes también parecen preguntarse: ¿Son los DDSS prerequisites para la SS, como quiere la OMS, o es más bien a la inversa, la SS sería una condición para los DDSS, en caso se acepte este concepto?

La SR concebida como un derecho humano forma parte de lo que se conoce como la «reinterpretación» de los derechos humanos clásicos que están firmemente establecidos desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948.

El riesgo de crear estos nuevos derechos forma parte del diseño de una estrategia de explosión de derechos que no sólo debilita el valor de los derechos humanos reconocidos realmente, sino que en el campo de la sexualidad promueve la no distinción entre los diferentes tipos de conducta sexual, normal y patológica. De modo que los profesionales de la salud mental debemos prepararnos para prescindir de la misma clasificación de la OMS sobre desórdenes mentales y emocionales, ICD 10, y del mundialmente consultado Manual de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM IV-TR.

Salud reproductiva

El término «Salud Reproductiva» (SR) se usó por primera vez en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), y se volvió a mencionar en la Conferencia Internacional sobre la Mujer (Beijing, 1995). Fue objeto de reservas

por el Perú y numerosas delegaciones que asistieron a dicha Conferencia. La Santa Sede entre otras.

Su marco conceptual proviene de las ideas postmodernas, el iuspositivismo y la estrategia de los nuevos derechos humanos algunas veces en pugna con las creencias religiosas, la diversidad cultural y la misma doctrina sobre los derechos humanos.

La SR concebida como un derecho humano forma parte de lo que se conoce como la «reinterpretación» de los derechos humanos clásicos que están firmemente establecidos desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Tengamos en cuenta que bajo el paraguas de la denominación de SR se posibilitan una serie de situaciones concernientes a la salud y el bienestar de la población:

- esterilizaciones forzadas (ocurridas en el Perú y otros países).
- no dar información sobre los efectos abortivos y secundarios de algunos anticonceptivos.
- argumentar que el embarazo empieza en la implantación del cigote y no en la concepción (por ejemplo para aprobar la «píldora del día siguiente»).
- conculcar el derecho a la objeción de conciencia de los médicos en la atención de la salud.
- intención de instituciones de cooperación externa de incluir la SR como paso necesario para el acceso a créditos de la banca multilateral.

La definición de SR -como aparece en el Programa de Acción (El Cairo, 1994)-expresa: «...entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos de enfermar y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia».

Es necesario precisar esta definición, pues podría entenderse que se refiere a «procrear» como un riesgo. Asumiendo que la definición de riesgo significa la probabilidad de que ocurra un daño, no podemos aceptar que se considere como tal a la función natural de procrear. La claridad es necesaria por cuanto en diversos documentos se viene usando

también el término «riesgo reproductivo», noción que no compartimos.

Cabe remarcar que ni el Programa de Acción de El Cairo, ni la Plataforma de Acción de Beijing (1995), tienen poder vinculante, y por tanto no obligan a ningún Estado a adoptar sus conclusiones. Interesa tener presente también que en las conferencias de El Cairo y Beijing, el gobierno del Perú hizo importantes reservas, pronunciándose a favor de la protección de la familia, del matrimonio y el «derecho a la vida» subrayando la protección al concebido. Sobre la SR, en El Cairo hizo constar que el término requería de una mayor precisión. En lo que atañe a la Conferencia de Beijing, la reserva peruana consta de seis puntos, de los cuales, el primero, defiende a la familia y al matrimonio; el segundo, trata del derecho a la vida y la protección del concebido y explicita que la «salud reproductiva no puede incluir al aborto»; y el cuarto dice a la letra que «se entiende que los derechos sexuales están referidos solamente a la relación heterosexual».

Además de estas reservas, atendamos que en la Asamblea General de las Naciones Unidas del 30 de Junio - 02 de Julio de 1999, en que se revisó lo avanzado luego de cinco años de la aprobación del Programa de Acción de El Cairo, nuevamente los países se comprometieron por el respeto a los valores y costumbres de los pueblos, cultura y sentimientos religiosos.

Consideramos que es un exceso establecer una definición específica de salud para un sistema o aparato del organismo, en este caso, el reproductivo. La artificialidad de la definición pudiera más bien buscar el objetivo de independizar acciones de salud, para que dependan de programas manejados con autonomía.

Sin embargo, más justa y más próxima a la realidad de muchos padres -sobre todo en los países en vías de desarrollo- aparece la definición de la salud reproductiva cuando acentúa «el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos, y ofrezcan a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos». La salud nunca puede ser entendida como un fin en sí misma. Está siempre al servicio de la vida, es signo y cualidad de la vida, jamás instrumento para la muerte propia y mucho menos para la ajena.

Respecto al término «derechos reproductivos», cabe señalar que estos supuestos derechos no están considerados en ningún tratado internacional sobre derechos humanos y también fue observado por el Perú y otras delegaciones en la conferencia mencionada. A nivel nacional e internacional, se reconocen sin embargo muchos de los derechos -pretendidamente nuevos- vinculados a la procreación, referidos a la vida; libertad y seguridad; dignidad y libre desarrollo de la personalidad; integridad física; libertad religiosa, ideológica y de conciencia; intimidad personal y familiar; al matrimonio y a fundar una familia, sin que sea necesario acuñar un nuevo rubro para la vigencia de los mismos.

El problema con los llamados derechos reproductivos y también con los más nuevos derechos sexuales, no está tanto en la afirmación de su existencia cuanto en las dimensiones de su contenido.

En este punto la principal institución internacional en el campo de la salud, la OMS, en su conjunto de definiciones sobre la sexualidad en documento publicado el 2002, estaría adoptando una particular corriente de pensamiento respecto al fundamento de los derechos humanos, la propuesta llamada consensualista, dejando de lado implícitamente y sin mayor explicación, otras, como la iusnaturalista, historicista o la fundada en la expresión «moral rights».

El problema con los llamados derechos reproductivos y también con los más nuevos derechos sexuales, no está tanto en la afirmación de su existencia cuanto en las dimensiones de su contenido. No se puede legitimar cualquier tipo de conducta vinculada con la procreación humana, (el derecho a elegir no está encima de lo elegido: como por ejemplo elegir el aborto) y tampoco vulnerarse otros derechos o bienes jurídicamente protegidos. De allí que habría que estar atentos para que no ocurra que la aceptación del concepto de derechos reproductivos dé paso al genérico derecho a tener un hijo ni a facultades que supongan un atentado contra los derechos fundamentales del ser humano (a la vida, a la identidad genética, a una familia, etc.).

