

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD POR LAS MUJERES EN PERU Y DISCRIMINACION EN
GENERAL DE LA MUJER RURAL

REPORTE SOMBRA SOBRE EL CUMPLIMIENTO POR PARTE DEL ESTADO PERUANO DE LA
CONVENCION INTERNACIONAL SOBRE LA ELIMINACION DE TODAS LAS FORMAS DE
DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER (CEDAW).

ARTICULOS 10,12,14

GRUPO MUJER Y AJUSTE ESTRUCTURAL DEBATE Y PROPUESTAS (MIEMBRO DE LA RED
LATINOAMERICANA "MUJERES TRANSFORMANDO LA ECONOMIA").

ORGANIZACIONES DE PARTE DEL GRUPO MUJER Y AJUSTE ESTRUCTURAL PERU:

INSTITUTO DE "INVESTIGACION Y CAPACITACION DE LA FAMILIA Y LA MUJER

INCAFAM

RED NACIONAL DE PROMOCION DE LA MUJER -RNPM

ASOC. FILOMENA TOMAIRA PACSI. SERVICIO A LA MUJER MINERA

INSTITUTO DE SALUD Y TRABAJO -ISAT

PROGRAMA LABORAL DE DESARROLLO- PLADES

ASOCIACION AURORA VIV AR

SUCO-PERÚ

CUSO -PERÚ

OXFAM REGION ANDINA

JULIO 1998

ELABORADO PARA LA DECIMO NOVENA SESION DEL COMITÉ PARA LA ELIMINACION DE TODAS
LAS FORMAS DE DISCRIMINACION CONTRA LA MUJER.

CONTENIDOS

INTRODUCCION

ESFERAS PRINCIPALES DE PREOCUPACIÓN

I.- ASPECTOS GENERALES

II.- REPORTE SOBRE EL ACCESO A RECURSOS Y CALIDAD DE LOS SER.¿ICIOS DE SALUD PARA LAS MUJERES EN EL PERÚ: INFORMACIÓN SEGÚN PROVISIONES SUSTANCIALES DE LA CEDAW.

ARTICULO 10 {H)

ACCESO A INFORMACIÓN EDUCATIVA PARA ASEGURAR LA SALUD Y EL BIENESTAR DE LAS FAMILIAS.

ARTICULO 12

DISCRIMINACIÓN DE LA MUJER EN LA ATENCIÓN DE SU SALUD/ DESDE LA SALUD INTEGRAL DE LA MUJER.

ARTICULO 14

DISCRIMINACIÓN GENERAL DE LA MUJER EN ÁREAS RURALES: ACCESO A SERVICIOS ADECUADOS DE ATENCIÓN MÉDICA.

INTRODUCCIÓN

Un aspecto que ha tenido un seguimiento relativamente reciente respecto de otros temas de salud mujer, pero que es un eje para una visión de salud integral para las mujeres, es el del acceso a los servicios de salud ya una calidad de atención integral. En el ejercicio de sus derechos económicos, sociales y culturales y sobre todo en el garantizar sus derechos plenos a la salud y al acceso sin discriminación alguna a los servicios de salud para la atención integral de salud mujer y no sólo en la etapa reproductiva o como madres, acceso y calidad tanto desde la prevención hasta la recuperación en cualquier etapa de su vida, sin prejuicios económicos, raciales, culturales o de cualquier índole.

Para poder medir los aspectos de desigualdad en el acceso a los servicios de salud u otros de discriminación a las mujeres es necesario incorporar un componente de vigilancia y monitoreo permanente basado en los acuerdos internacionales, que no solo mida calidad y eficiencia de los servicios de salud como un problema principalmente de oferta, sino que haga visibles a las usuarias en un marco de desarrollo humano, a las promotoras(es) de salud y sus propias redes de servicios (redes de organizaciones de mujeres en zona costa) especialmente de aquellos promotores y promotoras que se encuentran trabajando en zonas rurales de sierra y selva en el país.

En los datos encontrados para el caso peruano, siempre el gasto social en salud ha sido bajo con respecto al PIB, existiendo mas bien poca práctica de políticas Sociales con mirada de largo plazo dirigidas al conjunto de la población como en otros países latinoamericanos, siendo básicamente el caso de la educación gratuita, que en estos momentos ya está priorizando la escolaridad primaria.

La modernización del estado no debe estar basada únicamente en indicadores individuales de costo beneficio. Si bien hay que recogerlos, estos como resultados no son los únicos, puesto que ellos. Solo miden el impacto individuo pero es importante el enfoque complementario de los procesos sociales e históricos donde estos se desenvuelven en una visión macro. Se debe incorporar este enfoque en el sector para una conceptualización de desarrollo humano, tal como se recoge en la ley general de salud vigente en el Perú.

Es en este marco de reforma de salud que se hace imprescindible que al establecerse prioridades no se discriminen los derechos a una atención integral de salud para todas las mujeres sin discriminación alguna en cualquier rincón del país.

El objetivo de este reporte sombra será proveer de información tanto sobre el acceso a los servicios de salud por las mujeres, como del adelanto o avance de

derechos económicos, sociales y culturales para la mujer rural, especialmente los referidos a la eliminación de su discriminación (como en los aspectos centrales).

La medición y la información más relevante se recoge según por las zonas urbanas, rurales y amazónicas, cruzándose el análisis con otras esferas como el acceso a recursos económicos por las mujeres, niveles educativos para acceder a la información, acceso a mecanismos de decisión. Todo ello nos permite afirmar que se mantienen desigualdades regionales en el acceso a los recursos económicos por las mujeres rurales así como desigualdades en el acceso a los servicios de atención para su salud.

Existe carencia de indicadores, sistemas de monitoreo y estadísticas permanentes que visibilicen a la mujer rural en su contribución, así como sistemas que permitan una vigilancia de la salud de las mujeres, con ello nos referimos a un sistema de vigilancia nutricional con indicadores nacionales en mujeres y niños, incluso una mayor acuciosidad en las tasas de morbi-mortalidad materna y tasas de fecundidad con mediciones específicas por distritos para tener datos de mayor confianza, entre otros aspectos de salud integral como por ejemplo salud mental, salud ocupacional, embarazos de adolescentes, violencia, etc.

Por otra parte si bien se están implementando mejoras en el marco de la Reforma, sobre todo en lo que compete a la infraestructura de los servicios, los recursos técnicos y profesionales de salud, siguen siendo sumamente desiguales y diferenciados según regiones: siendo los de la zona urbana, médicos y técnicos en salud, mientras en zona sierra y zona selva en su mayoría, técnicos y promotores de salud, estos últimos básicamente son recursos muchas veces voluntarios de la propia población de la zona, este es un ejemplo entre otros que recogeremos en el presente reporte.

Hemos recogido la metodología utilizada por el reporte sombra de este año por DEMUS y CLADEM, haciendo en la primera parte una información general de la situación de la mujer en el Perú y en la segunda parte un análisis de artículo por artículo en los temas que sor:; materia de la convención. En tanto creemos permiten avanzar en los logros alcanzados desde la propia normatividad y acciones planteadas con la realidad de la propia ejecución de los acuerdos en los programas y políticas.