Posición de la Iglesia Católica

La dedicación y el trabajo de la Iglesia Católica en el campo de la salud son de conocimiento público. Así, y sólo como referencia, no está demás recordar que el 26,7% de los centros de atención a los enfermos de VIH/SIDA en el mundo, son dependientes de la Iglesia Católica.

En lo que atañe concretamente al tema que nos convoca, el derecho a la SS y SR, constan las reservas de la Santa Sede en la Conferencia Internacional de El Cairo. Considera asimismo que el empleo de los términos «salud sexual», «derechos sexuales», «salud reproductiva» y «derechos reproductivos» se aplican a un concepto holístico de la salud, que se aplican cada uno a su manera, a la persona en la totalidad de su personalidad, mente y cuerpo, y que promueven el logro de la madurez personal en la sexualidad, el amor recíproco y la adopción de decisiones que caracterizan a la relación conyugal conforme a las normas morales. La Santa Sede **NO** considera que el aborto o el acceso al aborto constituyan una dimensión de esas expresiones.

Con respecto a las expresiones «contracepción», «planificación de la familia», «salud sexual y reproductiva», «capacidad de la mujer de controlar su propia fecundidad», «variedad más amplia de servicios de planificación de la familia» y a cualquier otra expresión contenida en el documento relativa a los conceptos de servicios de planificación de la familia y control de la fecundidad, el hecho de que la Santa Sede se sume al consenso no ha de interpretarse como una modificación de su conocida posición respecto de esos métodos de planificación de la familia, que la Iglesia Católica considera moralmente inaceptables, o respecto a servicios de planificación familiar que no respetan la libertad de los cónyuges, la dignidad humana ni los derechos humanos de los participantes.

Respecto de la expresión «parejas e individuos», la Santa Sede se reserva su posición entendiendo que la expresión hace referencia a las parejas y a cada uno de los hombres y mujeres que constituyen esas parejas. En el documento, especialmente en la utilización de la expresión, se percibe una idea individualista de la sexualidad que no presta la atención debida al amor recíproco y a la adopción de decisiones que caracterizan la relación conyugal.

Un año después la Iglesia Católica ratifica estas reservas al Documento Final de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995), reiterando que la Santa Sede no considera que el aborto o los servicios destinados al mismo son una dimensión de la salud reproductiva, además de expresar claramente que no se adhiere al consenso sobre el capítulo IV, sección C, que se refiere a la salud. Considera que esta sección dedica una atención desproporcionada a la salud sexual y reproductiva, en relación con las otras necesidades sanitarias de las mujeres, incluyendo los medios para afrontar la mortalidad y la morbilidad maternas. Señala asimismo su desacuerdo con el empleo de terminología ambigua sobre el control indiscriminado de la sexualidad y la fertilidad, que podría interpretarse como una aprobación social del aborto o la homosexualidad, además de agregar una Declaración de Interpretación del término «Género» que entiende como fundado en una identidad biológico-sexual, varón y mujer. La Santa Sede expresa su preocupación por el excesivo individualismo con el que se trata los derechos humanos y vuelve a recordar que el mandato de la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer no incluye la afirmación de nuevos derechos humanos.

Actuación de la Conferencia Episcopal Peruana

La defensa de la vida y de la familia como su hábitat natural, la planificación familiar y la paternidad responsable han sido temas de permanente preocupación por parte de la Iglesia Católica Peruana y han motivado la publicación de una serie de comunicados y mensajes de los Obispos del Perú, quedando claro que *no se trata de la opinión de un grupo de obispos, sino del Magisterio de la Iglesia Universal*, expresado por Pablo VI en la encíclica «De la Vida Humana» y posteriormente por Juan Pablo II en su encíclica «El Evangelio de la Vida». La doctrina de la Iglesia así expresada, no está dirigida sólo a los católicos. Se orienta expresamente a los hombres de buena voluntad que quieren regir sus vidas según la ley natural.

La Conferencia Episcopal Peruana dedica los mayores esfuerzos a la defensa de la vida, señalando la sacralidad e inviolabilidad de la misma desde la unión de los gametos masculino y femenino hasta la muerte natural. Desde este punto de vista centra

su preocupación en las etapas de indefensión mayor como son la inicial -desde la fecundación al nacimiento- y la terminal, la ancianidad y la muerte. Es en estas épocas en las cuales la vida humana está particularmente amenazada.

«Nuestra atención quiere concentrarse, en particular, en otro género de atentados, relativos a la vida naciente y terminal, que presentan caracteres nuevos respecto al pasado y suscitan problemas de gravedad singular, por el hecho de que tienden a perder, en la conciencia colectiva, el carácter de «delito» y a asumir paradójicamente el de «derecho», hasta el punto de pretender con ello un verdadero y propio reconocimiento legal por parte del Estado y la sucesiva ejecución mediante la intervención gratuita de los mismos agentes sanitarios. Estos atentados golpean la vida humana en situaciones de máxima precariedad, cuando está privada de toda capacidad de defensa...» (Evangelium Vitae, 11).

La Iglesia Católica promueve una auténtica paternidad responsable. Esto supone que los padres deben tener clara conciencia de su obligación de velar por la vida del hijo engendrado, por su sustento, su salud y educación, hasta su edad adulta. Pero, considera moralmente inaceptable que para regular la natalidad se imponga el uso de medios como la anticoncepción, la esterilización y por supuesto el aborto quirúrgico o químico.

La Iglesia rechaza toda forma artificial de regulación de la natalidad no por ser artificial, sino porque despersonaliza e instrumentaliza la sexualidad, y rechaza de manera aún más enérgica, como un crimen, cualquier forma de eliminar la vida incipiente de un ser que empieza a gestarse.

Si bien existen argumentos médicos y psicológicos que advierten en contra de los métodos artificiales de regulación de la natalidad presentados no pocas veces como «seguros» y «modernos», la objeción fundamental de la Iglesia Católica es de carácter moral. Los métodos cerrados a la vida, que tienen como único fin impedir el embarazo, convierten el don de la vida del hijo en un mal del que es preciso defenderse.

Los Obispos del Perú también se han pronunciado acerca de la incongruencia existente entre la política de control de la natalidad y la campaña de promoción del libre ejercicio de la sexualidad desde

la adolescencia, sin más criterio de responsabilidad que cuidar las consecuencias profilácticas y procreativas.

La Conferencia Episcopal Peruana ha tenido asimismo destacada participación en el esclarecimiento de los lamentables abusos cometidos contra la población más pobre, desinformada e indefensa durante las campañas de la Anticoncepción Quirúrgica y ha hecho escuchar su oposición en relación con la Anticoncepción Oral de Emergencia por considerar que entraña riesgos para el concebido.

La Iglesia no es ajena a las presiones que se ejercen a nivel internacional para limitar la natalidad. No pretende imponer sus principios que no son más que aquéllos pertenecientes a la ley natural que está inscrita en lo más íntimo del corazón de todos los hombres. Pero está en la obliga-

ción de manifestar la Verdad y proseguir haciendo camino hacia la Cultura de la Vida.

Conclusión

La Iglesia Católica mantiene las mismas reservas que presentara en las Conferencias Internacionales de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y Sobre la Mujer (Beijing, 1995).

La Conferencia Episcopal Peruana reitera la sacralidad de la vida en todas sus edades y situaciones, desde la concepción hasta la muerte natural. Señala la inviolabilidad de la misma y asume la defensa de la familia conformada por un hombre, una mujer y los hijos que puedan procrear de manera responsable y en concordancia con las normas y valores morales. El aborto, cualquiera sea su modalidad -quirúrgico o químico-, es considerado un crimen por la Iglesia Católica.

VISIÓN DEL ESTADO

Dr. JORGE AVENDAÑO VALDEZ

Presidente de la Comisión Consultiva del Ministerio de Justicia
Ex Decano del Colegio de Abogados de Lima

Agradezco la invitación de la Academia Peruana de Salud para exponer esta noche. El tema de las relaciones entre el Estado y las iglesias tiene larga data. Hoy en día mantiene actualidad y en el caso concreto del Perú, si bien el punto está claro en el texto constitucional y en el plano legal, en la práctica hay a veces problemas cuando aparecen temas conflictivos, tales como por ejemplo, el matrimonio de los homosexuales o modernas formas de concepción.

En la antigüedad pre-cristiana, Religión, Derecho y Gobierno eran una sola cosa. Como dice Fustel de Coulanges, «el Estado era comunidad religiosa, el rey un pontífice, el magistrado su sacerdote, la ley una fórmula santa, el patriotismo era piedad y el destierro excomuniación». Los gobernantes decidían normalmente sobre aspectos religiosos. Así, Herodoto cuenta que cuando los atenienses quisieron declarar la guerra a los eginetas, tributaron culto durante treinta años al dios Eaco, protector de Egina, para que el dios, agradecido, abandonara a los eginetas y favoreciera a los atenienses.

Con el cristianismo se planteó la disociación entre lo temporal y lo espiritual, del Estado y la



Iglesia. A esto contribuyó de modo importante la frase evangélica: «den, pues al César lo que es del César, y a Dios lo que es de Dios».

Las distintas concepciones que ha habido sobre este tema, pueden resumirse gruesamente así:

1) Iglesia subordinada al Estado.- El gobernante político es al mismo tiempo jefe de la Iglesia. Esta etapa se denomina «césaro-papismo» porque el jefe del Estado es a la vez César y Papa. Estuvo vigente, por ejemplo, en la Iglesia Ortodoxa Rusa bajo los zares.

2) Estado subordinado a la Iglesia.- Se la denomina «teocratismo». En su máxima expresión esta teoría comprende el llamado «poder directo», conforme al cual los gobernantes actúan, en materias temporales, como delegados de la Iglesia. Se atribuye a ésta un gran dominio sobre todas las soberanías temporales.

3) Separación entre Iglesia y Estado.- Ambas potestades se ignoran mutuamente. No hay intervención estatal alguna con respecto a toda religión, y viceversa.

4) Sistema de la colaboración.- Estado e Iglesia son diferentes por su naturaleza, su fin y los medios, pero los dos son necesarios para el bien completo del hombre. Debe haber entre ambos una colaboración ordenada. El Estado persigue el bien común temporal; la Iglesia el bien común espiritual. En cuanto a sus fines ambas instituciones son pues independientes. Pero dentro de un territorio determinado ambas gobiernan a los mismos hombres, por lo que las relaciones entre ambos son necesarias y frecuentes.

En el Perú haremos una revisión rápida de lo ocurrido a partir de la Constitución de 1933. Es interesante analizar el cambio que produjo la de 1979, ratificado por la actual de 1993.

En la Constitución de 1933, artículo 232, se estableció que en base a los sentimientos de la mayoría nacional, el Estado protege la religión Católica, Apostólica y Romana. Agrega que las demás religiones gozan de libertad para el ejercicio del culto.

Nótese que la Carta habla de la protección del Estado a la religión Católica. No dice a la Iglesia Católica, que es la institución, sino a la religión, que es la práctica de vida. Pero dejando de lado este aspecto, lo innegable es que el Estado asume la condición de protector, con lo cual la Iglesia Católica queda autorizada a reclamarle beneficios y privilegios.

La norma anterior debe concordarse con el artículo 59 de la misma Constitución, que declara que la libertad de conciencia y de creencia es inviolable. Nadie, por consiguiente, puede ser perseguido por razón de sus ideas.

Hay pues un reconocimiento expreso de la libertad de creencia, pero por otra parte una declaración tajante de protección (y amparo) de la fe católica y apostólica.

Tres cosas debo destacar. En primer término, entre el Estado y la Iglesia hay independencia. Comparten ámbitos distintos. Nada se deben el uno al otro. Las reglas o decisiones del uno no afectan a la otra, y al contrario.

La Constitución de 1979 significó un cambio importante. En su artículo 86 estableció que entre el Estado y la Iglesia Católica (ahora sí, como institución) hay un régimen de independencia y autonomía. Dentro de él el Estado **reconoce** que la Iglesia es un elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del Perú. Agrega: le presta su colaboración.

Tres cosas debo destacar. En primer término, entre el Estado y la Iglesia hay independencia. Comparten ámbitos distintos. Nada se deben el uno al otro. Las reglas o decisiones del uno no afectan a la otra, y al contrario. Por cierto, el Estado tiene la facultad de regular la vida de todos los peruanos, y por consiguiente también de los peruanos católicos. Y la Iglesia peruana, en cuanto institución, queda regida en lo terrenal por las leyes del Perú. Pero sus campos de acción son diversos y por tanto no se cruzan ni interfieren recíprocamente.

Luego, la Constitución declara que el Estado y la Iglesia son autónomos. Por cierto, debe entenderse que lo son en sus respectivas competencias. Como autónomos que son, cada uno se regula y se gobierna, sin admitir la influencia, la presión o la imposición del otro.

Finalmente, la Constitución es enfática en que el Estado presta su colaboración a la Iglesia. Ello, aunque no se dice explícitamente, es consecuencia de que la Iglesia es elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del país.

Por cierto, la Constitución declara el derecho de toda persona a la libertad de conciencia y de religión. Agrega que el ejercicio público de todas las confesiones es libre.