El grupo Mujer y Ajuste Estructural ha venido y está realizando pequeños estudios y procesos de investigación desde el enfoque de género y economía para el seguimiento de la aplicación de estos acuerdos y sus efectos en las mujeres especialmente de los que se refieren a los derechos de Segunda generación adoptados en la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDA W), así como también de los acuerdos y tratados internacionales adoptados por nuestro país. En ese sentido recogeremos también el DE LA IV CONFERENCIA DE LA MUJER EN BEIJING en el

tema pobreza, los objetivos que se vinculan o tienen concordancia con el tema Seleccionado par el reporte:

Favorecer el acceso a las mujeres y niñas que viven en la pobreza a los servicios de salud, de educación y sociales mediante la elaboración de una estrategia nacional y en colaboración con los sectores oficial y privado.

Con respecto al acapite de salud:

Se reconoce a las mujeres el derecho al control de su sexualidad, incluidas su salud sexual y reproductiva.

Entre los objetivos:

El acceso a las mujeres durante toda su vida a servicios de atención de la salud ya información y servicios gratuitos de bajos costos y de buena calidad.

Será sobre este eje que centraremos fundamentalmente el presente reporte sombra. junto con aquellos que atañen en especifico a la mujer rural.

CAMPOS DE PREOCUPACION PRINCIPAL

* El escaso y limitado acceso de las mujeres de las regiones rurales y amazónicas para la atención en los servicios públicos de salud, es una realidad tolerada respecto de la cual el estado no ha adoptado medidas para erradicarla, especialmente sobre el mantenimiento de un sistema tarifario para la atención del parto¹ que contradice normas nacionales con el no cumplimiento de los compromisos adoptados por el Estado peruano en el marco de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. La aplicación de este sistema tarifario excluye a un número importante de mujeres sobretodo a las que están en pobreza y extrema pobreza.

En el sub-sector público del sistema de salud hay desigualdades siendo disminuido el número de médicos que atienden en los servicios de salud integral especialmente en el control de la salud de la mujer. A nivel rural básicamente la atención es materno infantil ya la mujer en edad fértil.

Aun no se han mejorado las oportunidades de acceder a establecimientos y profesionales con mayor garantía de calidad. A nivel presupuestal los fondos del sector salud en 1998² se encuentran por debajo de lo dispuesto en 1995, y la inversión per cápita en salud no recupera los niveles de 1985-87 sobre todo en lo que se refiere a la infraestructura sanitaria especialmente en zonas rurales Sierra y Selva.

Es derecho de los usuarios el recibir una información adecuada de calidad y completa a fin de determinar su voluntad. Esto nos permite una toma de decisiones por parte de la usuaria con mecanismos adecuados y abiertos, un control verdadero y con transparencia para sus decisiones.

Problemas por la falta de información: El estado peruano no ha implementado mecanismos de vigilancia que permitan la medición continua de aspectos integrales y prevalentes de salud³ de la mujer. Siendo los embarazos precoces

¹ luego de visitas hechas a establecimientos de salud a nivel nacional hemos constatado que el cobro de tarifas por parto es una practica aceptada y conocida por las usuarias. El precio por un parto normal varia entre s/900 a s/90 (novecientos a noventa nuevos soles peruanos), en cualquier establecimiento del Perú.

² El Os 0 19-811SA declaro la gratuidad de estas prestaciones a partir de 1982. Esta norma no fue derogada expresamente. En la actualidad se vienen aplicando tarifas que son impuestas a las usuarias y que aportan al financiamiento de los servicios prestados por los establecimientos públicos de salud por concepto de "ingresos propios"

³

Un problema frecuente de salud especialmente en grandes poblaciones urbano-
Populares siendo responsabilidad del estado el darles atención, vigilancia,
control y políticas preventivas.

* Los grupos de mujeres más afectados por la no accesibilidad a los servicios
públicos de salud⁴ son aquellos que disponen de menor poder social, económico, y
educativo en quienes coincide una mayor mortalidad sobre todo en cuestiones
relacionadas con reproducción. Nos referimos principalmente en mujeres rurales
sobre las que se ejercen diversas formas de discriminación por condición
étnico-lingüística. Racial, y situación económica desfavorable. Esta no ha
continuado una política intensiva tomando medidas para prevenir, los problemas
mas frecuentes de salud de adolescentes de modo prioritario.

* El estado peruano no ha desarrollado recursos efectivos y oportunos para
garantizar el derecho a la salud mental. Dejando desatendida a un numero cada
vez mas alto de mujeres⁵ que han sufrido mal trato físico y psicológico, estrés
por sobrecarga de responsabilidades familiares o presión económica, o
estructura especialmente por casos de violencia política.

No se han producido cambios significativos en términos de responsabilidades
familiares compartidas entre varones y mujeres en los hogares en pobreza. La
extensión de las jornadas laborales en las madres trabajadoras ha generado que
las hijas adolescentes e incluso niñas de corta edad asuman responsabilidades
adultas en perjuicio de su educación y descanso. Por el imperativo de reunir
ingresos. Un contingente importante de niñas y adolescentes vienen colocándose
en el mercado laboral. Niñas y adolescentes procedentes de hogares en extrema
pobreza de localidades rurales amazónicas y andinas son incorporados a trabajo
doméstico bajo condiciones de servidumbre, con graves riesgos de violencia
sexual. Física y psicológica. El estado peruano no ha tomado medidas al
respectos salvo la ley de trabajo domestico de difícil y casi nula aplicación,
y sin mecanismos de sanción.

⁴ Disposiciones complementarias. Finales y transitorias.

⁵)La ley de violencia familiar. N° 26763

ASPECTOS GENERALES DE PERU

Millones de mujeres se reparten a todo lo largo del territorio peruano y constituyen el 50.32 de la población total, es decir, 23 millones de habitantes⁶. Cerca del 68% de estas mujeres viven en áreas urbanas y el 32% en zonas rurales. Específicamente estas ultimas se encuentran en su mayoría en condiciones de pobreza y extrema pobreza permanente. A lo que se añade que el 20% de ellas también hablan básicamente quechua como lengua materna⁷.

El 68.3% de la población de mujeres son madres. "La tasa global de fecundidad entre 1,989 y 1,991 fue de 3.5% hijos por mujer, descendiendo en 15% en los últimos cinco años según datos recogidos para 1996⁸

Existen distintas estimaciones de mortandad infantil para el período 1990-1992, desde 55 hasta 80 por 1.000 nacidos vivos, la tasa actual estimada de mortalidad infantil ha sido estimada en 43 por cada 1,000 nacidos vivos y la tasa de mortalidad materna fue estimada en 265 por cada 100,000 nacidos vivos.

En 1990 las tres primeras causas de defunción registradas en mujeres en edad fértil fueron la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. La anemia es uno de los principales problemas nutricionales de las mujeres. En 1996 las dos primeras son
por hemorragias en primer lugar y en segundo lugar por parto.

Existen datos aislados que muestran que siete de cada 10 embarazadas atendidas en establecimientos del Ministerio de Salud padecen de anemia nutricional por carencia de hierro⁹.