Vale la pena señalar que la jerarquía de la Iglesia Católica presentó a la Asamblea Constituyente de 1979 un extenso documento en el que fundamentó el cambio que debía introducirse en la Constitución de 1933. «La vieja institución del Patronato, hoy convertida en nueva fórmula, debe dar paso, decía el documento, al reconocimiento de la independencia de la Iglesia, contraparte del respeto de ésta por la autonomía de lo temporal y de los Estados. La idea de la «protección» típica de una concepción paternalista superada, debe ceder a una interrelación».

La Constitución actual de 1993, repite casi textualmente en su artículo 50 la norma de la Carta de 1979. No es necesario por tanto comentarla en detalle.

En conclusión, en el Perú rige actualmente entre el Estado y la Iglesia un régimen de cooperación o colaboración, que es la cuarta etapa de las descritas al inicio de esta exposición.

Para completar la información de carácter legal, bueno es mencionar que en julio de 1980 el Estado peruano celebró un convenio con la Santa Sede, el cual fue aprobado por un Decreto Ley que expidió el Gobierno militar de entonces, a cargo del General Morales Bermúdez. Este convenio se suscribe poco tiempo después de haberse promulgado la Constitución de 1979, la cual, como ya se dijo, había adherido a la tesis de la colaboración. Había pues que explicitar y desarrollar en qué consiste dicha colaboración.

Luego de repetir lo dicho por la Constitución en materia de independencia y autonomía, el convenio reconoce la personería jurídica de entidades de la Iglesia como la Conferencia Episcopal Peruana, los Arzobispados, Obispados y otros organismos, lo cual les permite ser sujetos de derechos y obligaciones; declara que la Iglesia y las jurisdicciones y comunidades religiosas que la integran deben seguir gozando de las exoneraciones y beneficios tributarios y franquicias que les confieren las leyes; y, atendiendo a las creencias religiosas de la mayoría nacional, el Estado garantiza que el Vicariato

Castrense preste asistencia religiosa a los miembros de las Fuerzas Armadas. Se reconoce, así mismo, el derecho de la Iglesia a establecer centros educacionales de todo nivel en el ámbito de la educación particular.

Otra conclusión a la cual arribamos es que dentro del régimen de cooperación existente, la Iglesia Católica goza indudablemente de un régimen legal privilegiado con relación a las otras confesiones religiosas. El tema siguiente, sin embargo, es si la Iglesia Católica interviene en los hechos en las políticas del Estado y si esto es compatible con el sistema democrático. La pregunta, dicho en otros términos, es si existe verdadera separación entre Estado e Iglesia o, si se prefiere, si de verdad en el Perú existe un Estado laico.

Dos casos pueden ilustrar el análisis de lo que ocurre en la realidad.

El primero es el de las políticas de control de la natalidad. Recientemente ha habido un debate nacional con relación a la llamada píldora del día siguiente. La ministra de Salud ha logrado que dicha píldora se distribuya gratuitamente a mujeres de escasos recursos, pero su tarea fue ardua. Sectores representativos de la Iglesia más conservadora se opusieron frontalmente alegando que la píldora es abortiva y por tanto viola al derecho a la vida que la Constitución consagra. En realidad la posición no se sustentaba en principios jurídicos sino en la doctrina eclesial oficial. Hasta aquí todo es aceptable porque todos tienen la libertad de expresar sus ideas, pero lo que habría estado mal es que la Iglesia como institución pretendiera influir en la decisión política. Por cierto, esta participación eclesial no se produjo públicamente y no podemos afirmar que se haya dado por lo bajo.

Otro caso es el del matrimonio de personas del mismo sexo, que ha cobrado actualidad en algunos países del mundo. En el Perú el tema no está en el debate, pero ya se han expresado opiniones frontalmente contrarias y críticas de las opciones legislativas adoptadas por otros países. Nuevamente, esto es aceptable porque son opiniones particulares, pero lo que no puede admitirse es que la Iglesia como institución pretenda influir en las decisiones que eventualmente adopte el Estado peruano.

No se concibe que un ente ajeno a las instituciones de la democracia tenga la posibilidad de influir en las decisiones que esos órganos adoptan. Menos aún que hagan primar criterios de carácter religioso que pueden ser muy respetables, pero que no deben inspirar las decisiones políticas.

Aparte de que los ámbitos político y religioso son distintos y no deben mezclarse, la intervención de la Iglesia en temas que se suscitan en un país determinado importa en realidad la intromisión de un Estado en los asuntos de otro. No olvidemos que el Vaticano es un Estado desde 1929 cuando se celebraron los Acuerdos de Letrán. El punto es interesante porque algunos especialistas en derecho internacional sostienen que la Santa Sede y el Estado de la Ciudad del Vaticano son distintos y su naturaleza jurídica también lo es. La primera es el órgano de gobierno universal de la Iglesia Católica, mientras que el segundo es un Estado que garantiza la actuación de la Santa Sede. La diferencia, sin embargo, se torna confusa cuando se considera que quien tiene presencia en las Naciones Unidas, como observador, es la Santa Sede y no el Estado Vaticano. Dicho sea de paso, esta presencia que permite a los

representantes de la Santa Sede intervenir en los debates aunque sin derecho a voto, es un privilegio que nunca se ha concedido a otro.

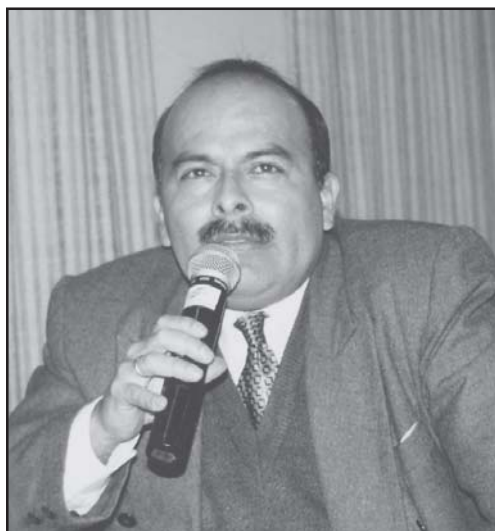
Sea como fuere, durante el debate que hubo recientemente en España de la ley que autorizó el matrimonio entre personas del mismo sexo, la Iglesia española hizo un pronunciamiento público en contra de la ley. Esto dio lugar a una protesta formal del Gobierno español por la injerencia de un Estado en los asuntos de otro.