A estos aspectos hay que agregar el cumplimiento de todos los derechos suscritos y adoptados por el Estado Peruano desde un documento tan importante como el de Beijing.

⁶ Censo de Población Nacional. Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI Perú, 1993.

⁷ Tal como se señala en el estudio de las investigaciones Cecilia Blondet y Carmen Montero, sobre la situación de las mujeres en el país

⁸ ENDES-PERU 1996

⁹ CELADE 1997

En 1990 las tres primeras causas de defunción registradas en mujeres en edad fértil fueron la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas y las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio. La anemia es uno de los principales problemas nutricionales de las mujeres. En los datos OPS 98 en "perfiles de país" se señala, con respecto a estos años coincidiendo con la ENDES 96 que la tasa global de fecundidad disminuyó en 13%. Las mujeres en edad fértil entre 15 y 49 años son el 24% de la población total.

Entre los problemas más frecuentes de salud de la mujer tenemos aun el de la Morbi-mortalidad materna con una tasa de 3.5% entre 1981-1993. Si bien esta Tasa descendió de 321 muertes por cada 100,000 nacidos vivos en 1991, a 261 muertos por cada 100,000 vivos en 1,993, aumento a 265 muertes por cada 100,000 vivos en 1993¹⁰.

Un capítulo fundamental de la salud es el que corresponde a la salud reproductiva. En efecto, este tema concita preocupación no sólo por sus aspectos éticos, asociados a la defensa y preservación de la vida, sino también porque. Si bien involucra al hombre y la mujer, guarda estrechos vínculos con la condición de la mujer en la sociedad y con el proceso de socialización temprana de los niños. En este campo, el descenso de la fecundidad ha sido el fenómeno más notable de los últimos años en América Latina y el caribe, que si bien no se tradujo en una inmediata reducción del número de embarazos, partos y atenciones post-natales, sí desaceleró el ritmo de crecimiento de dichos hechos. Sin duda, estos cambios se vinculan con un incremento en el uso de anticonceptivos y un desplazamiento de los nacimientos hacia las edades de menor riesgo, lo que ha promovido un mejoramiento de la salud reproductiva, que tendrá repercusiones favorables sobre los indicadores de morbi-mortalidad, tanto materna como infantil.

En la ENDES 1,996 se señala que el 53% de los nacimientos de los últimos 5 años Ocurrieron en alguna condición de alto riesgo reproductivo¹¹ este sigue siendo el problema principal, de mortalidad materna. Siendo la segunda causa por aborto.

¹⁰) Endes-Perú 1996

¹¹ Celade/Centro Latinoamericano de Demografía 1998 Artículo: salud y derechos reproductivos, planificación familiar y bienestar de la familia. Párrafo 16 y Endes 1996

Aún existe una proporción importante de nacimientos que provienen de mujeres en edades de alto riesgo, en particular las adolescentes, lo que constituye un motivo de seria preocupación tanto por los riesgos biológicos que conlleva como por las consecuencias negativas sobre el desarrollo futuro de madres e hijos. La importancia del embarazo de las adolescentes en el momento actual es justificación suficiente para el uso de medios eficaces de prevención y atención; en este sentido, cabe aludir a la implementación de medidas concretas destinadas a los jóvenes (de ambos sexos), relacionadas no solo con la educación sexual y el acceso a información adecuada sobre los métodos de planificación familiar, sino servicios a su atención y prevención.

Asimismo, grandes contingentes de mujeres, en especial mujeres indígenas o las que viven en condiciones de pobreza extrema especialmente en las zonas rurales y urbanas, se encuentran en situación vulnerable, debido a sus bajos niveles socioeconómicos y educativos ya su elevada fecundidad; Esta vulnerabilidad se ve agravada por la precariedad de la atención general de la salud. Estas mujeres son las que tienen menos acceso a los métodos anticonceptivos -en particular, a los más modernos- y entre ellas se encuentran los porcentajes más elevados de embarazos no deseados, por lo que representan un desafío para los programas de salud reproductiva¹².

Otro aspecto que debe destacarse por su relevancia respecto de la salud reproductiva es la incidencia de las enfermedades de transmisión sexual, el aborto y la mortandad materna. Todos ellos son fenómenos que, por la falta de estadísticas confiables y las dificultades -incluso legales- para su obtención, aún no pueden cuantificarse adecuadamente. Pese a esta carencia de datos precisos, las estimaciones disponibles dan una señal de alerta sobre su gravedad y persistencia como problemas de salud reproductiva¹³.

Un buen estado de salud no¹⁴ sólo facilita el logro de un mayor bienestar individual y un más elevado nivel de equidad social, sino también contribuye a un desarrollo humano sostenido. Por ende, la inversión en salud es una condición básica para que los países de la región avancen hacia la realización efectiva del potencial creativo y productivo de la población.

¹² Ibidem párrafo 17.

¹³ Ibidem 18 y 19

A ello se agrega el problema de violencia sexual en 1,994 se registraron 5,903 denuncias sólo la delegación de mujeres lima-Metropolitana. 14 la estimación promedial calculada por las organizaciones de mujeres como DEMUS, MANUELA RAMOS, y otras está alrededor de 25,000 casos denunciados por año. (Doctora Silvia Loli/Flora Tristán).

¹⁴

De acuerdo con el censo de establecimientos y servicios de salud del Ministerio (1996), el ministerio de salud cuenta con 5, 926 establecimientos de salud, siendo 136 hospitales, 1028 centros de salud y 4,762 puestos de salud. De acuerdo con el censo de infraestructura sanitaria de 1992, el sector salud contaba con 4,630 establecimientos, de los cuales 455 correspondían a hospitales, 1 ,083 eran centros de salud y 3079 puestos sanitarios.

El presupuesto del año 1995 del sector salud fue de 1.272 millones de soles (aproximadamente 600 millones de dólares), incrementándose en 122.4% con respecto al año 1994. El presupuesto para 1998 es de 1,587 millones soles (aproximadamente 567 millones de dólares) cifra por debajo de la destinada tres años atrás, la cual resulta aún menor al referirla a las mayores magnitudes de la población y del PBI nacionales en 1998. Aún no se alcanza los niveles de 1985- 1987 en cuanto a gasto público ejecutado en salud.

Otro de los aspectos graves dentro de la salud integral de las mujeres es el que se refiere a deficiencias nutricionales en niñas y mujeres (prisma) en estos últimos años. Al mismo tiempo el 55% de las mujeres gestantes o que estaban dando de lactar tenían anemia, según estudio de Zavaleta 1,993. Desgraciadamente como se señala en la ENDES 96, en el Perú no hay estadísticas continuas que ayuden a la medición permanente de este tipo de problemas que permitan políticas Correctivas.

Entre agosto de 1,997 y fines de diciembre se registraron 21,425 denuncias; otro aspecto grave es el que corresponde al embarazo precoz, el 60% de los embarazos precoces correspondiente a niñas de 12 a 14 años son producto de relaciones forzosas de incesto y de violación sexual por familiares cercanas a ellas (Demus: Roxana Vázquez y otras).

Además de estos aspectos se agregan otros de salud integral, como infecciones de carácter urinario, prolapso y otros de carácter circulatorio como varices producto de la sobrecarga de trabajo cotidiano, cáncer al cuello uterino que constituye la primera causa de muerte de cáncer de las mujeres en el Perú y el cáncer a la mama que es la segunda causa de muerte de cáncer sobre la mujer; así como del incremento de sida por contagio por relaciones sexuales¹⁵.

Las mujeres en 1,993 registraban el 11 ,4% del total de casos de SIDA, siendo el 75% de ellas infectadas a causa de transmisión sanguínea y perinatal, Las mujeres

¹⁵ Documento 3 "Ajuste Estructural. Una mirada desde las Mujeres" del Grupo Mujer y ajuste estructural/debate y propuesta. Tiene un riesgo 3 veces más alto que los varones de infectarse con el VIH a través de la vía parental

A todo ello se suma el de salud mental que se producen ante la doble o triple jornada de trabajo, los cambios físicos emocionales, y la violencia que la rodea lo que produce en la mujer el agotamiento y estrés permanente lo cual también tiene que ver ¹⁶con el Rol principal que asume la mujer del cuidado de la salud de lo demás miembros de la familia, descuidando el suyo propio. Desgraciadamente en nuestro medio el cuidado de la salud de los niños así como la crianza misma no es asumida por los varones¹⁷.

Podemos, por los datos encontrados en ENDES 96, concluir que la oferta institucional de salud tampoco es suficiente para las demandas de salud integral de las mujeres, priorizándose básicamente el de la planificación familiar y salud materna.

Lo cual recogiendo las palabras de la OPS en el marco de su programa de Mujer, Salud y Desarrollo, sobre el tema de genero de 1993 se planteo:

El interés por la salud de las mujeres, por parte del sector salud, ha estado guiado mas por la idea de que las "mujeres" como sub-grupo poblacional son sinónimo de "madres" que por la de ayudar a las mujeres a vivir vidas mas sanas y mejores para su propio beneficio¹⁸.

Siendo así se expresan las tendencias que se dan en los servicios públicos de salud, las políticas y programas que tienen que ver con mujeres que siguen basados en el binomio padre-niño.

¹⁶ Trinidad Guerrero. DEMUS, Enero 1997-Lima.

¹⁷ Documento 3 "Ajuste Estructural Una Mirada desde las Mujeres" del grupo Mujer y ajuste Estructural/Debate y Propuesta

¹⁸ El Programa Mujer, Salud y Desarrollo se ha involucrado al sector salud en estos últimos 3 años sobre todo en el tema de violencia

ARTICULO 10 (H)

Acceso a información educativa para asegurar la salud y el bienestar de las familias incluidas información y consejería en planificación familiar.

Habiéndose adoptado por el estado peruano la convención de la eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer; encontramos en ese marco que tanto la constitución de la república de 1993 (artículo 26) como en la ley general de salud promulgada el 20 de julio de 1997, se comprometen con la información, educación y el acceso de esta a la población.

En las disposiciones complementarias transitorias y finales de la ley general de Salud de 1997 se plantea:

- I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.
- II. La protección de la salud es de interés publico. Por tanto, es responsabilidad del estado regularla, vigilarla y promoverla.

Especialmente en la disposición siguiente:

El estado promueve la educación en salud en todos los niveles y modalidades. Dentro de este marco normativo se han realizado algunos avances en la inclusión de temas de salud en especifico en cuanto educación sexual y planificación familiar en el sistema escolarizado. Los compromisos de capacitación a quince mil maestros e inyección de un millón de libros así como de guías metodológicas para maestros.¹⁹

La ampliación y mejora de 3,000 locales educativos es uno de los logros más importantes, también es mérito del sector educación la ampliación de la cobertura de cerca del 90% a nivel primario superior especialmente en zonas urbanas.

¹⁹ Programa "la escuela defiende la vida" NNUU en convenio con sector educación. Existe el plan de capacitación docente que se propone educar a los niños sobre: Aspectos básicos de la vida familiar y desarrollo de la sexualidad, educación de valores, autoestima. Roles y equidad de genero. Se está en proceso de incorporar en el nivel de Secundaria sobre todo los temas sobre sexualidad responsable, SIDA, etc.

Así como la contribución del Fondo de Compensación Social, FONCODES que a permitido canalizar esfuerzos con programas de alfabetización especialmente en la sierra y otros de infraestructura educativa.

El gasto estatal en educación en general es casi el doble respecto al de 1994. Así como se viene implementando un programa de mejoramiento de la calidad educativa de la educación primaria desde 1995 aproximadamente.

En la ley general de salud titulo y de los derechos, deberes y responsabilidades concernientes a la salud individual se señala en él artículo quinto:

"Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la autoridad de salud sobre medidas y practicas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degeneratorias, diagnostico precoz de enfermedades, y demás acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable.

Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, La drogadicción, la violencia y los accidentes".

Asimismo tiene derecho a exigir a la autoridad de salud a que se le brinde, sin excepción información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la ley de salud.

En los programas se están realizando diversos estudios como por ejemplo el de Practicas saludables de población, calidad de los servicios, etc. Se han publicado con el programa de salud del escolar modelos para promotores de salud integral, entre otros²⁰.

En 1997 el gasto en educación represento el 21% del presupuesto de la República, aproximadamente el 3% del PBI²¹ y en salud no supera el 4% del PBI en los últimos diez año²².

Sin embargo a nivel de la distribución porcentual por nivel de educación femenina y masculina de 6 años a mas, la población sin educación es de 23.5% y solo educación primaria 59.5% a nivel rural. Sin educación por población masculina urbana tenemos un 2.8% y solo primaria 32%. A nivel rural para la población masculina sin educación 8.9% y solo primaria 63.9% para el año 1996²³.

²⁰ Minsa-ministerio de salud 1998

²¹ Unicef/inei-perú

Art. ¿cuánto se invierte en la educación? Estado de la niñez, la adolescencia y la mujer En el Perú, dic.1997

²² Aguinaga recuento Alejandro. Viceministro actual de salud

²³ Encuesta demográfica y de salud familiar.

Esto nos explica las dificultades de un sector de la población especialmente rural de acceder a información generalmente en su mayoría no dirigida a este tipo de población en los distintos programas de salud.

Si recogemos los niveles educativos por regiones naturales separando Lima metropolitana del resto de la costa peruana encontramos población femenina en selva sin educación 11%, en sierra sin educación 19.2% y en la costa 9%, Lima Metropolitana 4.5%²⁴.

Para la población masculina sin educación en selva 4.7%, en sierra 6.9% y en costa 5.1 %, mientras que en Lima metropolitana esta es solo de 2.1 %²⁵.

Esto nos demuestra los escasos niveles de accesibilidad que pueden tener las mujeres especialmente de sierra y selva incluso a una educación escolarizada, lo cual las imposibilita de tener una información adecuada con respecto a su salud, además que muchos centros y puestos de salud no llegan a las zonas mas alejadas, si analizamos además esta información de nivel educativo con acceso a servicios de agua, luz, alcantarillado, vivienda, etc. Encontramos que estas desigualdades incidirán en el acceso a estos servicios. En el área rural solo el 27% De su población se abastecía de agua por red publica en el año 1996²⁶

Esto se añade a que la información que reciben en los servicios de salud no siempre es disponible, hay un porcentaje alto de mujeres que declaran incluso haber recibido maltratos por parte del personal, que las ha atendido.