Para concluir es oportuno señalar que la intervención de la Iglesia en los asuntos que corresponda al Estado es contraria al sistema democrático. Este se caracteriza por una celosa y estricta distribución de competencias. Cada órgano tiene las predeterminadas por la ley y sus integrantes son elegidos o designados en la forma también establecida por la ley. No se concibe que un ente ajeno a las instituciones de la democracia tenga la posibilidad de influir en las decisiones que esos órganos adoptan. Menos aún que hagan primar criterios de carácter religioso que pueden ser muy respetables, pero que no deben inspirar las decisiones políticas.

DISCUSIÓN

Dr. EGO SALAZAR MARZAL

Quizás para muchos de nosotros no es conocido el Informe Kissinger suscrito el 24 de abril de 1974 (Memorandum de Estudio para la Seguridad Nacional N° 200. Implicaciones del crecimiento de la población mundial para la seguridad de los Estados Unidos de Norteamérica y sus intereses ultramarinos-NSSM 200), que fue hecho público y desclasificado recién en 1991 por el gobierno de los Estados Unidos. Dado el caso que ayer se conversaba en relación a la Conferencia Internacional de Budapest de 1974, con este informe el gobierno de los Estados Unidos de aquel momento, manifestó toda una voluntad y concepto que involucraba las políticas de salud y especialmente aspectos del control de la natalidad, y que desde aquella época se han ido implementando en todo el mundo. Asi-



mismo, basta leer solamente el primer capítulo del libro Imperio de los autores Hardt y Negri que muchos de ustedes lo conocen, para que podamos observar la gran influencia que tienen una gran cantidad de instituciones supra nacionales, que lamentablemente han ido impulsando en los últimos 30 años un proceso de deshumanización en lo que significa políticas públicas y especialmente en lo que se refiere al control de la natalidad y la planificación familiar.

Agradezco la presencia de la Dra. Villanueva, dado el caso que ayer nos brindó alcances sobre los derechos reproductivos y es en relación a este tema que habría que agregar un punto más al contenido del tríptico que ha proporcionado la Academia Peruana de Salud, donde debe ser incluido como derecho reproductivo el aborto en determinados casos, dado que ayer en su presentación lo dijo muy claramente. En el nivel supra nacional el derecho al aborto está integrado.

Me permito recordar que el año pasado los derechos humanos en relación a la mujer también fueron vulnerados en nuestro país, por un desabastecimiento de la medroxi-progesterona, que es la ampolla que utiliza el Ministerio de Salud en actividades de planificación familiar, y que representa el primer método artificial de elección de las mujeres (medio millón de usuarias aproximadamente). Definitivamente no tuvieron ese acceso a través del Estado y sería pertinente saber qué instituciones privadas se habrían beneficiado con este desabastecimiento. Espero que la Defensoría del Pueblo tenga conocimiento de esto.

Con relación a la CIPD de El Cairo y revisando el libro proporcionado por las Naciones Unidas, en el Preámbulo, capítulo XV dice «*la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo no crea ningún derecho humano internacional nuevo pero afirma que las normas de derechos humanos universalmente reconocidas se aplican a todos los aspectos de los programas de población*»; y de igual forma en el capítulo II del mismo documento abarca los principios.

Pero lo curioso de esto es que en el libro «Seguimiento a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), proporcionado también por Naciones Unidas, se observa que en el capítulo III dice: *Igualdad y equidad de los sexos y potenciación del papel de la mujer*, nos habla

sobre: A. La promoción y protección de los derechos humanos de la mujer, B. Potenciación del papel de la mujer, y C. Integración de una perspectiva de género en los programas y las políticas. Este último, en el documento original de la CIPD de El Cairo no aparece como acuerdo. Entonces cabría la pregunta: ¿cuántas cosas probablemente pueden hacerse y modificarse sin conocimiento de la ciudadanía? Muestro esta inquietud ante representantes probos del Estado, las instituciones privadas y públicas.

Pregunta a la Dra. Maíta García: Con todo lo expuesto en relación a la visión católica, ¿es realmente popular esta visión para las personas en Latinoamérica?

Profesora ROSA LINDA ROJAS

Pertenezco a Renovación Carismática Católica. Como el ser humano es un todo, es cuerpo, alma y espíritu, muchas veces hay conflictos al interior de las personas, sobre todo quisiera que responda la representante de la Conferencia Episcopal a lo siguiente: ¿La píldora del día siguiente es abortiva o no? Si no es abortiva, ¿por qué la opinión en contra del uso de esta píldora por la Iglesia Católica? ¿Cuáles son las razones por las que la Iglesia Católica se opone a la fecundación asistida?

Dr. MANUEL FERNÁNDEZ IBARGUEN

Mi pregunta es para el Dr. Avendaño. Si la Iglesia Católica goza de un estado de privilegio, ¿de quién depende regularizar esa situación, de las autoridades del Estado peruano que le dan esa facultad o del Vaticano?

Dra. BETTY CABREJOS ACOSTA



Los enfoques presentados desde el punto de vista de la mujer son de la fase reproductiva, pero también ligada al mundo espiritual. Si hablamos de la reproducción en sí, quién da vida es la mujer, por lo tanto mi pregunta se dirige a la protección del derecho de la mujer a la toma de decisión libre para hacer una verdadera planificación responsable. Estamos escuchando anticoncepción de emergencia y aborto, entonces estamos hablando del derecho que tiene la mujer para procrear vida, que tiene la relación espiritual de dar vida a otro ente humano, así como de procrear seres humanos que van a poblar el mundo, que trae como consecuencia problemas de población.

Dr. ARTURO GÁRATE SALAZAR



Primero la felicitación a la brillante participación del panel. Dos temas puntuales de actualidad: uno que puede ser un hecho en el futuro, el posible embarazo del hombre; y el otro sobre el matrimonio de homosexuales. ¿Cuál es la opinión personal del Dr. Jorge Avendaño?

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO

Después de las excelentes exposiciones, hay una conclusión muy clara que va a ser de gran repercusión y utilidad: las coincidencias de la Dra. Loli y el Dr. Avendaño en la visión jurídica y la visión del Estado. Han sido contundentes y lo expuesto por los representantes de las iglesias no ha sostenido lo contrario. Cada una tiene su respectiva visión, pero nadie ha pretendido que las iglesias puedan invadir la competencia del Estado. El ejemplo que el Dr. Avendaño ha mencionado de España es terminante.

Esto da una claridad total para el futuro y considero que situaciones como la que tuvo que atravesar la Dra. Mazzetti no se van a repetir, simplemente porque de acuerdo a la Constitución y otras normas a cada quien le corresponde su ámbito, que en democracia tiene que ser respetado.