²⁴ Ibidem cuadro 2.6 pag. 20 ENDES 1996.

²⁵ Disposición, complementaria, transitoria y final II, II; IV y V del titulo preliminar de la ley General de salud.

²⁶ Ibidem VI

ARTICULO 12

Derecho a la salud, incluida la sexual y reproductiva: acceso a servicios de calidad

En la constitución de 1993 se consagra el derecho a la salud, por tanto la Ley general de salud en el mismo sentido reitera que la protección de la salud es de interés público siendo especialmente su responsabilidad regularla, vigilarla y promoverla²⁷

Específicamente se señala que es irrenunciable la responsabilidad del Estado en la provisión de servicios de atención medica con arreglo a principios de equidad²⁸

También involucra la participación de la comunidad en la gestión de los servicios de salud.

Todo el Capitulo II del Titulo II de la Ley General de salud se refiere a los ESTABLECIMIENTOS DE SALUD y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO. Estos deben cumplir con todos los reglamentos y normas técnicas. Se han dado avances significativos como el mejoramiento de la infraestructura de los mismos, mejoramiento realizado por ejemplo en el programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

Debe destacarse que en cuanto a la accesibilidad de estos servicios en el marco de los cinco estados poblacionales de acuerdo a los estudios técnicos realizados por el equipo correspondiente del sector salud, se señala que en el Perú existe un grave problema de diversidad y desigualdad en este acceso por parte de la población peruana²⁹.

A partir especialmente de 1994 son notables los esfuerzos del sector por el mejoramiento en la calidad de los servicios entrando a una situación de reactivamiento. Se hacen capacitaciones diversas del personal de salud en las diferentes programas, se diseñan nuevos sistemas de cuidado de la salud individual generando un marco regulador así como se plantean la implementaron de un nuevo sistema de atención de la salud colectiva.

²⁷) Disposición, complementaria, transitoria y final II, III, IV y V del Titulo preliminar de la Ley General de Salud

²⁸ Ibidem VI

²⁹ Ver Aguinaga Recuento Alejandro "Situación de la Salud en Perú y sus tendencias: la reforma sectorial"

Un sistema de educación e información sanitaria debe contener un sentido ético, basado en la no exclusión. La promoción de prácticas preventivas saludables para la población y los estudios realizados no solo deben servir al fin del sector de mejorar la calidad y servicios de salud sino como incorporar en estos distintos sectores las prácticas saludables en la población más excluida respetando su condición de usuarias y ciudadanas con todo el respeto de sus derechos humanos así como económicos, sociales y culturales.

Para ello si bien existen los programas IEC de información, educación y Comunicación en marcha debe crearse sistemas de control en que efectivamente la población está siendo informada y educada en estas prácticas señalando los compromisos e instancias correspondientes. Paralelamente las organizaciones civiles venimos afinando mecanismos de vigilancia social sobre estos niveles³⁰.

El acceso a la educación contribuye en el desarrollo basado en el crecimiento económico, en sociedades latinoamericanas como es el caso del Perú, en reconocimiento tanto en la constitución de 1993 y en las normas generales de educación y salud el reconocimiento de que las personas son el recurso más importante de los países.

Pero más allá de una conceptualización de recurso humano como capital social, la educación en general en específico la referida a la salud debe dirigirse al conjunto de la población sin discriminación alguna, reconociendo si las particularidades y especificidades de las diferencias y obrando con equidad (26) No solo con los grupos más vulnerables por razones económicas, sino por la condición étnica y cualquier condición histórica que las ponga en desventaja, basado entonces en el respeto de las diferencias que discriminan especialmente a las mujeres.

La eliminación del analfabetismo es importante para permitir mejor el acceso de estos grupos a los servicios de salud, especialmente de mujeres pobres e indígenas, pero también es producir adelantos educativos en las mujeres su profesionalización y su alcance a la ciencia y la tecnología, en todos los campos, especialmente en el de la salud que ha venido siendo materia principal del cuidado de las mujeres asumido como rol materno.

³⁰ Son varias ONGs que trabajan el tema salud, así como el grupo impulsor DEMUS, CLADEM, Grupo Mujer y Ajuste Estructural quienes venimos realizando los monitoreos de acceso sin discriminación a recursos por las mujeres en los temas de educación, salud, empleo, violencia, vigilancia ciudadana y participación política.

"El universo de la igualdad ha sido indudablemente, importante en los inicios, pero ha escondido la especificidad de los intereses de los diversos grupos que componen la sociedad y ha disfrazado las diversas formas de exclusión de los mismos. El concepto de equidad implica partir de las diferencias, tomarlas en cuenta y respetarlas, pero que las mismas no se traduzcan en manifestaciones de exclusión social o menores posibilidades de acceso a derechos, bienes y servicios."³¹

El colegio medico el presente año, ya ha incorporado a un representante de las ONGs en su organismo consultivo, para poder monitorear los procesos desde la ciudadanía.

Igualmente hay una carencia de una practica educativa preventiva promocional y esta ha venido siendo en los establecimientos de salud del sector mas involucrada a enfermedades preventivas, faltando implementar una visión integral de salud y de los programas preventivos promocionales (esto ultimo obligatoriamente).

En el informe principal de la ENDES 1996³² se señala que si bien hay mejoras significativas en el campo de la educación en general para las mujeres en tanto a la proporción de las mujeres con estudios post-primarios ha aumentado del 61 al 65% en los últimos cinco años.

Así mismo en términos cuantitativos no cualitativos las dos terceras partes de las mujeres han trabajado en los últimos doce meses y más de la mitad de esta continúan laborando.

Así como en salud la tasa general de fecundidad (TGF) ha disminuido en un 13% respecto a la estimada por ENDES 91-92.

Las usuarias actuales de métodos anticonceptivos se ha incrementado con respecto a los mismos años un 7%

De cada 10 niños menores de 5 años, 6 de ellos padecen de anemia en el área rural.

El Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social son los principales proveedores de métodos anticonceptivos modernos al cubrir el 70% de las usuarias actuales³³

La demanda de planificación familiar esta estimada en un 81%.

³¹ Conclusiones y recomendaciones Generales. Encuesta Demográfica de Salud Familiar ENDES-INEI-DHS 1996 y Programa de demografía y salud 1996.

³² ENDES 1996 pag. XXIX

³³ Ibidem pag. XXIX

Pudiendo haber mejorado estos, se confirma en la encuesta los profundos desniveles que existen entre grupos poblacionales, así como la concentración de servicios en las capitales de los departamentos de la costa, manteniéndose en sierra y selva situaciones desfavorables, plantean ellos, de discriminación social al no contar con el acceso a los servicios en general, en el campo siendo alto en estos lugares la tasa de fecundidad y mortalidad infantil.

Ya en la ENDES se recomienda hacer el seguimiento a todos los aspectos relacionados con salud y planificación familiar así como en especial facilitar la identificación de los grupos de riesgo obstétrico y el seguimiento de los Programas de desarrollo³⁴.

En la cobertura de servicios sanitarios y acceso a estos, encontramos que el nivel de la llegada de los programas de inmunización en niños es la bastante alto, cerca del 94% de niños de 12 a 23 meses han sido vacunados sobretodo con la Dpt y polio, pero en la tercera dosis disminuyen a un 77 y 71%.

Solo el 56% de las mujeres embarazadas en la muestra de ENDES fueron atendidos por profesionales de salud, de estos 32% por médicos y 24% por obstetrices y enfermeras. El 24% por parteras y el 19% por algún familiar³⁵.

La atención profesional generalmente es mayor en el primer hijo, la atención a madres con estudios superiores 94% es cinco veces y media mayor que al de las madres sin educación.

En los departamentos especialmente de la costa y sierra con las principales ciudades, exceptuando Lima, el 75% recibió atención profesional privada o pública, mientras que en el estrato más bajo está la amazonía y zonas rurales sierra de ciudades pequeñas, como es el caso de Puno, Amazonas, Cajamarca y Huanavelica, con solo el 28% de atención.

Se estima que a nivel general del país en el 98 el 50% del total de partos son atendidos en establecimientos de salud publica, según señalo el director del programa nacional de salud materno perinatal³⁶.

³⁴ Ibidem pag XXIX

³⁵ Ibidem, ENDES 1996 pag. 137

³⁶ Carrasco Nazario Director del programa de salud materno perinatal, 19 de abril 1998, El peruano

ARTICULO 14

Discriminación contra la mujer en áreas rurales.

Tanto en la Constitución de 1993 como en la Ley General vigente de salud se plantea que el³⁷ "Estado interviene en la provisión de servicios de atención medica con arreglo a principios de equidad"³⁸.

Se reconoce como a la población mas afectada a los recién nacidos, niños, adolescentes y mujeres de las zonas rurales especifica mente de aquellos que pertenecen a determinados grupos étnicos y culturales con alta incidencia de morbilidad y mortalidad materna.

Si bien existen programas específicos como el Programa Nacional de Salud Materno Perinatal este reconoce sus dificultades de acceso en zona rural, se estima que entre el 50% y el 80% de madres no llegaron al establecimiento de salud.

En general existen cada vez mas encuestas específicas por ejemplo la encuesta nacional de hogares: ENAHO del Ministerio de Salud, que provee de información trimestral, la precisión de quintiles por condiciones económicas, permitirá establecer mecanismos menos discriminatorios para la población del quinto quintil mas pobre, en donde básicamente, están asentadas las mujeres con peores condiciones de vida, cuyo déficit de atención es del 25.8%³⁹.

En 1989 el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia instaló el programa Proandes que tenia por objetivo el mejorar las condiciones de vida principalmente de la mujer y el niño en las áreas andinas de mayor pobreza, bajo una estrategia integral en cuanto a áreas: Salud, nutrición, educación básica, agua y saneamiento, y seguridad alimentaria.

El programa priorizó a los departamentos de Cuzco, Cajamarca y Apurímac centrándose en los siguientes puntos:

Mejorar la calidad de atención de salud y ampliar su cobertura en niños y mujeres. Apoyar la prestación de servicios de salud publica en áreas andinas. Influir en el consumo de sal yodada. Promover practicas adecuadas de alimentación infantil y control nutricional.

³⁷

³⁸ Ley General de salud

³⁹ Art. "La diferencia entre nacer en zonas urbanas o rurales" pag. 28 En inversión social comprendió paginas publicadas en el Diario Expreso

Se apoyó las políticas sociales del sector salud y campañas de inmunización anual masiva lo cual permitió alcanzar en 1993 una cobertura de vacunación de 87% en menos de un año.

Se abasteció 250 servicios de salud con sales de rehidratación oral. Se capacito 410 promotores y promotoras de salud de la zona, así como a 270 parteras en atención de neumonía, y en nutrición, se capacito 47 servicios de salud en practicas adecuadas de alimentación así como se elaboró material educativo para 120 comunidades de estos departamentos.

Posteriormente se implantó el plan nacional de acción por la infancia 1992-1995 con las mismas metas de incrementar la cobertura de inmunización, modización de la sal y terapia de rehidratación oral.

Dentro de los programas sociales que se desarrollan en ese periodo están:

PANFAR que buscan mejorar el estado nutricional y la salud de las madres que están gestando y/o dando de lactar, ya niños menores de 5 años.

PRONAMACHS que brinda asesoría técnica para el manejo y aprovechamiento de los recursos naturaleza.

PRONDA que desarrolla programas de asistencia alimentaria, asistencia directa, y programas de emergencia en la población en extrema pobreza.

FONCODES que financia proyectos sugeridos por la propia población de asistencia e infraestructura social. Entre otros programas específicos.

Posteriormente en salud el programa de focalización del gasto social pasó a ser el programa "salud básica para todos" que incluyo un componente de administración compartida como un nuevo mecanismo de administración de los centros y puestos de salud para mejorar la calidad de atención como al mismo tiempo ir incorporando un modelo de reforma de la prestación de los servicios básicos.

Igualmente a nivel del sector educación el programa "educación para la vida" que apoya el BID y el fondo de las naciones unidas para la infancia que ha contribuido a la formación y capacitación de 17 equipos subregionales y 120 especialistas para que coordinen las actividades de alfabetización y contribuyen a la capacitación y al desarrollo de las mujeres⁴⁰ impulsando una red publica de alfabetización. La mayor fuerza de su intervención ha sido en Lima con 36,000 mujeres alfabetizadas. Sin embargo estos esfuerzos no logran ser sostenibles ni generar aun condiciones para el desarrollo de la mujer rural.

⁴⁰ Programa de Educación por la Vida. Ministerio de educación.

Todos los programas tienen un corte básicamente de asistencia y alivio a la pobreza pero aun no tenemos un componente que promueva el desarrollo en el campo, que incorpore una visión de género y trabaje la no discriminación de la mujer del área rural en el acceso a los recursos. En este contexto se estima que son cerca de 70 programas los que hay en funcionamiento de ministerios, organismos públicos descentralizados, municipios y otros.

Según Pierde Polarizo existe superposición de funciones, sobretodo en la función ejecutiva, señala que debería establecerse una coordinación de planificación que evalúe su correspondencia con las demandas de atención de las desigualdades sociales⁴¹.

Son pocos los programas que incorporan los aspectos culturales como la condición de quechua hablantes o de mujeres indígenas especialmente de la sierra y la amazona.

En el programa de Educación para la Vida se trabajó también un prototipo de cartilla quechua chenka y algunos programas hacen el esfuerzo de capacitadores de las zonas de origen, especialmente en alfabetización.

La postergación educativa de sierra y amazona contribuye a un mayor deterioro de las condiciones de vida "Cuando las mujeres no tienen algún nivel de educación mueren 489 por cada 100 mil nacimientos, fluctúan 49 cuando disponen de educación superior⁴².