Dra. RUTH SEMINARIO RIVAS

Escuché al Dr. Paúl Alfaro que nuevamente la Iglesia Evangélica coordina con el Estado. Quisiera saber si en esa coordinación está también la aceptación de todas las políticas que se dan sobre salud sexual y reproductiva. Por otro lado, su opinión sobre el aborto, la homosexualidad y el lesbianismo.

Dra. JOSEFINA ANEGO

La Dra. Loli decía que es obligatorio obedecer la ley y que la persona que trabaja en una institución pública tiene que obedecer la ley y no puede haber objeción de conciencia. A la Dra. García que es psiquiatra, ¿no le parece que sería esquizofrénico que una persona en su casa, en su familia, con sus amistades defendiera la vida y en su trabajo no? Creo que hay que ser coherente; la persona debe tener en su manera de pensar y de actuar, esté donde esté, una coherencia de vida. Por otra parte, no debemos perder de vista que el Perú ha sido por muchos años un país católico; entonces en la mentalidad de la gente, si bien falta doctrina, conocimiento y educación, hay una fe que existe y lógicamente se escucha a la Iglesia. A mi me parece que lo que se quiere conseguir es que las personas digan la Iglesia por acá y la vida por allá; matar está mal y vemos en otros países que la vida se puede manipular tanto al engendrar como al morir, hay un interés a nivel mundial con estas políticas de planificación para destruir a la mujer, destruir el matrimonio, destruir a la familia, me parece que eso no podemos negarlo.

Sr. OSWALDO FERNÁNDEZ

Pertenezco al Concilio Nacional Evangélico del Perú. Me gustaría tener del Dr. Avendaño el comentario respecto a cómo ve la relación Iglesia-Estado en lo que significa el movimiento norteamericano prioritariamente bautista. Clásicamente preconizaba la separación Iglesia-Estado pero hoy se mueve hacia una fuerte relación, quizás a través de la influencia de las corrientes fundamentalistas de nuestra época, que van llegando a una coinci-

dencia entre los sectores fundamentalistas de la cristiandad católico-romana y el fundamentalismo de la cristiandad protestante. Me parece que es una variante interesante en el Estado moderno, en el cual la relación Iglesia-Estado vuelve a situaciones que van condicionando las prácticas éticas de nuestra época.

Dr. JORGE AVENDAÑO

Dije que la Iglesia Católica tiene un régimen privilegiado comparado con otras iglesias y eso es verdad. Confiere el privilegio un convenio suscrito con el Estado peruano, que a su vez tiene base en la Constitución de la República de 1979. Se entiende que este convenio forma parte de la colaboración que hay entre el Estado y la Iglesia y es una colaboración estrecha, cercana, próxima y privilegiada; eso no se puede discutir. Con igual derecho otras confesiones religiosas podrían proponerle al Estado peruano la celebración de convenios, no sé si iguales, análogos o similares, pero convenios en definitiva.

Sobre el embarazo de los hombres, lo único que puedo decir es que en tal caso tengo la garantía de que los hombres saldrían embarazados sólo una vez, no más... No puedo decir más. Sobre el matrimonio de homosexuales: presido la Comisión Revisora del Código Civil y éste regula el matrimonio. En el seno de la comisión ni siquiera se ha planteado si se va a incluir el matrimonio entre homosexuales. Y si usted me preguntara cómo votaría hoy, no votaría a favor del matrimonio homosexual. No sé si voy a cambiar de opinión, no he pensado mucho en el tema y reconozco que mi razón no está preparada todavía para aceptar eso.

El Dr. Sánchez Moreno aclaró muy bien, hay competencias distintas. Asimismo, es verdad que hay incompetencias en los campos ajenos y así como el Estado en el Perú es incompetente para legislar sobre el Concilio Vaticano, sobre la elección del Papa o sobre problemas de dogmas, la Iglesia es incompetente para normar en materias económicas, sociales o antropológicas. Entonces si hablamos de incompetencias mutuas también podemos hablar de competencias distintas; eso lo ha destacado muy bien el Dr. Sánchez Moreno y es correcto que esta noche nadie ha dicho cosas distintas.

Finalmente se ha mencionado el caso de los Estados Unidos donde hay una separación Estado-Iglesia, sin duda, pero también hay una influencia

grande, empezando por el presidente Bush y por los fundamentalismos, pero esa es una situación de hecho que está ocurriendo, porque la prensa presiona, porque hay movimientos, grupos de presión muy grande, intereses que están detrás de todo eso, en fin no es una situación de derecho. En los Estados Unidos jurídicamente no hay colaboración como en el Perú, hay separación total que es la tercera etapa de las cuatro que mencioné; ahora, también en las grandes democracias hay muchas veces un abismo entre los hechos y el derecho.

Dra. MAÍTA GARCÍA

Se me ha preguntado si no tenemos el temor de que la Iglesia Católica resulte impopular. Cuando se hace esta pregunta es ignorar un poco la naturaleza de la Iglesia Católica. La Iglesia no es un club que necesite sacrificar y modificar estatutos para adquirir mayor membresía, la Iglesia se mueve en base a principios y muchas veces ni siquiera son opinables, por ejemplo en la defensa de la vida. La Iglesia no es ajena a la presión internacional, que hay por ejemplo para poner límites a la natalidad o a determinados aspectos de los programas de salud reproductiva, pero debe sostener tranquilamente sus principios porque nosotros no dependemos de ningún organismo internacional, nadie nos financia. Sostiene sus principios que no son otros que un poco los principios de la ley natural, están inscritos en lo más íntimo en el corazón de todos los hombres y conoce sus limitaciones. Sabe perfectamente que no está en capacidad de imponer, pero está en la obligación de seguir sosteniendo las cosas que sostiene.

En lo que respecta a la píldora, es abortiva lo dijimos, está todavía en el plano de la discusiones, cada día salen más trabajos a favor y más trabajos en contra, en tanto la Iglesia no puede aprobar algo si no hay la absoluta seguridad de que no lo es. A nosotros no nos corresponde probar que la píldora es abortiva, porque nosotros no tenemos ningún interés en la píldora. Corresponde a quienes tienen interés de que se distribuya, como se está distribuyendo.

La situación en la fertilización asistida es muy grave, ustedes saben que se fecundan y se seleccionan los óvulos y que ahora se seleccionan menos. Leí en El Clarín de Buenos Aires que en dicha

ciudad hay 1.300 embriones congelados en los centros de fertilización asistida y no saben qué hacer con ellos. Tampoco se les puede botar a la basura y hasta las personas que hablan con tanta desaprensión saben que son vidas; entonces están pidiendo que se levante una ley que hay en Argentina que protege la privacidad de los padres de estos embriones y que recojan pues sus embriones que están ahí congelados. Entonces cómo no se va a oponer la Iglesia Católica, que defiende la sacralidad y la inviolabilidad de la vida.

Cuando se habla de la coherencia y la posibilidad de la objeción de conciencia, cuando uno tiene una confesión religiosa no puede ser católico sólo los domingos, lo es en todos los ámbitos de su vida, lo más coherente posible. Es grave impedir la objeción de conciencia, porque si un médico piensa que debe internar a un paciente, pero las normas le dicen que no requiere ser internado; si ese paciente se muere, el que va a ir a la prensa y va a ser hostilizado es el médico, y eso no tiene nada que ver con la salud reproductiva. La objeción de conciencia debe implantarse en todos los ámbitos.

Lo de la destrucción de la familia y de la sociedad es bien interesante y doloroso. Primero quisieron que fuésemos familias chiquitas y ya lo consiguieron. En España por ejemplo en este momento el índice de natalidad está en 1,5 igual que en China. Entonces la próxima generación no va a tener hermanos, la generación siguiente no va a tener ni tíos ni primos, van a ser personas completamente aisladas, solitarias ávidos de amor, manipulables, que van a querer que los quieran, van a aceptar cualquier cosa.

Dr. PAÚL ALFARO

En lo que respecta a las preguntas, nosotros nos basamos en principios a través de un pueblo en fe que ha sido narrado en la Biblia y un elemento sustancial es la experiencia de la misma Iglesia a través de los años, mediante su confrontación en la historia y en nuestra experiencia propia, que nosotros decimos que es el espíritu de Dios el que siempre nos mueve y nos está hablando constantemente a través de la realidad.

Un hecho importante es ser muy responsables en canalizar científicamente, en tratar de tener datos concretos, de examinar el grupo social, la familia, la

persona individualmente o al país en su conjunto. Creo que este es un reto permanente del cristiano para optar por una posición en estos problemas. Sobre esa base muchas Iglesias Evangélicas coordinan con diferentes instancias del Estado en términos de dar uno de los elementos más grandes que tiene el principio cristiano, de dar vida y aumentar la calidad de vida.

En la homosexualidad nuestra posición es clara. La creación de la vida, la capacidad de procrear está dada por un óvulo y un espermatozoide de la mujer y el hombre, y eso representa el cuidado de una misma pareja, ambos son responsables y tienen una sexualidad que nos ha dado Dios de poder establecer una atracción enorme. Aunque muchas veces se desvirtúa, hay investigaciones sobre lo que son las relaciones endocrinas propias, también existe el factor cultural y el factor social. Tenemos que ver la forma de no marginarlos, ni verlos como los leprosos en la época de Cristo, sino más bien restablecer su vida y generar vida en ellos como Cristo lo hizo con la prostituta y como fue Él quien la llamó y la protegió y vio su problema; entonces en ese sentido nos basamos.

La mortalidad materna no solamente tiene que ver con servicios para atender emergencias en el momento del aborto, también tiene que ver con la idiosincrasia de la gente, tiene que ver con la forma en que concibe la gente el aborto, no solamente con el aspecto biomédico, sino con la cultura, la imaginación y con lo que piensa acerca de la atención del parto y nuestros servicios de salud. Ahí hay debilidades que nosotros como cristianos tenemos que señalar en cada momento y estar vigilantes desde el mismo trato hasta el ritual que tenemos como médicos o servidores de salud para atender a las personas; todo eso significa una forma de ver la cultura y también choques culturales que se puedan dar. Nosotros solamente como cristianos intentamos tener la obediencia a lo que es la defensa de la vida y de la justicia.

Donde hay concepción hay vida y si hay vida tenemos que defender esa vida a como dé lugar; pero nos preguntamos en países como Cuba, donde el aborto es libre, existen menos muertes por infecciones de tipo sepsis. Entonces dónde está el problema, está en el aborto mismo, en la deses-

peración de las mujeres, en las familias que están desprotegidas, en el hombre, en su machismo, todos esos elementos tienen que ser vistos dentro de una óptica integral para la defensa de la vida. Nosotros nos basamos en una fe en Dios que nos ama, que nos quiere, que nos brinda vida y esa vida debemos defenderla, todos mancomunadamente, Iglesia y Estado en su conjunto para poder complementarnos en esta tarea tan difícil.

Dra. SILVIA LOLI

La homosexualidad no es un delito ni está penada por la ley. De acuerdo a nuestro marco normativo la persona homosexual es un ciudadano con iguales derechos que todos los demás.

El aborto es un delito en el Perú y está todavía penado. Lo que no podemos decir es que las mujeres que abortan encima son pecadoras; esa es una adjetivación religiosa determinada, pero desde nuestro trabajo como funcionarios públicos ligados a temas de salud no pueden ser objeto de presión, juzgamiento moral, ofensa o discriminación. El ámbito de la salud es un espacio de atención y la atención al aborto incompleto es parte de nuestra función para evitar la muerte y proteger la vida.

En relación a la objeción de conciencia, la Ley General de Salud señala que se puede hacer uso de este derecho siempre que no se derive en riesgos para la salud de terceras personas, es decir que no involucre finalmente la decisión de terceros, porque no se puede recortar los derechos de la persona que viene a solicitar un servicio determinado. Mis derechos terminan donde comienzan los del otro y estamos hablando de personas que van a solicitar un servicio de salud reproductiva a un profesional de salud, cuya obligación y cuyo contrato le dice que tiene que brindar ese servicio. La anticoncepción oral de emergencia no es ilegal en nuestro país, está regulada por las leyes. Hay que señalar con claridad que el funcionario que ejerce la función pública está representando al Estado, no puede recortar derechos fundamentales de la persona, son derechos individuales, no son derechos de grupos. Entonces si la persona siente que sus ideas y valores religiosos son contrapuestos al tipo de servicio que

se brinda, lo que debe hacer a nivel ético es pedir otro tipo de trabajo.

Ya que se ha hablado que los métodos anticonceptivos nos invaden con opciones extranjeras, lo real es que cuando uno va al mundo rural se da cuenta de qué cosas realmente quieren las personas. Cuando hubo escasez de inyectables, las mujeres decían que ellas no querían tener más hijos, porque lo toman como un riesgo. Porque colocar un hijo más en su familia puede hacer que mueran todos los demás de hambre, esa es la situación que se vive en el país. Ellas necesitan tener seguridad y tranquilidad, eso revierte en la tranquilidad de su familia y de sus hijos. Sería ilógico colocar a un profesional de salud que le diga: sabes que mi religión considera que eso es inmoral, es pecado, por lo que te recomiendo no usarlo. Lo que es ilegal e inmoral es introducir el razonamiento personal en la función pública.