En general se observa un mayor retraso de las zonas rurales a pesar de los programas implementados incluso de planificación familiar, reconociendo que sus efectos son medibles a largo plazo, se conjugan otros aspectos relevantes como la limitada productividad, incremento de importación de alimentos como carencia de seguridad alimentaria que disminuyen las condiciones para su desarrollo humano.

El acceso a servicios básicos, como los de saneamiento tienen una influencia muy directa sobre la calidad de vida en el sector rural.

⁴¹ El Ds O 19-81 /SA declaró la gratuidad de estas prestaciones a partir de 1,982. Esta norma no fue derogada expresamente. En la actualidad se vienen aplicando tarifas que son impuestas los usuarios: que aportan al financiamiento de los servicios prestados por los establecimientos públicos de salud por concepto de "ingresos propios"

⁴² Informe Inversión en Salud el 4% del presupuesto de la República. Aguinaga, viceministro de salud

En el censo de 1981 se reconocía que en ese año no tenían servicio de agua potable el 97.5% de la población rural, en el censo de 1993 era el 92.9% de la población rural los que estaban con carencia de servicios de agua, mientras a nivel nacional el promedio era de los que no tenían servicios de 50.8% en 1981 y el 42.6% en 1993.

En el discurso presidencial de julio de 1995 se señala que "considerando la búsqueda de equidad y la integración social, se ha prioridad a los niños y mujeres indígenas, desplazadas, pobres rurales y urbanas, y mujeres jefas de hogares pobres".

En coherencia se desarrolla el plan de lucha contra la pobreza con el compromiso de los sectores en los temas prioritarios de salud, educación, infraestructura sanitaria, transporte y justicia en especial, cuya meta principal es bajar la pobreza al año 2,000 en 50%.

Cerca del 50% de peruanos viven en condiciones de pobreza y pobreza extrema, esta ultima se considera por debajo de los umbrales mínimos para la supervivencia humana⁴³.

La población con menores niveles de calidad de vida se concentra principalmente en las zonas de sierra y selva. Siendo mas alta en los departamentos de huancavelica, apurimac, amazonas, cajamarca y puno. El 64% de pobres extremos habitan en zonas rurales⁴⁴

Proyectos como pronamaches (proyecto nacional de manejo de cuencas hidrográficas y conservación de suelo) son prioritarios para el mejor aprovechamiento de los recursos naturaleza y mejoras en canales de comercialización, pero ha estos objetivos debe articularse una visión desde el género, recogiendo los puntos de vistas con experiencia y cultura de las zonas.

En la situación de las mujeres rurales persisten las desigualdades en el acceso de los recursos productivos: crédito, tenencia de tierra, agua y tecnología, lo cual acentúa su pobreza y discriminación social, económica y cultural. Estos son aspectos centrales que deben ser atendidos junto con el incremento en el acceso de los servicios educativos y de salud.

⁴³ IBIDEM

⁴⁴ IBIDEM

El 85% de los hogares dirigidos por mujeres en las zonas rurales se encuentran con necesidades insatisfechas⁴⁵, mientras que en la economía campesina las mujeres juegan un Rol principal siendo un poco mas del 50% de la fuerza laboral rural. Según la encuesta nacional de niveles de vida⁴⁶ predominan las mujeres rurales como trabajadoras familiares no remuneradas (75.2%)

Las mujeres representan el 2% de los asalariados rurales, lo cual demuestra la subestimación de esta contribución⁴⁷.

Dentro de lo que son pequeños y medianos productores que abastecen el mercado interno, son espacios donde se concentran las mujeres agrícolas sea como productoras directas (20% de estos) o como productores familiares (60%).

La eliminación del crédito agrario si bien significo la eliminación de un subsidio llevó a una mayor pobreza porque para muchas de ellas fue imposible su acceso a la banca comercial.

Si bien se ha fomentado el desarrollo de cajas rurales que buscan captar ahorros y prestar a los agentes económicos que operan con plena independencia⁴⁸ y que al estar concebidas como pequeños bancos tienen que necesariamente operar con condiciones de rentabilidad. Su capacidad económica para ser usuarias del crédito es sumamente baja por lo que se requieren programas específicos que trabajan ofertas de crédito rural dirigidos a mujeres con criterio de soporte colectivo de banca comunal así como la capacitación y divulgación. Este tipo de experiencias han funcionado vinculados a mujeres pobre organizadas como clubes de madres.

Sin embargo el nivel de marginalidad y discriminación se mantiene, no acceden a los sistemas de riesgo en la toma de decisiones de los comités de regentes.

No se considera en los proyectos de irrigación las necesidades de las mujeres para lograr un uso múltiple del agua dentro del mejoramiento del hábitat.

No se valoran sus conocimientos, experiencia y criterio que pueden afinar mejor los proyectos rurales así como las alternativas tecnológicas con escasos recursos económicos.

⁴⁵ Ibidem

⁴⁶ ENNIV 91

⁴⁷ Guillen Rosa Perú/Mujeres rurales situación y propuestas/miembro del grupo Mujer y ajuste Estructural

⁴⁸ Ibidem ultima pag. de las recomendaciones, art. 14

Tampoco se promueve la participación de las mujeres en los espacios de decisión de los organismos de parcelación y titulación⁴⁹ en tanto los que representan los títulos son los varones, lo cual genera una absoluta discriminación en la toma de decisiones.

En general el sistema rural y la carencia de programas que las incluya en los diseños y decisiones no solo margina e invisibiliza la contribución de las mujeres sino que además las discrimina por condición de mujeres en cualquier nivel de decisión.

⁴⁹ Guillen Rosa en art. Perú: mujeres rurales situación y propuestas.

RECOMENDACIONES

Si bien ha habido un avance en el desarrollo de la infraestructura pública a nivel de los sectores de salud y educación, se recomienda incorporar dentro de los Programas de dichos sectores, sobre todo los que tienen que ver con la calidad educativa y de salud, un enfoque de género que responda a las características socioeconómicas y culturales de la población donde éstos se ejecutan. Como lo indica la misma Política del Sector Salud:

"Hoy debe colocarse a la persona humana en el centro de las preocupaciones de las instituciones del sector. Los derechos de la persona deben primar, lo que supone otorgar poder al ciudadano (empoderamiento), establecer responsabilidad y transparencia en salud y por tanto rendir cuenta a la población; reconocer el resarcimiento en caso de ser perjudicados por incurria burocrática-administrativa o negligencia en la prestación; así como reconocer el derecho del usuario a una información plena en salud". (a) (Artículo: "Vigencia de la equidad y renovación del discurso sanitario", En: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad, lineamientos de Política de Salud 1995-2000, Ministerio de Salud, 1995, pág. 32.

- Se recomienda crear mecanismos concretos y permanentes de medición de los problemas de salud que posibilitarán el desarrollo de políticas estatales con participación de la ciudadanía, que midan el acceso a los servicios de salud como existen en otros países y también la información recibida en los mismos.
- Se recomienda a que se inste al Estado Peruano a implementar de modo inmediato un sistema tarifario, con equidad, que posibilite el acceso de las mujeres gestantes y parturientas a la atención permanente de su salud, y la gratuidad del parto, como lo estipula el D.S. 019-81/SA , que declaró la gratuidad de estas prestaciones a partir de 1982, y que hasta la fecha no ha sido derogado ni implementado.
- Se recomienda que el presupuesto nacional del sector salud destine proporcionalmente recursos humanos y económicos, según las carencias, necesidades y demandas de las diferentes zonas del país, especialmente en aquellas donde la población es considerada en extrema pobreza (Huancavelica y Apurímac por ejemplo), para contribuir con la erradicación de la situación de discriminación social que viven actualmente las mujeres de las zonas rurales (andinas y amazónicas).
- Se recomienda crear canales institucionales legalizados al interior de los sectores de salud y educación, para que las mujeres, sobre todo aquellas que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad y pobreza, puedan

presentar sus demandas, reclamos y sugerencias en relación a los servicios que reciben, vinculados al sistema de control nacional presupuestario (contraloría de la república) y apoyados por la defensoría del pueblo, como órgano autónomo de defensa de los derechos ciudadanos.

- Se recomienda incluir en los grandes proyectos de irrigación y desarrollo de zonas rurales la perspectiva de género y la realidad de la mujer rural, representando ellas más del 60% de la población rural.

- Se recomienda crear mecanismos solidarios, que permitan el acceso de las mujeres rurales al crédito formal, flexibilizando las normas y procedimientos administrativos-legales (caso de MIBANCO y las cajas de crédito rurales a las cuales aún no acceden).

BIBLIOGRAFIA

Apoyo-Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Inversión Social (Compendio de paginas publicadas en el Diario Expreso 1995-1996) Editorial Ebrias S.A. Lima-Perú.

Asociación Nacional de Centros, CPM, Flora Tristán, Grupo Empleo Productivo, Grupo Mujer y Ajuste Estructural Debate y Propuestas. Las Mujeres en el Mundo del Trabajo Viejos Problemas en Nuevos Escenarios. Noviembre 1996, Lima.

Avances y Retrocesos. Económico On Line. Boletín Económico [Http://www.vep.net.pe!Avance!ayr.htm](http://www.vep.net.pe!Avance!ayr.htm). 29 de Mayo de 1998.

Banco Interamericano de Desarrollo. La mujer en las Américas Como cerrar la brecha entre los géneros. Washington D.C. 1996.

Banco Mundial. El Estado en un mundo en transformación. (Publicado originalmente en Ingles en 1997) Primera Edición en Español, Agosto 1997, USA.

Banco Mundial. El mundo del trabajo en una economía integrada. Informe sobre el desarrollo mundial 1995 (Publicado originalmente en Ingles en 1995) Primera Edición en Español, Agosto 1995, USA.

Cedaw. Concluding comments of the report of Perú (Cedaw/C/1995/WP .10! Add.1 del 3 de febrero de 1995.Original en ingles, Décimo cuarta sesión dell6 de enero al3 de febrero de 1995).

Cedaw. Consideration of reports submitted by sattes under article 18 of the convention on the elimination of all forms of discrimination against women (Cedaw/C/PER/1995. 27 de September 1995. Original en Ingles)

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Publicas (DEMUS). Legislación y políticas publicas sobre derechos sexuales Reproductivos. Noviembre 1996, Lima.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Publicas (DEMUS). Reporte mujeres de América Latina y el Caribe: Leyes y Políticas que afectan sus Vidas Reproductivas. Enero 1997, Lima-Perú.

Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Publicas (DEMUS). Mujeres del Mundo: Leyes y Políticas que afectan sus vidas reproductivas. Primera Edición, Noviembre 1997, USA.

Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (Cladem). Cumbres, consensos y después... Seminario regional "Los derechos humanos de las mujeres en las conferencias mundiales. Editorial F&F, Lima-Perú, Noviembre 1996.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama Social de América Latina. Editado por las naciones unidas, primera edición Santiago de Chile 1996.

Congreso de la República. Proyecto ley n° 2263/96-cr. Ley general de salud.

Congreso de la República. Proyecto de código de salud Lima-Perú. Ley General de medicamentos. 17 de julio de 1995.

Consortio Mujer (Cendoc-mujer, Cesip, Flora Tristán, Movimiento Manuela Ramos). La calidad de atención y salud reproductiva en centros y puestos de Salud publica de: Cuzco, Lima, Piura y san martín.

Decreto ley n° 17505.

Código sanitario

Decreto legislativo n° 346

Ley de política nacional de población.

Decreto supremo n° 019-81-sa.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) e INEI. Estado de la Niñez, la adolescencia y la mujer en el Perú, 1997. Editorial atenea impresores Editoriales s.r.l diciembre 1997, Perú.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) e INEI. Perú 1997 la Salud de la niñez una evaluación de los niveles de exclusión. Editorial atenea Impresores editoriales s.r.l diciembre 1997, Perú.

Flora Tristán centro de la mujer peruana y Manuela Ramos. Diagnostico de Salud reproductiva en Perú. Marzo 1997, Lima.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y De salud familiar 1996. Informe principal, junio 1997, Perú.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Censos nacionales 1993 ix De población, iv de vivienda. Resultados definitivos a nivel provincial y distrital, Provincia: Lima. Tomo, abril 1994, Lima.

Internacional Women's Rights Action Watch (IWRAP). Informe por países de Iwraw a CEDAW. Argentina, Perú, Bolivia, Federación Rusa, Chile, San Vicente y las granadinas, islas Mauricio, Túnez, noruega, Uganda. Diciembre 1994.

Internacional Women's Rights Action Watch (IWRAP). The women's watch, reporting on law and policy change in accordance with the principles of the convention on the elimination of all forms of discrimination against women. The impossible takes a little longer. Volume 10, n°2, december 1996.

Internacional Women's Rights Action Watch (IWRAP). The women's watch. CEDAW IN ITS FIFTEENTH YEAR. VOLUME 10, N°3, MARCH 1997.

Ministerio de salud. Conocimientos Actitudes y Practicas de Salud y Nutrición Materno Infantil Lima, Cajamarca, Piura y Cuzco. Informe de Investigación /6, Proyecto de Salud y Nutrición Básica. Editorial Edición Gráfica S.A. 1996, Lima-Perú.

Ministerio de Salud. El Desafío del cambio de milenio: Un Sector Salud con Equidad, Eficiencia y Calidad. Lineamientos de Política de Salud 1995-2000.

Ministerio de Salud. Seminario Internacional Reforma del Sector Salud. Primera Edición, Editorial FERCAGI S.A., Lima-Perú.

Ministerio de Salud. Resolución Ministerial. 13 de Diciembre de 1992. Lima-Perú. Mujer y Ajuste Estructural Debate y Propuestas. 3 El Ajuste Estructural en el Perú: Una Mirada desde las Mujeres. Primera Edición, Junio 1996, Lima-Perú.

Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. 4 a 15 de septiembre de 1995, Beijing-China.

OPS. Perfiles de País. Perú. Internet <http://www.pabo.org/spanish/peru.htm>

Red Nacional de Promoción de la Mujer. Mujer 1 Boletín Informativo de la Red Nacional de Promoción de la Mujer. Junio 1997.