Dra. ROCÍO VILLANUEVA

El Tribunal Constitucional se ha pronunciado sobre la constitucionalidad de no penalizar el aborto en tres supuestos, que son: aborto terapéutico cuando peligra la vida o la salud de la mujer, aborto en casos de violación y aborto eugenésico, es decir cuando el nuevo ser tiene gravísimas malformaciones incompatibles con la vida. Son esos tres casos y no hay ningún otro, como falló el Tribunal Constitucional invocando varios derechos de la Constitución española. Menciono tres derechos que nadie niega: dignidad de la persona, derecho a la intimidad y derecho a la autonomía individual. En estos casos dramáticos van a prevalecer los derechos de la mujer. Y ojalá que ninguna mujer tuviera que abortar.

Dr. DANIEL ASPILCUETA GHO
Moderador

Agradecemos a la Academia, a los auspiciadores, expositores y asistentes, cuya destacada participación ha hecho posible alcanzar a plenitud los objetivos del evento. Hemos concluido con un debate abierto, en un tema que ha mantenido el permanente interés de la audiencia.



XXXIV Foro «Salud y Desarrollo»

RELACIONES ESTADO - IGLESIAS Y EL DERECHO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Conclusiones

1. Los derechos reproductivos reconocen el derecho básico de todas las parejas e individuos: a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos; 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.

Los derechos sexuales implican la posibilidad de elegir cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales; el derecho a la opción sexual; y el reconocimiento del placer sexual, incluyendo el autoerotismo; y se basan en la autonomía de la persona respecto de su cuerpo y sexualidad.

2. En el Perú del 2005, cada día 2.096 mujeres quedan embarazadas, 813 son embarazos no deseados, 314 mujeres sufren complicaciones obstétricas, 94 son abortos incompletos atendidos en el sistema de salud y 2 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La situación de la mortalidad materna evidencia la injusticia social, la inequidad de género, la subvaloración de los problemas de salud de la mujer y la falta de competencia para responder al derecho de la salud de las mujeres más pobres.
3. No se podrá lograr soluciones plenas en derechos reproductivos en el Perú -especialmente en lo que se refiere a la mortalidad materna- si no se avanza simultáneamente en

los derechos a la salud y la seguridad social. Frente a la inequidad e ineficiencia en salud, en el impostergable proceso de reforma se plantean cuatro prioridades fundamentales: desempeño eficiente del sistema nacional de salud, transformación y desarrollo del primer nivel de atención, aseguramiento solidario universal en salud y acceso de todos a medicamentos esenciales de calidad.

4. La igualdad de género no es sólo un objetivo del derecho de las mujeres, sino que desempeña un rol fundamental para alcanzar todos los demás objetivos.
5. Aunque los derechos de las mujeres son violados de la misma manera que los derechos de los hombres, también son violados de manera distinta y estas formas de violaciones específicas tienen que ver con los derechos sexuales y reproductivos.
6. La Defensoría del Pueblo identificó el 2002 desabastecimiento de métodos anticonceptivos en los servicios públicos de planificación familiar y cobros indebidos a las mujeres, a las que se multaba si es que no habían acudido a los controles prenatales o porque no habían dado a luz en los establecimientos de salud.

El 2003 la Defensoría recomendó al Ministerio de Salud que distribuyera en los servicios públicos los anticonceptivos orales de emergencia porque no era un método que vulneraba principios constitucionales y porque la provi-

sión exclusiva en las farmacias privadas que había autorizado era absolutamente discriminatoria.

7. El respeto a la libertad de culto y la garantía de que el Estado respete los derechos fundamentales de la persona no se oponen; más aún, se complementan. Por ello, en salud sexual y salud reproductiva, si un profesional funcionario público piensa que primero es su creencia religiosa, no debería trabajar en esa área, pues éticamente estaría impedido de hacerlo.
8. La Comisión de Salud del Concilio Nacional Evangélico del Perú considera que como cristianos tenemos la responsabilidad de contribuir a la luz de la Palabra de Dios, a preservar y promover la vida y dar vida en abundancia, como Cristo nos demanda. Esa responsabilidad tiene que ser en relación con las diferentes instancias de nuestra sociedad y el Estado. En cuanto a la planificación familiar, manifiesta que no es dable suprimir que el ser humano exprese preferencias y tome opciones.
9. La Iglesia Católica mantiene las mismas reservas que presentara en las conferencias internacionales de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y Sobre la Mujer (Beijing, 1995). La Conferencia Episcopal Peruana reitera la sacralidad de la vida en todas sus edades y situaciones, desde la concepción hasta la muerte natural. Señala la inviolabilidad de la misma y asume la defensa de la familia conformada por un hombre, una mujer y los hijos que puedan procrear de manera responsable y en concordancia con las normas y valores morales. El aborto, cualquiera sea su modalidad -quirúrgico o químico-, es considerado un crimen por la Iglesia Católica.
10. Entre el Estado y la Iglesia hay independencia. Comparten ámbitos distintos. Nada se deben el

uno al otro. Las reglas o decisiones del uno no afectan a la otra, y viceversa. Por cierto, el Estado tiene la facultad de regular la vida de todos los peruanos, y por consiguiente también de los peruanos católicos. Y la Iglesia peruana, en cuanto institución, queda regida en lo terrenal por las leyes del Perú. Pero sus campos de acción son diversos y por tanto no se cruzan ni interfieren recíprocamente.

11. La Constitución declara que el Estado y la Iglesia son autónomos. Debe entenderse que lo son en sus respectivas competencias. Como autónomos que son, cada uno se regula y se gobierna, sin admitir la influencia, la presión o la imposición del otro. La Constitución es enfática en que el Estado presta su colaboración a la Iglesia. Ello, aunque no se dice explícitamente, es consecuencia de que la Iglesia es elemento importante en la formación histórica, cultural y moral del país.
12. No puede admitirse que la Iglesia como institución pretenda influir en las decisiones que eventualmente adopte el Estado peruano. La intervención de la Iglesia en los asuntos que corresponda al Estado es contraria al sistema democrático.

Este se caracteriza por una celosa y estricta distribución de competencias. Cada órgano tiene las predeterminadas por la ley y sus integrantes son elegidos o designados en la forma también establecida por la ley. No se concibe que un ente ajeno a las instituciones de la democracia tenga la posibilidad de influir en las decisiones que esos órganos adoptan. Menos aún que hagan primar criterios de carácter religioso que pueden ser muy respetables, pero que no deben inspirar las decisiones políticas.